

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΕΣ»

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Ο ρόλος των ΜΚΟ στη παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες»

Επιβλέπων καθηγητής: Οικονόμου Χαράλαμπος

Τριμελής επιτροπή: Οικονόμου Χαράλαμπος

Λυδάκη Άννα

Σακελλαρόπουλος Θεόδωρος

Χριστοφιλάκη Μαριάννα

A.M.: 3310M009

ΑΘΗΝΑ

2013

Περίληψη

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια έρευνα σχετικά με την πρόσβαση των κοινωνικά αποκλεισμένων κοινωνικών ομάδων, και συγκεκριμένα των μεταναστών στους τομείς της Υγείας, και τον ρόλο των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων σε αυτό. Η παρούσα εργασία πραγματεύεται το καθεστώς πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει ανασκόπηση του θεσμικού πλαισίου, της πραγματικής κατάστασης όσον αφορά στην πρόσβαση, τις δράσεις βελτίωσης της πρόσβασης που αναλαμβάνει η ελληνική πολιτεία και τέλος τον ρόλο των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων στη παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιλαμβάνει αφενός την ανασκόπηση της ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας για την θεωρητική πλαισίωση της εργασίας και αφετέρου την αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών που εκπονήθηκαν σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και αναφέρονταν στο νομοθετικό πλαίσιο της Ελλάδας γύρω από τα δικαιώματα των μεταναστών στους τομείς της υγείας, στοιχεία όσο αφορά την προσβασιμότητάς τους στο σύστημα υγείας και τον αποκλεισμό των τελευταίων σε αυτό.

Τα βασικά συμπεράσματα της εργασίας συνοψίζονται στην ύπαρξη ενός περιοριστικού θεσμικού πλαισίου, όσον αφορά στα δικαιώματα των μεταναστών – και ιδίως των μη νόμιμων- στην υγεία, στην καταγραφή σημαντικών προβλημάτων κατά τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, καθώς και στον σημαντικό ρόλο των Μ.Κ.Ο.

Λέξεις-κλειδιά: μετανάστες, υγεία, υπηρεσίες υγείας, πρόσβαση, κοινωνικός αποκλεισμός, θεσμικό πλαίσιο, κοινωνική ένταξη, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις.

Summary

The project deals with the access of socially excluded groups, particularly immigrants in the fields of Health, and the role of NGOs in it. This paper discusses the status of immigrants' access to health services in Greece. Includes a review of the institutional framework, the actual situation with regard to access, actions to improve access undertaken by the Greek state and finally the role of NGOs in providing health services to immigrants.

The methodology followed includes both the review of greek and foreign bibliography on the theoretical framework of this project and also search in electronic databases, review and research studies conducted at national and international level and reported to the legislative framework in Greece around rights immigrants in the areas of health, information regarding the accessibility to the health system and the exclusion of them in it and last and informations on NGOs' activities and in particular on NGOs Praxis.

The basic conclusions of the project sum up to the existence of a restrictive legal framework, regarding the rights of immigrants –and especially the illegal ones- to health care services, to the recording of serious problems when health services are required and, and the important role of NGOs.

Key words: immigrants, health, health services, access, social exclusion, legal framework, social integration, Non Government Organizations (NGOs)

Περιεχόμενα

1.Εισαγωγή.....	6
2.Δομή της μελέτης.....	7

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

3. Ο όρος «Κοινωνικός Αποκλεισμός».....	9
4. Η Μετανάστευση στην Ελλάδα.....	12
5. Το κοινωνικό προφίλ των μεταναστών.....	14
Α. Στατιστικά στοιχεία για τον αριθμό των μεταναστών.....	14
Β. Η εθνική σύνθεση των μεταναστών.....	15
Γ.Ηλικιακή σύνθεση των μεταναστών.....	16
Δ.Το φύλο των μεταναστών.....	17
Ε.Λόγοι μετανάστευσης.....	17
Στ.Εκπαίδευση και απασχόληση μεταναστών.....	18
6. Μεταναστευτική πολιτική.....	18
7. Κοινωνικός αποκλεισμός και υγεία.....	26
8. Η υγεία των μεταναστών.....	32
9. Το ελληνικό σύστημα υγείας.....	33
10. Το νομοθετικό πλαίσιο για τους μετανάστες.....	35
Α. Οι μετανάστες με άδεια παραμονής.....	36
Β. Υγειονομική περίθαλψη υπηκόων τρίτων χωρών εκτός νομικού πλαισίου.....	37
Γ. Ειδικές περιπτώσεις	40
Δ. Κέντρα Κράτησης Μεταναστών.....	42
11. Στοιχεία για την προσβασιμότητα των μεταναστών.....	47
Α.Ελλιπής ενημέρωση.....	48
Β.Γλωσσικά εμπόδια.....	49
Γ. Η στάση του προσωπικού.....	49

Δ .Πολιτισμικές διαφορές	51
Ε .Κόστος.....	52
Στ . Άτυπες πρακτικές πρόσβασης.....	53

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

12. Ο Ρόλος των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων.....	56
13. Παραδείγματα εξειδικευμένων υπηρεσιών, φορέων και Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων.....	58
14. Το παράδειγμα της PRAKSIS – Ανάλυση προγραμμάτων της οργάνωσης (Ιστορική Αναδρομή, Στόχοι, Παρεμβάσεις).....	62
15. Συγκεντρωτικά αποτελέσματα.....	71
16. Συγκριτική αποτίμηση κόστους/οφέλους.....	81
17. Πόροι χρηματοδότησης.....	85
18. Προφίλ Υποστηρικτών –Συνδρομητών.....	85
19.Συμπεράσματα.....	88
• Ο παράγοντας οικονομική κρίση.....	90
Επίλογος.....	94
Βιβλιογραφία.....	96

1. Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια έρευνα σχετικά με την πρόσβαση των κοινωνικά αποκλεισμένων κοινωνικών ομάδων, και συγκεκριμένα των μεταναστών στον τομέα της υγείας, και το ρόλο των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ) σε αυτό. Αντικείμενο της παρούσας μελέτης είναι η εξέταση του καθεστώτος πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και η ανάδειξη των εμποδίων που δυσχεραίνουν ή και καταστρέφουν αδύνατη την πρόσβαση της ευάλωτης αυτής ομάδας στον παραπάνω κοινωνικό τομέα.

Ως γνωστό, η Ελλάδα λόγω της γεωγραφικής της θέσης αποτελεί πλέον σημείο εισόδου στην Ευρωπαϊκή Ένωση ή και τελικό προορισμό για μεγάλο αριθμό μεταναστών, που βιώνοντας τραγικές συνθήκες στη χώρα καταγωγής τους αποφασίζουν να αναζητήσουν μία καινούρια πατρίδα. Ο διαρκώς αυξανόμενος αριθμός των παράνομων εισαχθέντων στη χώρα καθιστά επιτακτική την ανάγκη για σχεδιασμό μεταναστευτικής πολιτικής που να ανταποκρίνεται στα ποικίλα νομικά και κοινωνικά προβλήματα, και ιδίως στα υγειονομικά προβλήματα της ευαίσθητης αυτής πληθυσμιακής ομάδας. Οι μετανάστες θεωρούνται μια ευπαθής ομάδα πληθυσμού, ιδιαίτερα όσο αφορά την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας, και οι κύριοι λόγοι είναι: το διαφορετικό πολιτισμικό μόρφωμα, η ελλιπής γνώση της γλώσσας, η έλλειψη πληροφόρησης και ενημέρωσης σε θέματα υγείας, η δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας λόγω έλλειψης νόμιμων εγγράφων, η έλλειψη ασφαλιστικού φορέα και το οικονομικό πρόβλημα για τη χρήση υπηρεσιών.

Βάσει του παραπάνω άξονα προβληματισμού, ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει την υφιστάμενη κατάσταση στην Ελλάδα αναφορικά με την πρόσβαση των μεταναστών στην ασφάλιση και τις υπηρεσίες υγείας και τον ρόλο των ΜΚΟ σε αυτό, σε συνθήκες μάλιστα όπου είναι ιδιαίτερα δυσμενής και για τον γηγενή πληθυσμό, δεδομένης της βαθιάς και πολύπλευρης οικονομικής κρίσης που βιώνει η χώρα μας και της συνακόλουθης περικοπής των δημόσιων δαπανών στην υγεία και της ανισότιμης ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού. Καθώς, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας¹, σε εποχές μεγάλης κοινωνικής και οικονομικής κρίσης, όπως η σημερινή, οι κοινωνικές ανισότητες βαθαινούν και οι άνθρωποι που αντάσσονται στις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, πλήττονται περισσότερο, βρίσκόμενοι στον κίνδυνο της πιο ακραίας ένδειας. Έτσι έρχεται όλο και περισσότερο στο προσκήνιο η δημόσια συζήτηση γύρω από το θέμα αυτό και

¹ World Health Organization. *The financial crisis and global health. Report of a high-level consultation*. Geneva: WHO 2009.

τείνει να επικεντρώνεται σε προβλήματα, όπως ο φόβος για κατάχρηση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, ο φόβος ότι οι πληθυσμιακές αυτές ομάδες επιβαρύνουν τα συστήματα υγείας και, τέλος, ο φόβος για εξάπλωση μεταδοτικών ασθενειών.

Η απόφαση της επιλογής μου να ασχοληθώ με το συγκεκριμένο αντικείμενο μελέτης ήταν συνισταμένη πολλών παραγόντων. Αφενός το προσωπικό ενδιαφέρον για την μελέτη του συγκεκριμένου πληθυσμού αποτέλεσε μια πρόκληση, καθώς η ήταν μια συνειδητή επιλογή και αποσκοπούσε εκτός των άλλων προσπάθεια να αντιμετωπίσει τις προκαταλήψεις και τους φόβους της. Αφετέρου, το επιστημονικό ενδιαφέρον αποτέλεσε ένα από τα εφελκυστικά κίνητρα, καθώς το θέμα κρίνεται εξαιρετικής σημασίας, δεδομένου ότι η μετανάστευση αποτελεί ένα από τα πιο επίκαιρα θέματα ενασχόλησης των κοινωνικών και όχι μόνο επιστημών, που απαιτεί την εφαρμογή ολοκληρωμένων πολιτικών σε πολλαπλά ζητήματα.

2. Δομή της Μελέτης

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τον παραπάνω σκοπό περιλάμβανε αφενός την ανασκόπηση της ελληνικής και ξενόγλωσσας βιβλιογραφίας για την θεωρητική ανάλυση του όρου κοινωνικός αποκλεισμός, τον προσδιορισμό της ομάδας στόχου του κοινωνικού αποκλεισμού και αφετέρου την αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών που εκπονήθηκαν σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και αναφέρονταν στο νομοθετικό πλαίσιο της Ελλάδας γύρω από τα δικαιώματα των μεταναστών στο τομέα της υγείας, στοιχεία όσο αφορά την προσβασιμότητάς τους στο σύστημα υγείας και τον αποκλεισμό των τελευταίων σε αυτό. Όσο αφορά το καθεστώς της πραγματικής πρόσβασης η συλλογή στοιχείων έγινε από την σύνοψη των μέχρι σήμερα ερευνών για το ζήτημα.

Στο πρώτο μέρος της μελέτης θα επικεντρωθώ στη θεωρητική πλαισίωση της εργασίας, αναλύοντας την έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού, στη παρουσίαση του θεσμικού πλαισίου της Ελλάδος, στο φαινόμενο της μετανάστευσης στην Ελλάδα και στοιχεία όσο αφορά την προσβάση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. Το δεύτερο μέρος αφιερώνεται στην παρουσίαση του ερευνητικού μέρους που έχει να κάνει με τις παροχές υπηρεσιών υγείας, από τις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, και θα σχοληθώ ιδιαίτερα με το παράδειγμα της PRAKSIS. Για τον σκοπό αυτό η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν η ανάλυση στοιχείων μέσα απο τον ιστότοπο της οργάνωσης PRAKSIS, μέσα από διάφορες εκθέσεις τους καθώς και μέσα από στοιχεία που σύλλεξα από την επίσκεψή μου στα κεντρικά γραφεία της οργάνωσης και με την συνομιλία που είχα με τον πρόεδρό της, Τζανέτο Αντύπα. Έτσι στο μέρος αυτό της εργασίας περιγράφουμε το είδος της παρεχόμενης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από τη ΜΚΟ PRAKSIS, κάνουμε μια ιστορική

αναδρομή, αναλύουμε τα προγράμματα της, τους στόχους και τις παρεμβάσεις της οργάνωσης και συνάγουμε κάποια βασικά συμπεράσματα.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

3. Ο όρος «Κοινωνικός Αποκλεισμός»

Για να γίνει κατανοητό το ζήτημα του κοινωνικού αποκλεισμού των μεταναστών στο τομέα της υγείας, θα πρέπει να διευκρινιστεί αρχικά η παραπάνω έννοια. Ο εννοιολογικός καθορισμός της, οφείλουμε να δηλώσουμε πως είναι σύνθετος και αποτελεί ένα ιδιαίτερα καλό παράδειγμα των δυσκολιών που συνδέονται με την προσπάθεια να καθοριστεί ένα κοινωνικό φαινόμενο ακριβώς².

Στην κοινωνιολογία ως όρος συναντάται πρώτη φορά στα μέσα της δεκαετίας του '60 σε κείμενο Γάλλου επιστήμονα του Pierre Masse, γενικού γραμματέα του υπουργείου σχεδιασμού της Γαλλίας³. Το 1965 και το 1974 κάνει την εμφάνισή του ως τίτλος συγγράμματος και κατοχυρώνεται πλέον στο λεξιλόγιο της κοινωνιολογίας. Παρόλ' αυτά ως έννοια, χρησιμοποιείται τα τελευταία δέκα περίπου χρόνια ενώ η χρήση του στην Ελλάδα παρατηρείται μόνο την τελευταία δεκαετία⁴. Ο όρος «κοινωνικός αποκλεισμός» έκανε την εμφάνιση του σε κοινοτικό κείμενο το 1989, επειδή τότε η καταπολέμησή του ήταν το αντικείμενο της Απόφασης του Συμβουλίου των Υπουργών Κοινωνικών Υποθέσεων και της δήλωσης των Επικεφαλής Κρατών ή Κυβερνήσεων, οι οποίοι υιοθέτησαν τον Κοινωνικό Χάρτη⁵.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η κοινή έκθεση για την κοινωνική ενσωμάτωση από το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2001 (Συμβούλιο Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2001)⁶ το οποίο αναφέρεται στον όρο «φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός» και προσδιορίζει: «Οι όροι 'φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός' χαρακτηρίζουν καταστάσεις στις οποίες εμποδίζεται η πλήρης συμμετοχή των

² Αθανασία Ρετινιώτη, Ιωάννα Μάντζιου, *Η πρόσβαση των φτωχών και κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων που ζουν στο κέντρο της Αθήνας, στους τομείς της υγείας, της εκπαίδευσής και της εργασίας*, Κοινωνική Υπηρεσία Γιατρών του Κόσμου, 2010, σελ 10.

³ Απόστολος Καψάλης, *Μετανάστες- Υγεία και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Ενημέρωση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχος 112, Δεκέμβριος 2004, σελ 5-6.

⁴ Απόστολος Καψάλης, *Μετανάστες- Υγεία και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Ενημέρωση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχος 112, Δεκέμβριος 2004 σελ 5-6.

⁵ Λουκία Μ. Μουσουρού, «Κοινωνικός Αποκλεισμός και Κοινωνική Προστασία», στο *Κοινωνικός Αποκλεισμός: Η ελληνική Εμπειρία*, εισαγ.-επιμ. Κασσιμάτη Κούλα, Cutenberg, Αθήνα, 1998.

⁶ Αλτάνης Παναγιώτης, «Εθνικά σχέδια κοινωνικής ενσωμάτωσης και δράσεις καταπολέμησης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα», σελ 288 στο *ΟΙ ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ, Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες*, επιμέλεια Οικονόμου Χαραλαμπος, Φέρωνας Ανδρέας, Αθήνα: Διόνικος, 2006.

πολιτών στην οικονομική και κοινωνική ζωή και στην άσκηση των πολιτικών δικαιωμάτων ή /και όταν η πρόσβασή τους σε εισόδημα ή άλλους πόρους (προσωπικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς και πολιτιστικούς) είναι τόσο ανεπαρκής, ώστε να τους αποκλείσει από την απόλαυση ενός επιπέδου διαβίωσης και ποιότητα ζωής που θεωρούνται επιτρεπτά από την κοινωνία που ζουν. Σε παρόμοιες καταστάσεις, οι πολίτες δεν είναι συνήθως σε θέση να κάνουν πλήρη χρήση των θεμελιωδών δικαιωμάτων τους».

Στο επίκεντρο των πολιτικών διεργασιών και πρωτοβουλιών της ΕΕ, έχουν έρθει η φτώχεια και η περιθωριοποίηση πολλών ομάδων πληθυσμού στις χώρες-μέλη, σε συνδυασμό με την μαζική και με την παντελώς έλλειψη οργάνωσης- υποδομών για την υποδοχή μεταναστών από τις χώρες του λεγόμενου τρίτου κόσμου, που επιδίωκαν την ίδρυση ενός ενιαίου ευρωπαϊκού χώρου ασφάλειας και προόδου για τους πολίτες της ΕΕ ⁷. «Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Λάακεν το Δεκέμβριο του 2001 ενέκρινε την πρόταση της Επιτροπής Κοινωνικής Προστασίας για την εφαρμογή μιας σειράς δεικτών (γνωστοί και ως δείκτες του Λάακεν), που καλύπτουν τέσσερις διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού και χρησιμοποιούνται υποχρεωτικά από την Επιτροπή και τα κράτη μέλη κατά την συμβολή των κοινών εκθέσεων και των διετών Εθνικών Σχεδίων Δράσης για την Κοινωνική Ενσωμάτωση, αντίστοιχα»⁸. Έτσι υιοθέτησε 18 κοινούς στατιστικούς δείκτες για την κοινωνική ενσωμάτωση, οι οποίοι αντιστοιχούν σε τέσσερις βασικούς τομείς της κοινωνικής ενσωμάτωσης, οι οποίοι είναι: η φτώχεια, η απασχόληση, η εκπαίδευση και η υγεία ⁹.

Συνεπώς οι παράγοντες που είναι ικανοί να οδηγήσουν σε μια διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού είναι πολλοί και κατατάσσονται στις παραπάνω τέσσερις κατηγορίες. Ο τομέας της υγείας θεωρείται καθοριστικός για την πρόοδο και ενσωμάτωση όλων των πολιτών μιας κοινωνίας, αλλά κυρίως αυτών που ανήκουν στις λεγόμενες ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως είναι οι μετανάστες. Στο σημείο

⁷Αλτάνης Παναγιώτης, «Εθνικά σχέδια κοινωνικής ενσωμάτωσης και δράσεις καταπολέμησης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα», σελ 288-290 στο *ΟΙ ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ, Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες*, επιμέλεια Οικονόμου Χαραλαμπος, Φέρωνας Ανδρέας, Αθήνα: Διόνικος, 2006.

⁸Αλτάνης Παναγιώτης, «Εθνικά σχέδια κοινωνικής ενσωμάτωσης και δράσεις καταπολέμησης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα», σελ 288-290 στο *ΟΙ ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ, Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες*, επιμέλεια Οικονόμου Χαραλαμπος, Φέρωνας Ανδρέας, Αθήνα: Διόνικος, 2006.

⁹Αλτάνης Παναγιώτης, «Εθνικά σχέδια κοινωνικής ενσωμάτωσης και δράσεις καταπολέμησης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα», σελ 288-290 στο *ΟΙ ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ, Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες*, επιμέλεια Οικονόμου Χαραλαμπος, Φέρωνας Ανδρέας, Αθήνα: Διόνικος, 2006.

αυτό να σημειώσουμε πως, σύμφωνα με τον Απόστολο Καψάλη¹⁰, αλλά και η συνολική φυσική κατάσταση και η ψυχολογική υγεία είναι στοιχεία τα οποία είναι ικανά να οδηγήσουν σε κοινωνικό αποκλεισμό, και όχι μόνο η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με το Παρατηρητήριο των Ευρωπαϊκών Επιτροπών για τις Εθνικές Πολιτικές¹¹ ο κοινωνικός αποκλεισμός συνδέεται με τα κοινωνικά δικαιώματα των πολιτών και με ένα συγκεκριμένο βασικό βιοτικό επίπεδο καθώς και με τη συμμετοχή σε σημαντικές κοινωνικές και επαγγελματικές ευκαιρίες της κοινωνίας.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός έχει οριστεί ως μια σύντομη περιγραφή για αυτό που μπορεί να συμβεί όταν οι άνθρωποι ή οι περιοχές υποφέρουν από έναν συνδυασμό προβλημάτων όπως η ανεργία, οι έλλειψη δεξιοτήτων, τα χαμηλά εισοδήματα, τα περιβάλλοντα με υψηλή εγκληματικότητα, η κακή υγεία και η οικογενειακή αποξένωση¹². Τελικά, συμπεραίνουμε πως το περιεχόμενο του ορού «κοινωνικός αποκλεισμός» βρίσκεται σε μια διαδικασία προσδιορισμού, επιχειρώντας μια γενική ερμηνεία της έννοιάς του, θα λέγαμε, σύμφωνα πάντα με τον Απόστολο Καψάλη¹³, πως με αυτόν τον όρο «περιγράφουμε μία ή περισσότερες διαδικασίες που τελούνται σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο σε μια ορισμένη κοινωνία και έχουν ως τελικό αποτέλεσμα την συστηματική διαδικασία άσκησης κοινωνικών δικαιωμάτων ή την αδυναμία απόλαυσης κοινωνικών αγαθών/ευεργημάτων ή την αδυναμία πρόσβασης στις κοινωνικές υπηρεσίες εξαιτίας μιας ιδιότητας ή/ και μιας κατάστασης ή/και απλά ενός χαρακτηριστικού, που συγκεντρώνονται στο πρόσωπο ενός ατόμου, η ύπαρξη των οποίων το κατατάσσουν ενδεχομένως σε μία ή περισσότερες κοινωνικές ομάδες, ενώ η απουσία τους θα απέτρεπε κατά πάσα πιθανότητα την εμφάνιση του τελικού αυτού αποτελέσματος ως κοινωνικό φαινόμενο».

Σύμφωνα με τον ίδιο¹⁴, ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν είναι μια μετρίσιμη κατάσταση. Είναι μια διαδικασία και ταυτόχρονα το αποτέλεσμα αυτής. Αποκλείω σημαίνει παρεμποδίζω την πρόσβαση σε κάτι. Ερμηνεύοντας την Πράσινη Βίβλο της

¹⁰ Απόστολος Καψάλης, *Μετανάστες-Υγεία και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Ενημέρωση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχος 112, Δεκέμβριος 2005: σελ 2.

¹¹ Αθανασία Ρετινιώτη, Ιωάννα Μάντζιου, *Η πρόσβαση των φτωχών και κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων που ζουν στο κέντρο της Αθήνας, στους τομείς της υγείας, της εκπαίδευσής και της εργασίας*, Κοινωνική Υπηρεσία Γιατρών του Κόσμου, 2010, σελ 10.

¹² Social Exclusion Unit, 1997, Economic and Social Research Council, 2004

¹³ Απόστολος Καψάλης, *Μετανάστες-Υγεία και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Ενημέρωση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχος 112, Δεκέμβριος 2005: σελ 5.

¹⁴ Απόστολος Καψάλης, *Μετανάστες-Υγεία και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Ενημέρωση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχος 112, Δεκέμβριος 2005: σελ 5.

Ε.Ε. καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός νοείται ως η παρεμπόδιση απορρόφησης κοινωνικών και δημόσιων αγαθών, κοινωνικού και δημόσιου πλούτου. Σύμφωνα πάντα με τον ίδιο, σημασία δεν έχει το γεγονός ότι κατέστη αδύνατη για ένα άτομο η πρόσβαση σε κάποιες κοινωνικές Υπηρεσίες, σε κάποιες συγκεκριμένες περιπτώσεις. Σημασία έχει, όχι η μη πρόσβαση αλλά η μη προσβασιμότητα (η συστηματική αφαίρεση δυνατότητας για πρόσβαση) σε αυτές τις υπηρεσίες, η οποία έχει ως συνέπεια την μη απόλαυση των αντίστοιχων υπηρεσιών.

4. Η Μετανάστευση στην Ελλάδα

Στο σημείο αυτό, κρίνεται αναγκαίο προτού περάσουμε στην παρουσίαση και ανάλυση των περιπτώσεων του κοινωνικού αποκλεισμού στην υγεία, να αναφερθούμε εν συντομία στο φαινόμενο της μετανάστευσης στην Ελλάδα.

Παρά το γεγονός ότι η μετανάστευση ήταν ένα χαρακτηριστικό στοιχείο του σύγχρονου ελληνικού κράτους με μεγάλα κύματα μαζικής μετανάστευσης, ιδίως τις δεκαετίες του '50 και 60, η χώρα μας μεταβλήθηκε ξαφνικά σε χώρα υποδοχής ενός σημαντικού αριθμού ρεύματος ατόμων. Η μεταναστευτική ροή αλλάζει δραστικά από τα τέλη της δεκαετίας του '70 και καθ' όλη τη διάρκεια της επόμενης δεκαετίας, καθώς παρατηρείται η υποδοχή μεταναστών από τρίτες χώρες, αρχικά σε μικρό βαθμό και από τις αρχές της δεκαετίας του '90 μέχρι και σήμερα με πιο έντονους ρυθμούς. Η Ελλάδα γίνεται πόλος έλξης οικονομικών μεταναστών εκ του γεγονότος ότι αποτελεί γεωγραφικό κομβικό σημείο και προσελκύει τόσο από την Ευρώπη όσο και από άλλες Μεσογειακές χώρες, καθώς και από χώρες της Ασίας και της Αφρικής. Η μορφολογία των ελληνικών συνόρων και η δυσκολία φύλαξής τους, διευκολύνει την είσοδο αλλοδαπών. Επιπλέον σε αυτό συντέλεσαν και άλλοι πολλοί παράγοντες, όπως η οικονομική ανάπτυξη της Ελλάδας, σε συνδυασμό με την ένταξη της στην Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς επίσης και η κατάρρευση των καθεστώτων της ανατολικής Ευρώπης¹⁵.

Οι πρώτοι μετανάστες που έρχονται στην Ελλάδα στις αρχές της δεκαετίας του 1970, είναι Άραβες που εγκαταλείπουν το τόπο τους, λόγω της συνεχιζόμενης κρίσης στη Μέση Ανατολή και εγκαθίστανται στην περιφέρεια της πρωτεύουσας.

¹⁵ Λουκία Μουσούρου, *Μετανάστες και Μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη*, Αθήνα: Gutenberg, 1990.

Jennifer Cavounidis, *Migration in Southern Europe and the Case of Greece*. International Migration, 2002a.

Την ίδια χρονική περίοδο παρατηρείται είσοδος στην Ελλάδα ξένων εργατών από το Πακιστάν, τις Φιλιππίνες, την Αίγυπτο, το Μαρόκο, οι οποίοι απασχολούνται σε εργασίες τις οποίες οι Έλληνες απορρίπτουν¹⁶. Στο δεύτερο ήμισυ της δεκαετίας του 1980, η χώρα μας αντιμετώπισε εισροή μεταναστών από τις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης που προκύπτουν από τη διαδικασία ελευθέρωσης των κομμουνιστικών καθεστώτων. Οι πρώτοι μετανάστες προέρχονταν από την Πολωνία και γρήγορα ακολουθούν οι Βούλγαροι και οι Ρουμάνοι. Μια αυξανόμενη ροή μεταναστών ακολουθείται από τη κατάρρευση της Σοβιετικής Ένωσης στα τέλη της δεκαετίας του 1980¹⁷.

Η εισροή μεταναστών φτάνει στο αποκορύφωμά της στις αρχές της δεκαετίας του 1990, με εκτεταμένες παράνομες αφίξεις, και ιδιαίτερα έως το 1997 χαρακτηρίζεται από την κυκλική μετανάστευση, δηλαδή από τις γειτονικές χώρες της Βαλκανικής και κυρίως από την Αλβανία. Εκείνη την περίοδο η μετανάστευση στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από τον άτυπο χαρακτήρα της, τη «προσωρινότητα», την απασχόληση στην «ανεπίσημη» οικονομία, τις μαζικές απελάσεις καθώς ένας μεγάλος αριθμός μεταναστών χαρακτηρίζεται χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα («χωρίς χαρτιά») ¹⁸.

Εν κατακλείδι, η μετανάστευση αυξήθηκε το διάστημα 2000-2011 και το 2010 ¹⁹ εκτιμήθηκε ότι εισήλθαν στην Ελλάδα γύρω στους 128.000 μετανάστες. Το διάστημα 2000-2011 η μετανάστευση γίνεται κυρίως μέσω της Τουρκίας διαμέσου του Έβρου ποταμού (ή και χερσαίως στο μοναδικό κομμάτι των ελληνοτουρκικών συνόρων μεταξύ Νέας Βύσσας και Καστανιών όπου ο Έβρος διασχίζει την Ανδριανούπολη και τα σύνορα δεν οριοθετούνται από αυτόν) και των νησιών του Αιγαίου με σκοπό (συνήθως) την μετάβαση σε κάποια άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, συνήθως μέσω του λιμανιού της Πάτρας ή της Ηγουμενίτσας ²⁰.

¹⁶ Λουκία Μουσούρου, *Μετανάστες και Μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη*, Αθήνα: Gutenberg, 1990.

¹⁷ Ioannis Cholezas, Panos Tsakloglou, *The economic Impact of Immigration in Greece: Taking Stock of the Existing Evidence*, October 2008, p3.

¹⁸ Jennifer Cavounidis, *Migration in Southern Europe and the Case of Greece*. International Migration, 002a.

¹⁹ Τα στοιχεία προέρχονται από τον ιστότοπο http://el.wikipedia.org/wiki/Μεταναστευτικό_ζήτημα_στην_Ελλάδα

²⁰ Τα στοιχεία προέρχονται από τον ιστότοπο http://el.wikipedia.org/wiki/Μεταναστευτικό_ζήτημα_στην_Ελλάδα

5. Το κοινωνικό προφίλ των μεταναστών

Στο σημείο αυτό θα παρουσιάσουμε, ύστερα από έρευνες για τη μελέτη των κοινωνικών χαρακτηριστικών των μεταναστών στη χώρα μας, κάποια βασικά στοιχεία σε σχέση με την εθνικότητά τους, με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, το πολιτιστικό τους υπόβαθρο και την εργασιακή τους εμπειρία στη χώρα υποδοχής τους.²¹ Για την απεικόνιση των κοινωνικών και οικονομικών χαρακτηριστικών τους, υπάρχουν κάποια αξιόπιστα στοιχεία σχετικά με την μετανάστευση στην Ελλάδα τα οποία έχουν συλλεχθεί μέσα από εμπειρικές μελέτες από κρατικές υπηρεσίες, όπως την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία στην Ελλάδα (ΕΣΥΕ), το Υπουργείο Εργασίας, το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, το Υπουργείο Εξωτερικών, το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης, το Υπουργείο Εσωτερικών και το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ). Η πρώτη συλλογή δεδομένων προήλθε από το πρώτο πρόγραμμα νομιμοποίησης του 1998, ενώ η πιο πρόσφατη είναι η Απογραφή του 2011 που πραγματοποιείται από ΕΣΥΕ. Άλλα δεδομένα περιλαμβάνονται από τις Έρευνες Εργατικού Δυναμικού από την ΕΣΥΕ, δημοσιεύτα στοιχεία από την Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ) και μια έρευνα που διεξήχθη από τη Γενική Γραμματεία του απόδημου ελληνισμού (GSEG) το 2000. Η πιο πρόσφατη πηγή πληροφοριών είναι το 2004/5 Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ) που πραγματοποιούνται από την ΕΣΥΕ. Επιπλέον, ορισμένοι ερευνητές έχουν καταφύγει στη συλλογή δεδομένων, με τη λήψη των δικών τους ερευνών, περιορίζοντας τα σε μικρά μη τυχαία δείγματα (συνήθως λιγότερο από 150). Αναμφίβολα, τα αποτελέσματά τους θα πρέπει να ερμηνεύονται με μεγάλη προσοχή²².

A. Στατιστικά στοιχεία για τον αριθμό των μεταναστών

Αρχικά για να γίνει κατανοητό το πραγματικό μέγεθος της μετανάστευσης προς την Ελλάδα, θα περάσουμε στη σύγκριση των επίσημων στοιχείων που δίνονται από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, τα οποία είναι βασισμένα στις απογραφές του πληθυσμού. Το 1981 ο πραγματικός αριθμός της Ελλάδος ήταν 9.740.417 εκ των οποίων οι 171.424 ήταν ξένοι υπήκοοι, ενώ τα αντίστοιχα στοιχεία για το έτος 1991 είναι 10.259.900 και 167.276 για τους ξένους υπηκόους. Η απογραφή του 2001 παραμένει επίσης μια πολύτιμη πηγή δεδομένων για το μεταναστευτικό πληθυσμό στην Ελλάδα, παρόλο που δεν κατέστη δυνατό να καταγραφεί το σύνολο

²¹ Γαβριήλ. Αμίτσης, Γαβριέλα Λαζαρίδη, *Οι πολιτικές ρυθμίσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα*, Αθήνα: Παπαζήσης, 2001:29.

²² Ioannis Cholezas, Panos Tsakloglou, *The economic Impact of Immigration in Greece: Taking Stock of the Existing Evidence*, October 2008.

των μεταναστών «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα». Η απογραφή του 2001 κατέγραψε 10.964.080 εκ των οποίων οι 797.093 ήταν ξένοι υπήκοοι, που ανέρχονται σε ποσοστό 7,3 % του συνολικού πληθυσμού.

Παρατηρούμε συνεπώς πως μεταξύ 1991 και 2001 ο πληθυσμός στην Ελλάδα αυξήθηκε κατά σχεδόν 7%, ενώ ο πληθυσμός των μεταναστών, νόμιμος και παράνομος (χωρίς χαρτιά), υπερτριπλασιάστηκαν και αντιπροσωπεύει το 7,3% του συνολικού πληθυσμού το 2001 (συνολικά 797.091). Έπειτα η τελευταία απογραφή του ελληνικού πληθυσμού είναι αυτή του 2011 όπου ο πληθυσμός της Ελλάδας ανέρχεται σε 10.815.197 εκ των οποίων οι 9.903.268 είναι ο νόμιμος πληθυσμός της. Τέλος σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας το 2006²³ στην Ελλάδα ζούσαν 695.979 άτομα μη ελληνικής υπηκοότητας.

Β.Η εθνική σύνθεση των μεταναστών

Συνολικά στην Ελλάδα υπάρχουν μετανάστες από περίπου 120 χώρες του κόσμου και ιδιαίτερα από την περιοχή των Βαλκανίων. Οι περισσότεροι από τους μισούς προέρχονται από την Αλβανία, ενώ ένα επιπλέον 16,2% από την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη και την πρώην Σοβιετική Ένωση. Υπολογίζοντας και εκτιμήσεις για τον αριθμό των μεταναστών «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα» ο συνολικός αριθμός των μεταναστών, για το 2001, εκτιμάται στο ένα εκατομμύριο. Η Ελλάδα, συνεπώς, ξεχωρίζει ως η χώρα με το μεγαλύτερο αναλογικά αριθμό μεταναστών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και πιθανώς με το μεγαλύτερο αριθμό μεταναστών «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα».²⁴

Μια πρώτη ματιά στα της στοιχεία που μας παρέχουν έρευνες μέχρι το έτος 2001 προκύπτει ότι οι μετανάστες από την Αλβανία είναι περισσότερο από το ήμισυ του συνόλου των μεταναστών στην Ελλάδα (57,5%), πιθανότατα λόγω της γεωγραφικής εγγύτητας, η οποία διαμορφώνει το πρότυπο της μετανάστευσης, επηρεάζει τη διάρκεια της διαμονής και τη συχνότητα των ταξιδιών πίσω στη χώρα προέλευσης²⁵. Η δεύτερη μεγαλύτερη ομάδα είναι εκείνοι από τη Βουλγαρία (4,6%), ακολουθούμενη από μετανάστες από τη Γεωργία (3,0%), τη Ρουμανία (2,9%) και τη

²³ Μεταναστευτική κίνηση πληθυσμού κατά υπηκοότητα και φύλο - 2006, ΕΣΥΕ, ανακτήθηκε 20 Ιουνίου 2008

²⁴ MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», 2009, σελ 5-10.

²⁵ Τζέννη Καβουνίδη, *Χαρακτηριστικά μεταναστών: το ελληνικό πρόγραμμα νομιμοποίησης του 1998*, Αθήνα: Σάκκουλα, 2002β.

Ρωσία (2,3%)²⁶. Ανάμεσα στα νέα κράτη μέλη της ΕΕ, οι Κύπριοι (2,3%) και Πολωνοί (1,7%) είναι οι μεγαλύτερες ομάδες μεταναστών. Επίσης, μετανάστες έχουν εισέρθει και από χώρες της Κεντρικής Ευρώπης, όπως η Πολωνία. Ακόμη χώρες της Ινδοπακιστανικής χερσονήσου, (Ινδία, Πακιστάν, Μπαγκλαντές) με σημαντικότερο το Πακιστάν. Τέλος η ομάδα των Αραβικών χωρών στην οποία συμπεριλαμβάνονται η Αίγυπτος, η Συρία και το Ιράκ, εμφανίζει μια σχετική αξιόλογη συμμετοχή²⁷.

Μεταξύ αυτών των ξένων υπηκόων συμπεριλαμβάνονται και οι κοινοτικοί αλλοδαποί, οι οποίοι σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της Eurostat δεν ξεπερνούν τις 50.000 στα τέλη της δεκαετίας του '90. Συγκεκριμένα το ποσοστό των μεταναστών (για το 2001) από τις ανεπτυγμένες χώρες είναι: το Ηνωμένο Βασίλειο (1,7%), η Γερμανία (1,5%), η Ιταλία (0,8%), οι ΗΠΑ (2,4%) και η Αυστραλία (1,2%), πολλοί από τους οποίους είναι πιθανό να είναι ελληνικής καταγωγής. Συνεπώς περίπου το 95% των αλλοδαπών που απογράφηκαν στην Ελλάδα το 2001 ήταν πολίτες τρίτων χωρών²⁸.

Γ.Ηλικιακή σύνθεση των μεταναστών

Η ηλικιακή σύνθεση των μεταναστών είναι σχεδόν η αντίθετη από αυτή του γενικού πληθυσμού της χώρας. Έτσι, ενώ το 2001, το ποσοστό του γενικού πληθυσμού που είναι 65 ετών και άνω ανέρχεται σε 17,08%, στους μετανάστες το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται σε μόλις 3,50%. Το 50% είναι άτομα κάτω των 30 ετών, ενώ το 39% είναι μεταξύ 30-45 ετών. Η πλειοψηφία των αλλοδαπών βρίσκεται στις πιο παραγωγικές ηλικίες δηλαδή μεταξύ των 20 και 44 ετών. Οι γυναίκες αλλοδαπές είναι κατά μέσο ορό μεγαλύτερης ηλικίας από τους άνδρες. Οι μεταναστευτικές εισροές συντέλεσαν στην αύξηση του πληθυσμού της χώρας, παρά τους χαμηλούς δείκτες φυσικής αύξησης την τελευταία δεκαετία²⁹.

²⁶ Τζένη Καβουνίδη, *Χαρακτηριστικά μεταναστών: το ελληνικό πρόγραμμα νομιμοποίησης του 1998*, Αθήνα: Σάκκουλα, 2002β.

²⁷ Τζένη Καβουνίδη, *Χαρακτηριστικά μεταναστών: το ελληνικό πρόγραμμα νομιμοποίησης του 1998*, Αθήνα: Σάκκουλα, 2002β.

²⁸ Τζένη Καβουνίδη, *Χαρακτηριστικά μεταναστών: το ελληνικό πρόγραμμα νομιμοποίησης του 1998*, Αθήνα: Σάκκουλα, 2002β.

²⁹ Μαράτου-Αλιπράνη Λάουρα, Γκαζόν Ερίκ, Έκθεση: *Μετανάστευση και υγεία-πρόνοια. Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης- Προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης*. Εθνικό κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 2005.

Δ.Το φύλο των μεταναστών

Στο σύνολο, υπάρχουν περισσότεροι άνδρες (54,5%) από τις γυναίκες μετανάστριες, αλλά η σύνθεση ποικίλλει ευρέως μεταξύ των διαφόρων εθνικοτήτων που πιθανόν να οφείλεται σε πολιτισμικές διαφορές³⁰. Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά του φύλου, άνδρες αλλοδαποί απασχολούνται κυρίως σε αγροτικές και χειρωνακτικές εργασίες ενώ οι γυναίκες απασχολούνται ως οικιακοί βοηθοί ή νοσηλεύτριες. Επίσης γυναίκες, κυρίως της πρώην Σοβιετικής Ένωσης δραστηριοποιούνται στο χώρο του «θεάματος»³¹.

Ε.Λόγοι μετανάστευσης

Οι λόγοι που ήρθαν στην Ελλάδα, σύμφωνα με την απογραφή του 2001, για την πλειονότητα των μεταναστών ήταν η αναζήτηση μιας θέσης εργασίας (58,9% των ανδρών και 48,6% των γυναικών) και αυτό είναι πιθανώς ο λόγος που οι περισσότεροι από το 80% είναι μεταξύ 15 και 64 ετών, δηλαδή τα δυνητικά οικονομικά ενεργά άτομα³². Ο δεύτερος πιο συνηθισμένος λόγος για μεταναστεύουν στην Ελλάδα είναι η οικογενειακή επανένωση, περίπου το 13% και ο επαναπατρισμός, περίπου το 7%. Πρόκειται κυρίως για ελληνικής καταγωγής άτομα που είχαν οι ίδιοι ή οι προγονοί τους μεταναστέψει στο εξωτερικό κατά το παρελθόν και τώρα επιστρέφουν στην Ελλάδα, μια εξέλιξη που εντάσσεται και αυτή στο ευρύτερο φαινόμενο μετατροπής της χώρας μας από χώρα αποστολής σε χώρα υποδοχής μεταναστών³³. Παρ' όλα αυτά, πάνω από το ένα πέμπτο, το 21,5%, δεν διευκρίνισε τον λόγο της μετανάστευσής του.

³⁰ Gropas, R. and Triandafyllidou, A. (2005a), "Migration in Greece at a Glance." Country Report for the European Research Project *POLITIS*. Athens: ELIAMEP – Hellenic Foundation for European and Foreign Policy.

³¹ Αθαν. Μαρβάκης, Δ. Παρσανόγλου, Μ. Παύλου, *Μετανάστες στην Ελλάδα*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2001:81.

³² Jennifer Cavounidis, *Migration in Southern Europe and the Case of Greece*. International Migration, 2002a. και

Τζένη Καβουνίδη, *Χαρακτηριστικά μεταναστών: το ελληνικό πρόγραμμα νομιμοποίησης του 1998*, Αθήνα: Σάκκουλα, 2002β.

³³ Jennifer Cavounidis, *Migration in Southern Europe and the Case of Greece*. International Migration, 2002a.

Τζένη Καβουνίδη, *Χαρακτηριστικά μεταναστών: το ελληνικό πρόγραμμα νομιμοποίησης του 1998*, Αθήνα: Σάκκουλα, 2002β.

Στ.Εκπαίδευση και απασχόληση μεταναστών

Σύμφωνα με την απογραφή του 2001, σχεδόν το 50% των μεταναστών έχουν πιστοποιητικά δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (συμπεριλαμβανομένων των τεχνικών σχολών) και το 33%, είτε έχουν ολοκληρώσει ή μόνο είχαν παρακολουθήσει μερικά χρόνια του δημοτικού σχολείου³⁴. Σχεδόν το 10% έχει τριτοβάθμια εκπαίδευση, όπου το ποσοστό είναι υψηλότερο μεταξύ των γυναικών. Σημειώνουμε επίσης πως οι μετανάστες από την Αλβανία είχαν τα χαμηλότερα μορφωτικά προσόντα, ενώ οι πρώην σοβιετικοί πολίτες είχαν τα υψηλότερα³⁵. Σε ό,τι αφορά τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά, πάνω από το 90% των μεταναστών είναι μισθωτοί, ενώ το 6,5% φαίνεται να είναι αυτοαπασχολούμενοι (2,8% είναι εργοδότες). Αυτό δεν αποτελεί έκπληξη λόγω του γεγονότος ότι οι περισσότεροι μετανάστες δεν μιλούν άπταιστα ελληνικά, τουλάχιστον στην αρχή, πράγμα το οποίο είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την αυτοαπασχόληση³⁶.

Σύμφωνα με τον Σάββα Ρομπόλη³⁷, το 13,0% του συνόλου των εργαζομένων στην Ελλάδα είναι μετανάστες, ενώ σύμφωνα με τις Έρευνες Εργατικού Δυναμικού το εργατικό δυναμικό αυξήθηκε από 3,7% το 1998 σε περίπου 7,0% το 2004³⁸. Οι περισσότερες από τις εργασίες που εκτελούνται από μετανάστες χαμηλής ειδίκευσης, αφορούν τη χειρωνακτική εργασία. Σχεδόν το 25% των μεταναστών απασχολούνται στον τομέα των κατασκευών, το οποίο σημαίνει ότι το 27,4% του συνόλου των εργαζομένων που απασχολούνται σε αυτό τον τομέα δεν είναι Έλληνες. Περαιτέρω, το 20% των μεταναστών απασχολούνται σε άλλες υπηρεσίες, στις περισσότερες περιπτώσεις αφορά οικιακή εργασία (φροντίδα παιδιών ή

³⁴ Μαράτου-Αλιπράνη Λάουρα, Γκαζόν Ερίκ, Έκθεση: Μετανάστευση και υγεία-πρόνοια. Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης- Προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης. Εθνικό κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 2005.

³⁵ Jennifer Cavounidis, *Migration in Southern Europe and the Case of Greece*. International Migration, 2002a. και

Τζένη Καβουνίδη, *Χαρακτηριστικά μεταναστών: το ελληνικό πρόγραμμα νομιμοποίησης του 1998*, Αθήνα: Σάκκουλα, 2002β.

³⁶ Ioannis Cholezas, Panos Tsakoglou, *The economic Impact of Immigration in Greece: Taking Stock of the Existing Evidence*, October 2008.

³⁷ Σάββας Ρομπόλης Σ, «Οικονομία, αγορά εργασίας και μετανάστευση στην Ελλάδα», στο: Καψάλης Α. και Π. Λινάρδος-Ρυλμόν (επιμ.) Μεταναστευτική πολιτική και δικαιώματα των μεταναστών, Αθήνας Ινστιτούτο Εργασίας Νο.22, ΙΝΕ-ΑΔΕΔΥ, 2005.

³⁸ Antonis Kontis, Stauros Zografakis and Th. Mitrakos. *The Economic Impact of Employing Immigrants During the Last Decade in (GDP)* Centre of Planning and Economic Research, 2006, p. 227-259.

ηλικιωμένων, καθαρισμό σπιτιών, κλπ.), ποσοστό που ανέρχεται στο 75% της συνολικής απασχόλησης στις εγχώριες υπηρεσίες. Από την άλλη πλευρά, το 17,5% των μεταναστών απασχολούνται στον αγροτικό τομέα (11,6% της γεωργικής απασχόλησης) και λίγο περισσότερο από το 15% στον τομέα του τουρισμού και του εμπορίου³⁹.

6. Μεταναστευτική πολιτική

Το απότομο κύμα μετανάστευσης που βίωσε η χώρα μας στις αρχές της δεκαετίας του '90, έθεσε το μεταναστευτικό ζήτημα με έναν ιδιαίτερο τρόπο. Αυτό συναίβει καθώς η απότομη εισροή των μεταναστών βρήκε την Ελλάδα εντελώς απροετοίμαστη και προκάλεσε προσπάθειες από την πλευρά της κυβέρνησης για το σχηματισμό μιας σωστής μεταναστευτική πολιτική με τη δημιουργία νέων νόμων. Το ελληνικό κράτος προσπαθεί, έκτοτε, να σχεδιάσει αφενός και να εφαρμόσει αφετέρου ένα νομοθετικό πλαίσιο για τη μετανάστευση, αλλά και γενικότερα να οργανώσει την μεταναστευτική πολιτική του. Το αρκετά πολύπλοκο θεσμικό πλαίσιο στην Ελλάδα, το συνθέτουν ορισμένοι βασικοί νόμοι με πολλές τροποποιήσεις και ένα πλήθος προεδρικών διαταγμάτων και υπουργικών αποφάσεων.

Πριν το 1989, μπορούμε να πούμε ότι η μεταναστευτική πολιτική στη χώρα μας απουσίαζε, καθώς η Ελλάδα δεν είχε νομοθετικό πλαίσιο για τον έλεγχο ή τη διαχείριση μεταναστευτικών εισροών. Τα θέματα μετανάστευσης ρυθμιζόνταν από το νόμο 4310 του 1929 με τίτλο «Περί εγκαταστάσεως και κινήσεως αλλοδαπών εν Ελλάδι, αστυνομικού ελέγχου, διαβατηρίων, απελάσεων και εκτοπίσεων», αναθεωρημένο το 1948, ο οποίος αφορούσε κυρίως θέματα μεταναστευτικών εκροών, ο οποίος ίσχυε μέχρι το 1991 με κάποιες προφανώς τροποποιήσεις⁴⁰.

Ο παραπάνω νόμος αντικαθίσταται από τον υπ' αριθμό 1975/1991 με το τίτλο «Είσοδος, έξοδος, παραμονή, εργασία, απέλαση αλλοδαπών, διαδικασία αναγνώρισης προσφύγων και άλλες διατάξεις»⁴¹. Ο παραπάνω νόμος συμπίπτει με τις μαζικές αφίξεις μεταναστών που ακολούθησαν από τις χώρες του ανατολικού μπλοκ και στόχο κατά κύριο λόγο είχε τον περιορισμό της μετανάστευσης, τον αυστηρότερο έλεγχο των συνόρων και την απέλαση όλων των παράτυπων

³⁹ Ioannis Cholezas, Panos Tsakloglou, *The economic Impact of Immigration in Greece: Taking Stock of the Existing Evidence*, October 2008.

⁴⁰ Απόστολος Καψάλης, *Μεταναστες- Υγεία και Κοινωνικοε Αποκλεισμός*, Ενημέρωση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχος 112, Δεκέμβριος 2004, σελ 12.

⁴¹ Απόστολος Καψάλης, *Μεταναστες- Υγεία και Κοινωνικοε Αποκλεισμός*, Ενημέρωση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχος 112, Δεκέμβριος 2004, σελ 12.

μεταναστών που διαμένουν προσωρινά στην Ελλάδα. Ουσιαστικά ο νόμος καθιστούσε σχεδόν ανέφικτη την είσοδο και εγκατάσταση ξένων στη χώρα μας με σκοπό την εργασία⁴². Αξίζει να σημειώσουμε πως την περίοδο εκείνη το παράνομο κύμα μετανάστευσης που βίωσε η Ελλάδα προκάλεσε μια υστερική αντίδραση από το ελληνικό κράτος, τα Μ.Μ.Ε., και γενικότερα, τη κοινωνία, «Ξαφνικά, η Ελλάδα κατακλύστηκε από ξένους, που μπήκαν, παρέμειναν, εργάζονταν παράνομα, δημιουργούσαν τεράστια κοινωνικά προβλήματα για το κράτος και στη προσπάθεια να επιλύσουν οι μετανάστες μονοί, τα προβλήματά τους συνδέονται με ναρκωτικά, ληστείες κ.λπ. Ακλούθησε μια περίοδος όπου, η αστυνομία, αναλαμβάνει ως κύριος εκφραστής του κρατικού μηχανισμού, τη επικοινωνία με τους μετανάστες»⁴³.

Σύμφωνα με την εκτίμηση του Καψάλη, το νομοθέτημα αυτό θα μπορούσαμε να το προσλάβουμε ως μια πρώτη βεβιασμένη αντίδραση σε ένα νέο φαινόμενο, «δείγμα τόσο της πλήρους άγνοιας των αρμόδιων αρχών γύρω από την μετανάστευση, όσο και της διάθεσης να αντιμετωπιστούν οι μετανάστες εργάτες ως κίνδυνος και όχι ως νέα πραγματικότητα για τη χώρα μας. Συγκεκριμένα διατηρείται η απαγόρευση εισόδου χωρίς την προαπαιτούμενη άδεια εργασίας ετήσιας αρχικά διάρκειας, επί τη βάση της οποίας εκδιδόταν και η άδεια παραμονής, όπου προστάτευε τους εργαζόμενους και τους εργοδότες τους από τις πολύ αυστηρές κυρώσεις με τις οποίες τιμωρούταν η ανεπίσημη εργασία»⁴⁴

Με τον νόμο του 1991 νομιμοποιούνται /παίρνουν άδειες παραμονής γύρω στους 26.000 μετανάστες. Ο νόμος 75/91 ουσιαστικά ήθελε να αγνοήσει το μεταναστευτικό φαινόμενο. Σύμφωνα με τον Pr. Kiprianos⁴⁵ ο νόμος αυτός θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια «πλήρης αποτυχία» καθώς παρά τους δεκάδες χιλιάδες αλλοδαπούς που απελάθηκαν, οι περισσότεροι από τους οποίους ήταν Αλβανοί, και τη δημιουργία μιας πρόσθετης αστυνομικής δύναμης για την προστασία των συνόρων, η παράνομη είσοδος ξένων στην χώρα δεν περιορίστηκε στο ελάχιστο αλλά μάλλον συνεχίστηκε χωρίς μείωση. Καθώς πολλοί μετανάστες ήρθαν στην Ελλάδα, εγκαταστάθηκαν και βρήκαν δουλειά χωρίς να διαθέτουν τα απαραίτητα νόμιμα έγγραφα. Επιπλέον, παρά την πρόσθετη αστυνομική δύναμη

⁴² Απόστολος Καψάλης, *Μετανάστες- Υγεία και Κοινωνικοε Αποκλεισμός*, Ενημέρωση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχος 112, Δεκέμβριος 2004, σελ 12.

⁴³ Μ. Κονιόρδος και συν., *Οι μεταναστευτικές πιέσεις προς τις Μεσογειακές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η μεταναστευτική πολιτική των χωρών αυτών*, ΙΔ' Εκπαιδευτική Σειρά, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα:2003.

⁴⁴ Απόστολος Καψάλης, *Μετανάστες- Υγεία και Κοινωνικοε Αποκλεισμός*, Ενημέρωση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχος 112, Δεκέμβριος 2004, σελ 12.

⁴⁵ Pr.Kiprianos , S. Balias and V. Passas. *Greek Policy towards Immigration and Immigrants. Social Policy & Administration*, 2003, 37(2): 148-164.

για την προστασία των συνόρων, πολλοί διέσχιζαν τη νύχτα με τα πόδια τα βόρεια ορεινά ελληνικά σύνορα μεταξύ Αλβανίας ή Βουλγαρίας και Ελλάδας. Άλλοι έφτασαν με πλοiάρια στα νησιά του Αιγαίου ή στην Κρήτη, συνήθως με τη 'βοήθεια' οργανωμένων δικτύων λαθραίας μετακίνησης ανθρώπων. Κάποιοι διέσχιζαν τα ελληνικά σύνορα με λεωφορεία, παριστάνοντας ότι ταξίδευαν οργανωμένα για τουρισμό, καθώς και κάποιοι έφτασαν στα ελληνικά αεροδρόμια ή λιμάνια με θεωρήσεις εισόδου για τουρισμό και παρέμεναν στην Ελλάδα μετά τη λήξη τους⁴⁶.

Επιπλέον, τα διατάγματα για την τιμωρία των παραβατών και για τους παράνομους ξένους εργάτες αλλά και για τους Έλληνες εργοδότες τους, εφαρμόστηκαν με δυσκολία, κάτι το οποίο δεν ισχύει σήμερα που τιμωρείται ο εργοδότης και όχι ο ίδιος ο μετανάστης⁴⁷. Τα πρώτα βήματα λοιπόν προς αυτή την κατεύθυνση μπορούν να χαρακτηριστούν από απειρία αλλά και χωρίς συγκεκριμένο στόχο. Συνεπώς προσλαμβάνεται ως μια προσπάθεια που επιδιώκει κυρίως την αποφυγή εισόδου αλλοδαπών από τρίτες χώρες⁴⁸.

Έτσι η ελληνική πολιτεία αναγνωρίζοντας πως με τον αυστηρότερο έλεγχο των συνόρων και με τις μαζικές απελάσεις των παράτυπων μεταναστών δεν ρυθμιζόταν η κατάσταση, εφαρμόζει το πρώτο πρόγραμμα νομιμοποίησης το 1998, μετά την έκδοση των δύο προεδρικών διαταγμάτων 358/1997 και 359/1997, τα οποία υλοποιήθηκαν σε δύο διαδοχικά στάδια. Στο πρώτο στάδιο, μια "Προσωρινή Κάρτα άδεια διαμονής" εκδόθηκε, γνωστή ως «λευκή κάρτα», ενώ το δεύτερο στάδιο αφορούσε την έκδοση περιορισμένης άδειας διαμονής διάρκειας, που είναι γνωστή ως «πράσινη κάρτα»⁴⁹. Για να είναι επιλέξιμος να υποβάλει αίτηση για την «πράσινη κάρτα», ένας μετανάστης θα πρέπει να αποδείξει ότι αυτός/αυτή ήταν που απασχολούνται νόμιμα για τουλάχιστον σαράντα ημέρες από την 1η Ιανουαρίου 1998, το οποίο συνήθως θεωρείται καθοριστικός παράγοντας που επηρεάζει την επιτυχία του προγράμματος⁵⁰. Έτσι συνολικά 371.641 μετανάστες

⁴⁶ Άννα Τριανταφυλλίδου, *Ελληνική Μεταναστευτική Πολιτική: Προβλήματα και Κατευθύνσεις*, Ελληνικό Ίδρυμα Ευρωπαϊκής και Εξωτερικής Πολιτικής (ΕΛΙΑΜΕΠ), Δεκέμβριος 2005, σελ 22.

⁴⁷ Pr.Kiprianos, S. Balias and V. Passas. *Greek Policy towards Immigration and Immigrants. Social Policy & Administration*, 2003, 37(2): 148-164.

⁴⁸ Γαβριήλ Αμίτσης, Γαβριέλα Λαζαρίδη, *Οι πολιτικές ρυθμίσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα*, Αθήνα: Παπαζήσης, 2001.

⁴⁹ Jennifer Cavounidis, *Migration in Southern Europe and the Case of Greece*. International Migration, 2002a.

Τζένη Καβουνίδη, *Χαρακτηριστικά μεταναστών: το ελληνικό πρόγραμμα νομιμοποίησης του 1998*, Αθήνα: Σάκκουλα, 2002β.

⁵⁰ Jennifer Cavounidis, *Migration in Southern Europe and the Case of Greece*. International Migration, 2002a.

κατέθεσαν αίτηση για να λάβουν τη λευκή κάρτα (δηλαδή κάρτα διαμονής περιορισμένης διάρκειας, με στόχο το πέρασμα στη δεύτερη φάση της διαδικασίας) με εκείνο το πρόγραμμα. Μόνον 212.860 αλλοδαποί πέρασαν όμως στη δεύτερη φάση του προγράμματος, υποβάλλοντας αίτηση για την πράσινη κάρτα (προσωρινή κάρτα διαμονής, με διάρκεια 1, 2 ή 5 ετών)⁵¹. Το παραπάνω πρόγραμμα νομιμοποίησης είχε πολλές αδυναμίες στην εφαρμογή του, παρόλ'αυτά το πρόγραμμα αυτό συνέβαλλε σημαντικά στην 'ομαλοποίησή' του μεταναστευτικού φαινομένου στην Ελλάδα.

Ουσιαστικά η χρονιά-σταθμός για το μεταναστευτικό θεωρείται το 2001, καθώς αποφασίζονται δραστικά μέτρα για την καταπολέμηση της παράνομης μετανάστευσης και για την χάραξη μιας νέας μεταναστευτικής πολιτικής. Ο νέος νόμος 2910/2001 με τίτλο "Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια. Κτήση της ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις" έχει ως κύριο στόχο την πραγματοποίηση ενός δεύτερου προγράμματος νομιμοποίησης για να αντιμετωπίσει βραχυπρόθεσμα το φαινόμενο της παράνομης μετανάστευσης στη χώρα⁵². Επιπλέον με το νόμο αυτό, τέθηκαν οι προϋποθέσεις για μια μεσοπρόθεσμη τουλάχιστον ρύθμιση του φαινομένου, συμπεριλαμβάνοντας στις διατάξεις του τόσο θέματα ελέγχου των συνόρων, όσο και τις προϋποθέσεις για την είσοδο αλλοδαπών στην Ελλάδα με σκοπό την εργασία ή τις σπουδές καθώς τελικά και θέματα πολιτογράφησης αλλοδαπών που κατοικούν στη χώρα⁵³. Ο νέος νόμος μεταφέρει την μεταναστευτική πολιτική από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης στο Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης. Παράλληλα μειώνεται από 15 σε 2 έτη ο απαιτούμενος χρόνος διαμονής του μετανάστη για το δικαίωμα στην οικογενειακή επανένωση. Οι ανήλικοι μετανάστες αποκτούν το δικαίωμα στην υποχρεωτική εκπαίδευση, ενώ κατοχυρώνεται επίσης η πρόσβαση των μεταναστών στο σύστημα δικαιοσύνης και κοινωνικής προστασίας και ρυθμίζεται η πολιτογράφηση⁵⁴.

Τζένη Καβουνίδα, *Χαρακτηριστικά μεταναστών: το ελληνικό πρόγραμμα νομιμοποίησης του 1998*, Αθήνα: Σάκκουλα, 2002β.

⁵¹ Ioannis Cholezas, Panos Tsakloglou, *The economic Impact of Immigration in Greece: Taking Stock of the Existing Evidence*, October 2008.

⁵² Ioannis Cholezas, Panos Tsakloglou, *The economic Impact of Immigration in Greece: Taking Stock of the Existing Evidence*, October 2008.

⁵³ Ioannis Cholezas, Panos Tsakloglou, *The economic Impact of Immigration in Greece: Taking Stock of the Existing Evidence*, October 2008.

⁵⁴ Τα στοιχεία προέρχονται από τον ιστότοπο http://el.wikipedia.org/wiki/Μεταναστευτικό_ζήτημα_στην_Ελλάδα

Η διαδικασία αναθεωρήθηκε τον Ιανουάριο του 2004, με το νόμο 3202/2003 για να προβλεφθεί μια διετή άδεια και, ως εκ τούτου, για τη διευκόλυνση της διαδικασίας. Το επόμενο βήμα ήταν ένα τριετές σχέδιο δράσης που θεσπίστηκε το 2001 με τίτλο «Σχέδιο Δράσης για την Κοινωνική Ένταξη των Μεταναστών» για την περίοδο 2002-2005, το οποίο περιλάμβανε μέτρα που προσπαθούν να βοηθήσουν την ένταξη των μεταναστών στην ελληνική αγορά εργασίας, εξασφαλίζουν την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας, την προώθηση της πολιτιστικής αλληλεπίδρασης και την καταπολέμηση της ξеноφοβίας και του ρατσισμού στην ελληνική κοινωνία⁵⁵.

Τον Νοέμβριο, του 2003⁵⁶, η Βουλή ενέκρινε έξι τροποποιήσεις στο μεταναστευτικό νόμο και οι πιο σημαντικές ήταν οι παρακάτω :

- Οι μετανάστες, που ανανεώνουν την ετήσια άδεια παραμονής για πάνω από μια φορά δικαιούνται άδεια για επιπλέον δυο έτη.
- Η κατάσταση εργασίας τους μπορεί να αλλάξει.
- Η άδεια χορήγησης άδειας παραμονής δίνεται από τον Γενικό Γραμματέα της

Περιφέρειας.

- Αιτήσεις που δεν καταθέτονται λόγω υπαιτιότητας του κράτους γίνονται αποδέκτες μετά τη λήξη της προθεσμίας.

Ο νέος αυτός νόμος, μπορούμε να πούμε πως κατάφερε να δει σφαιρικά το θέμα, αποτελώντας μια πιο ολοκληρωμένη θεσμική παρέμβαση, προς την αντιμετώπιση των μεταναστών με πιο ανθρωπιστική⁵⁷.

Η πιο πρόσφατη προσπάθεια που ασχολείται με τη μετανάστευση έλαβε χώρα τον Αύγουστο του 2005, όταν ο νέος μεταναστευτικός νόμος υπ' αριθμόν 3386/2005, εγκρίθηκε από το Ελληνικό Κοινοβούλιο με τίτλο «Είσοδος, διαμονή και ένταξη των υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελλάδα» ο οποίος θεωρείται βασικό νομοθέτημα της ελληνικής μεταναστευτικής πολιτικής⁵⁸. Με τον νέο νόμο μειώνεται η

⁵⁵ Ioannis Cholezas, Panos Tsakloglou, *The economic Impact of Immigration in Greece: Taking Stock of the Existing Evidence*, October 2008.

⁵⁶ M. Balidwin- Edwards, «*Southern European Labour Markets and Immigration: A structural and Functional Analysis*», 2002.

⁵⁷ Μ. Κονιόρδος και συν. 2003, «Οι μεταναστευτικές πιέσεις προς τις Μεσογειακές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η μεταναστευτική πολιτική των χωρών αυτών, ΙΔ' Εκπαιδευτική Σειρά, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα.

⁵⁸ Άννα Τριανταφυλλίδου Άννα, *Ελληνική Μεταναστευτική Πολιτική: Προβλήματα και Κατευθύνσεις*, Ελληνικό Ιδρυμα Ευρωπαϊκής και Εξωτερικής Πολιτικής (ΕΛΙΑΜΕΠ), Δεκέμβριος 2005.

γραφειοκρατία ενοποιώντας την άδεια εργασίας και διαμονής μεταναστών σε ένα έγγραφο. Επιπλέον γίνεται καμπάνια νομιμοποίησης παράτυπων μεταναστών και ενσωματώνεται η κοινοτική οδηγία 2003/86 για την οικογενειακή επανένωση των μεταναστών. Επίσης ενσωματώνεται η κοινοτική οδηγία 2003/109 για το καθεστώς του επί μακρόν διαμένοντος αλλοδαπού με συμπλήρωση πενταετούς διαμονής στην Ελλάδα και την γνώση της ελληνικής γλώσσας, πολιτισμού και ιστορίας. Παράλληλα προβλέπονται ποινικές, οικονομικές και διοικητικές κυρώσεις σε όσους παρέχουν υπηρεσίες σε παράνομους μετανάστες/υπηκόους τρίτων χωρών⁵⁹. Παρολ' αυτά, οι επικριτές αυτού του νομοσχεδίου ισχυρίζονται ότι συνέχισε να αγνοεί σχεδόν το 70% των παράνομων μεταναστών στην Ελλάδα, με το να μην τους επιτρέπει να αποκτήσουν άδεια παραμονής⁶⁰. Από την άλλη πλευρά, πρέπει να επισημανθεί ότι η επαναληπτική φύση των διαδικασιών νομιμοποίησης έδειξαν μια πιο ρεαλιστική προσέγγιση που υιοθετήθηκε από τις αρχές έναντι της μετανάστευσης. Επιπλέον, βοήθησε την πλειοψηφία των μεταναστών για να εξασφαλιστεί ένα ορισμένο βαθμό της αξιοπρέπειας στην ελληνική κοινωνία και διευκόλυνε πολλές πρακτικές πτυχές της ζωής τους στην Ελλάδα⁶¹.

Το 2007 θεσπίζεται ο νόμος υπ αριθμόν 3386/2007 με τίτλο «Ειδικές ρυθμίσεις θεμάτων μεταναστευτικής πολιτικής και λοιπών ζητημάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης»⁶². Με τον νόμο αυτό διευκολύνονται οι μετανάστες στην εξαγορά του 20% των ενσήμων που απαιτούνται να συμπληρώσουν για να ανανεώσουν την άδεια παραμονής τους. Επίσης οι γονείς μεταναστών μπορούν να νομιμοποιούνται όταν τα παιδιά τους φοιτούν στην πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Τέλος ο πιο πρόσφατος νόμος είναι αυτός του 2010, 3838/2010 με τις προϋποθέσεις απόκτησης ελληνικής ιθαγένειας, όπου τροποποιείται ο κώδικας ελληνικής ιθαγένειας ο οποίος βασιζόταν στην αρχή του δίκαιου του αίματος. Με τον νέο νόμο τα παιδιά μεταναστών αποκτούν την ελληνική ιθαγένεια με την γέννησή τους στην Ελλάδα με

⁵⁹ Κωνσταντίνος Π. Καλοφωλιάς. *Το Μεταναστευτικό Ζήτημα στη Μεσόγειο (Ισπανία - Ιταλία - Ελλάδα)*. Αθήνα: Μιχάλη Σιδέρη, 2011: σελ. 37

⁶⁰ R. Gropas, and A. Triandafyllidou, "Migration in Greece at a Glance." Country Report for the European Research Project *POLITIS*. Athens, 2005a.

⁶¹ P.Hatziprokopiou, *Immigrants' Integration and Social Change: Greece as a Multicultural Society*. Paper presented at the 2nd LSE Symposium on Modern Greece, Current Social Science Research in Greece, LSE, European Institute, Hellenic Observatory, 2005.

⁶² Κωνσταντίνος Π. Καλοφωλιάς. *Το Μεταναστευτικό Ζήτημα στη Μεσόγειο (Ισπανία - Ιταλία - Ελλάδα)*. Αθήνα: Μιχάλη Σιδέρη, 2011:σελ. 38

προϋπόθεση ότι οι δύο γονείς διαμένουν στην Ελλάδα μόνιμα και νόμιμα για 5 συνεχόμενα έτη. Επίσης παιδιά μεταναστών τα οποία έχουν παρακολουθήσει τουλάχιστον 6 έτη ελληνικού σχολείου, κατοικούν μόνιμα και νόμιμα στην χώρα, δικαιούνται την ελληνική ιθαγένεια. Επιπλέον, οι αλλοδαποί οι οποίοι επιθυμούν την πολιτογράφηση ως Έλληνες θα πρέπει να διανέμουν νόμιμα για επτά συνεχόμενα έτη, να έχουν λευκό ποινικό μητρώο, γνώση ελληνικών, ομαλή ένταξη στην οικονομική και κοινωνική ζωή αλλά και εξοικείωση με τους θεσμούς του πολιτεύματος⁶³.

Σε γενικές γραμμές μπορεί να υποστηριχθεί πως η άσκηση της μεταναστευτικής πολιτικής διακρίνεται κυρίως από τη διάσταση της σταδιακής νομιμοποίησης των μεταναστών. Η απουσία κρατικών πολιτικών «ένταξης», οι μορφές εργασίας και το αντικείμενο απασχόλησης, καθώς και οι συνθήκες διαβίωσης των μεταναστών, περιορίζουν τις δυνατότητες τους να απολαμβάνουν κοινωνικά και συλλογικά δικαιώματα. Ως εκ τούτου, η κύρια πρόκληση που αντιμετωπίζει η ελληνική μεταναστευτική πολιτική είναι διπλή: Αφενός πώς να ελεγχθεί αποτελεσματικά η μεταναστευτική εισροή και, αφετέρου, τη προώθηση της οικονομικής και κοινωνικής ολοκλήρωση των μεταναστών⁶⁴.

⁶³ Κωνσταντίνος Π. Καλοφωλιάς (2011). *Το Μεταναστευτικό Ζήτημα στη Μεσόγειο (Ισπανία - Ιταλία - Ελλάδα)*. Αθήνα: Μιχάλη Σιδέρη. σελ. 38-39

⁶⁴ Fakiolas, R. 2003. Regularising Undocumented Immigrants in Greece: Procedures and Effects. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 29(3): 535-561.

7. Κοινωνικός αποκλεισμός και υγεία

Στο σημείο αυτό θα γίνει μια απόπειρα καταγραφής της ελληνικής πραγματικότητας όσο αφορά τον κοινωνικό αποκλεισμό των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού στον τομέα της υγείας. Ως γνωστό, η αρχή της ισότητας σε συνταγματικό επίπεδο αναδεικνύεται μια από τις κεντρικές συνιστώσες των δημοκρατικών πολιτευμάτων. Έτσι όλα τα κράτη προάγουν την αρχή της ισότητας και σε νομοθετικό επίπεδο μεριμνούν για την καταπολέμηση όλων των μορφών διακρίσεων με βάσει την εθνική, φυλετική ή εθνοτική καταγωγή που εμφανίζονται στην καθημερινή ζωή. Ορίζουμε, ως υγεία, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, την κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και δεν συνίσταται μόνο στην απουσία ασθένειας ή αναπηρίας⁶⁵.

Παρολ'αυτά σε ένα δημοκρατικό πολίτευμα υπάρχουν πολλές εκδοχές σχετικά με την εφαρμογή της αρχής της μη διάκρισης. Όπως αναφέρει ο Χαράλαμπος Οικονόμου⁶⁶, παρά τη σημαντική βελτίωση που έχει παρατηρηθεί σε κάποιους βασικούς δείκτες υγείας διεθνώς, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, η πρόσβαση στην υγεία των ευπαθών κοινωνικών ομάδων εξακολουθεί να υφίσταται εμπόδια και ανισότητες. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επισημαίνει ότι ενώ η υγεία των Ευρωπαίων πολιτών, σε συνολικό επίπεδο, σημειώνει πρόοδο, οι ανισότητες των Ευρωπαϊκών κρατών καθώς και μεταξύ κοινωνικοοικονομικών ομάδων και περιφερειών εντός των χωρών έχουν διευρυνθεί⁶⁷.

Η έκθεση Black η οποία δημοσιεύτηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1980, προσκόμισε πειστικά στοιχεία τα οποία αποδεικνύουν ότι η φτώχεια και το χαμηλό επίπεδο υγείας συνδέονται στενά μεταξύ τους και ότι η υλική αποστέρηση είναι ήταν ένας σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας της κακής υγείας και του θανάτου. Η κύρια θέση που υποστήριζε ήταν ότι οι ανισότητες οι οποίες παρατηρούνται στην υγεία δεν προέκυψαν τόσο από τις αποτυχίες στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, όσο κυρίως από άλλες κοινωνικές ανισότητες που επηρεάζουν το

⁶⁵ Προοίμιο της Σύμβασης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας όπως υιοθετήθηκε το 1946 στη Νέα Υόρκη. Όπως παρατίθεται στο Καψάλης, Απόστολος. *“Μετανάστες-υγεία και κοινωνικός αποκλεισμός”*, Ενημέρωση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχος 112, Δεκέμβριος 2004, σελ 6.

⁶⁶ Χαράλαμπος Οικονόμου, «Ανισότητες στην υγεία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός. Θεωρητικές προσεγγίσεις και στρατηγικές επιλογές», σελ 313-315 στο *ΟΙ ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ, Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες*, επιμέλεια Οικονόμου Χαράλαμπος, Φέρωνας Ανδρέας, Αθήνα: Διόνικος, 2006.

⁶⁷ Who Regional Office for Europe, 2005. Όπως παρατίθεται στο Χαράλαμπος Οικονόμου, «Ανισότητες στην υγεία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός. Θεωρητικές προσεγγίσεις και στρατηγικές επιλογές», σελ 313-315 στο *ΟΙ ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ, Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες*, επιμέλεια Οικονόμου Χαράλαμπος, Φέρωνας Ανδρέας, Αθήνα: Διόνικος, 2006.

επίπεδο υγείας και σχετίζονται με το εισόδημα, την απασχόληση, την εκπαίδευση, την ποιότητα κατοικίας, τη διατροφή και το εργασιακό περιβάλλον.⁶⁸ Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), ένας από τους βασικούς στόχους που έχουν τεθεί είναι η επίτευξη της ισότητας στην υγεία μεταξύ των φύλων, μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων και μεταξύ των διάφορων χωρών. Έτσι ο καθένας θα πρέπει να έχει μια δίκαιη ευκαιρία να πραγματοποιήσει τις δυνατότητές του για υγεία στο μέγιστο βαθμό και πιο ρεαλιστικά, να είναι δυνατό να αποφευχθεί η κατάστασή αδυναμίας κάποιου να επιτύχει τον παραπάνω στόχο⁶⁹.

Συμφώνα με την M. Whitehead⁷⁰, την έννοια της ισότητας στην υγεία μπορούμε να την προσδιορίσουμε με βάση τρεις άξονες: α) ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για ίδιες ανάγκες β) ίση χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας για ίσες ανάγκες και γ) ίση ποιότητα φροντίδας υγείας που βασίζεται στην ύπαρξη της ανάγκης και προϋποθέτει την ανάληψη παρόμοιων δεσμεύσεων από τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Υιοθετώντας τον ορισμό αυτό, οι P .Townsend και N. Davidson⁷¹. υποστηρίζουν ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας χωρίζεται σε τρεις μορφές: την οικονομική, την γεωγραφική και την πολιτισμική. Η οικονομική μορφή πρόσβασης αφορά την πρόσβαση σε ισότιμες υπηρεσίες ανεξάρτητα της οικονομικής κατάστασης του ατόμου. Η γεωγραφική μορφή πρόσβασης αφορά τη δίκαιη διανομή των υπηρεσιών σε διαφορετικές περιοχές της χώρας, χωρίς εμπόδια γεωγραφικά,

⁶⁸ Χαράλαμπος Οικονόμου, «Ανισότητες στην υγεία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός. Θεωρητικές προσεγγίσεις και στρατηγικές επιλογές», σελ 313-315 στο *ΟΙ ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ, Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες*, επιμέλεια Οικονόμου Χαράλαμπος, Φέρωνας Ανδρέας, Αθήνα: Διόνικος, 2006.

⁶⁹ Χαράλαμπος Οικονόμου, Θεόδωρος Φούσκας, «Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Η ανάδυση μιας διακριτικής πρακτικής», σελ 419. Στο *Πολιτισμός και διαφορετικότητα. Εμείς και οι άλλοι*, Σταμούλης Αντώνιος εκδοτικός οίκος, Δημήτριος Γ. Μαργιπλής (επιμέλεια) Θεσσαλονίκη, 2011.

⁷⁰ M. Whitehead, Έννοιες και αρχές της ισότητας στην υγεία, ΠΟΥ, ΥΣΑ, 1990. P.Braveman and S.Gruskin, 'Defining Equity in Health', *Jornal of Epidemiology and Community Health*, 57,(2003), 254-258. Όπως παρατίθεται στο: Χαράλαμπος Οικονόμου, Θεόδωρος Φούσκας, «Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Η ανάδυση μιας διακριτικής πρακτικής», σελ 420. Στο *Πολιτισμός και διαφορετικότητα. Εμείς και οι άλλοι*, Σταμούλης Αντώνιος εκδοτικός οίκος, Δημήτριος Γ. Μαργιπλής (επιμέλεια) Θεσσαλονίκη, 2011.

⁷¹ P. Townsend and N. Davidson, *Inequalities in Health: The Black Report*, Penguin, London, 1982.P. Townsend and N.Davidson, *The Health Divide*, Pengium, London, 1992.Όπως παρατίθεται στο: Χαράλαμπος Οικονόμου, Θεόδωρος Φούσκας, «Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Η ανάδυση μιας διακριτικής πρακτικής», σελ 420. Στο *Πολιτισμός και διαφορετικότητα. Εμείς και οι άλλοι*, Σταμούλης Αντώνιος εκδοτικός οίκος, Δημήτριος Γ. Μαργιπλής (επιμέλεια) Θεσσαλονίκη, 2011.

τοπικά, συγκοινωνίας κτλ. Η πολιτισμική μορφή πρόσβασης αφορά την ισότιμη πρόσβαση χωρίς διακρίσεις στο φύλο, την καταγωγή, την εθνικότητα ανάμεσα στη σχέση των αιτούντων/ασθενών και στους επαγγελματίες υγείας.

Έτσι με τη Διακήρυξη της Alma-Ata(1978), εκφράστηκε σε διεθνές επίπεδο η ύπαρξη ανισοτήτων στην υγεία ως μια μη αποδεκτή κατάσταση και διατυπώθηκε η θέση ότι οι υπάρχουσες ανισότητες στο επίπεδο υγείας των ανθρώπων είναι πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτες⁷². «Η παραπάνω δήλωση ανέδειξε το ζήτημα της ισότητας σε πρωταρχικό στόχο της παγκόσμιας στρατηγικής για «Υγεία για Όλους μέχρι το 2000», την οποία ανέπτυξε ακολούθως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Η σημασία της μείωσης των ανισοτήτων επιβεβαιώθηκε στην 51^η Συνέλευση για την Παγκοσμία Υγεία το 1998, όπου αναγνωρίστηκε η στρατηγική «Υγεία για όλους στον 21^ο αιώνα», ως το πλαίσιο για την ανάπτυξη της μελλοντικής πολιτικής⁷³. Ο στόχος για αλληλεγγύη, δικαιοσύνη και ισότητα στην υγεία επαναδιατυπώθηκε λίγο αργότερα στην στρατηγική «Υγεία 21» του γραφείου του ΠΟΥ για την περιοχή της Ευρώπης. Οι δύο πρώτοι από τους 21 στόχους της εν λόγω στρατηγικής θέτουν ως επιδίωξη μέχρι το 2020 είναι: α)Το χάσμα στην κατάσταση της υγείας μεταξύ των ευρωπαϊκών κρατών να έχει μειωθεί τουλάχιστον κατά το ένα τρίτο και β)Το χάσμα υγείας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων μέσα στις χώρες να έχει μειωθεί τουλάχιστον κατά το ένα τέταρτο, με ουσιαστική βελτίωση του επιπέδου υγείας των ομάδων που μειονεκτούν⁷⁴.

⁷² WHO, «Declaration of Alma-Ata» International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 SEPTEMBER 1978, [HTTP://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).

Όπως παρατίθεται στο

Χαράλαμπος Οικονόμου, «Ανισότητες στην υγεία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός. Θεωρητικές προσεγγίσεις και στρατηγικές επιλογές», στο

ΟΙ ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ, Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες, επιμέλεια Οικονόμου Χαράλαμπος, Φέρωνας Ανδρέας, Αθήνα: Διόνικος, 2006, σελ 314.

⁷³ WHO, «Declaration of Alma-Ata» International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 SEPTEMBER 1978, [HTTP://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).

Όπως παρατίθεται στο

Χαράλαμπος Οικονόμου, «Ανισότητες στην υγεία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός. Θεωρητικές προσεγγίσεις και στρατηγικές επιλογές», στο

ΟΙ ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ, Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες, επιμέλεια Οικονόμου Χαράλαμπος, Φέρωνας Ανδρέας, Αθήνα: Διόνικος, 2006, σελ 314.

⁷⁴ ΠΟΥ, Γραφείο Περιοχής Ευρώπης, 2002, Υγεία 21. Υγεία για όλους τον 21^ο αιώνα, Τυπωθήτω, Αθήνα. Όπως παρατίθεται στο

Χαράλαμπος Οικονόμου, «Ανισότητες στην υγεία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός. Θεωρητικές προσεγγίσεις και στρατηγικές επιλογές», στο *ΟΙ ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ, Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες*, επιμέλεια Οικονόμου Χαράλαμπος, Φέρωνας Ανδρέας, Αθήνα: Διόνικος, 2006, σελ 314.

Βέβαια, οφείλουμε να δηλώσουμε πως το χάσμα της υγείας μεταξύ των εύπορων ομάδων και των μειονεκτούντων ομάδων του πληθυσμού εξακολουθεί να υφίσταται παρά τις παραπάνω διακηρύξεις, γεγονός το οποίο δηλώνει πως οι εχθροί της υγείας είναι οι σύμμαχοι της φτώχειας και αναδुकνύεται η αλληλεπίδραση που ανταπτύσσεται στο τρίπτυχο «ανισότητες υγείας- φτώχεια- κοινωνικός αποκλεισμός»⁷⁵.

Όσο αφορά την χώρα μας, στο άρθρο 5 παρ. 2 του Συντάγματος⁷⁶ αναφέρεται ότι «όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων. Εξαιρέσεις επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το διεθνές δίκαιο.» Στο ίδιο άρθρο προστέθηκε μια πέμπτη παράγραφος σύμφωνα με την οποία «Καθένας έχει το δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι βιοιατρικών παρεμβάσεων». Επιπλέον στο Σύνταγμα και στο άρθρο 21, με τίτλο «κοινωνικά δικαιώματα» προβλέπεται ότι «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 των άπορων». Πλήθος διαταγμάτων και επίσημων κειμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας καθορίζουν την προστασία του δικαιώματος για υγεία. Κατά το Προεδρικό διάταγμα 95/2000⁷⁷ με τίτλο «Αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» σε απόσπασμα της παρ.1 του άρθρου 1 αναφέρονται τα εξής: «Αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας είναι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής για την Υγεία και την Πρόνοια, που περιλαμβάνει:

-Την προαγωγή, την προστασία, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου.

⁷⁵ WHO, The World Health Report 2002:Reducing Risks, Promoting Healthy Life, WHO,Geneva, 2002, 8-10. Όπως παρατίθεται στο Χαραλάμπος Οικονόμου, «Ανισότητες στην υγεία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός. Θεωρητικές προσεγγίσεις και στρατηγικές επιλογές», στο *ΟΙ ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ, Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες*, επιμέλεια Οικονόμου Χαραλάμπος, Φέρωνας Ανδρέας, Αθήνα: Διόνικος, 2006, σελ 314.

⁷⁶ Με τίτλο «Γενική και προσωπική ελευθερία». Όπως παρατίθεται στο

Απόστολος Καψάλης, «Μετανάστες-υγεία και κοινωνικός αποκλεισμός», Ενημέρωση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχος 112, Δεκέμβριος 2004 , σελ. 14.

⁷⁷ ΦΕΚ Α 76, 10.03.2000. Όπως παρατίθεται στο

Απόστολος Καψάλης, *Τα κοινωνικά δικαιώματα των αλλοδαπών*, Αθήνα: Ελληνικά γράμματα, 2000, σελ 16.

-Την ισότητα στην παροχή του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υπηρεσιών και αγαθών υγείας και πρόνοιας στο κοινωνικό σύνολο και ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου.

-Τη προστασία των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας».

Συνεπώς στην αρμοδιότητα του Υπουργείου ανήκει αφενός, η προστασία της υγείας, με την έννοια που δίνεται και στην Σύμβαση της Παγκόσμιας Οργάνωσης αφετέρου δε, η διασφάλιση του δικαιώματος στην υγεία, δηλαδή η εγγύηση της προσβασιμότητας στις αρμόδιες υπηρεσίες και μάλιστα χωρίς διαδικασίες και ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του καθενός. Συμπεραίνουμε λοιπόν πως η υγεία των πολιτών ορίζεται ως κοινωνικό δικαίωμα για όλους τους πολίτες της Ελλάδος και τελεί υπό την φροντίδα του κράτους, το οποίο οφείλει να λαμβάνει και να υλοποιεί όλα εκείνα τα μέτρα που κρίνονται αναγκαία για την προάσπιση της απρόσκοπτης άσκησής του από τους δικαιούχους.

Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω η κατάσταση της υγείας και η δυνατότητα άσκησης του δικαιώματος της ισότιμης πρόσβασης σε (ποιοτικές) υπηρεσίες υγείας, ενδέχεται να τροφοδοτήσει μια διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού. Μια τέτοια διαδικασία από την άλλη, ανεξάρτητα από τους παράγοντες που την προκαλούν, είναι πιθανό να επηρεάσει την υγεία του προσώπου που την βιώνει και να επιταχύνει ή να επιτείνει με αυτό τον τρόπο περισσότερο τον κοινωνικό αποκλεισμό του. Οι μετανάστες, όπως αναφέρει ο Χαράλαμπος Οικονόμου⁷⁸, αποτελούν μία κατηγορία με ιδιαίτερες ανάγκες στον τομέα της υγείας, δεδομένων των συνήθων κακών συνθηκών διαβίωσής τους, αλλά και των επιπρόσθετων προβλημάτων που δημιουργεί η δυσκολία προσαρμογής σε ένα κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον. Έτσι, η σχέση κοινωνικού αποκλεισμού με την κατάσταση υγείας τους λειτουργεί με ένα αμφίδρομο τρόπο. Καθώς, αφενός η βίωση του κοινωνικού αποκλεισμού όπως αντικατοπτρίζεται στις κακές συνθήκες διαβίωσης, στο χαμηλό εισόδημα, στη δυσκολία επικοινωνίας, στο θεσμικό ή πραγματικό αποκλεισμό από υγειονομικές και άλλες υπηρεσίες και στα φαινόμενα ρατσισμού και ξενοφοβίας λειτουργεί επιβαρυντικά στην κατάσταση της υγείας τους, αυξάνοντας το κίνδυνο να ασθενήσει. Αφετέρου μια ενδεχόμενη κακή κατάσταση υγείας μπορεί να πυροδοτήσει μια άλλη διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού, είτε το επίπεδο της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας με σκοπό την θεραπεία, είτε σε αυτό της προσβασιμότητας σε ένα άλλο παράγοντα κοινωνικής ενσωμάτωσης, όπως είναι η

⁷⁸ Χαράλαμπος Οικονόμου, Θεόδωρος Φούσκας, «Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Η ανάδυση μιας διακριτικής πρακτικής», σελ 415-436. Στο *Πολιτισμός και διαφορετικότητα. Εμείς και οι άλλοι*, Σταμούλης Αντώνιος εκδοτικός οίκος, Δημήτριος Γ. Μαργιπλής (επιμέλεια) Θεσσαλονίκη, 2011.

ικανότητα προς εργασία⁷⁹, δεδομένου ότι οι μετανάστες εργάζονται στις λεγόμενες βαριές δουλειές και επιδείνωσης του πραγματικού διαθέσιμου εισοδήματος.⁸⁰ Σύμφωνα με τον Χαράλαμπο Οικονόμου και Θεόδωρο Φούσκα, από την εκτεταμένη διεθνή βιβλιογραφία τεκμηριώνεται ότι οι μετανάστες στερούνται της επαρκούς πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και στην ασφάλιση υγείας και αυτοξιολογούν το επίπεδο υγείας τους ως ιδιαίτερα χαμηλό⁸¹.

⁷⁹ Απόστολος Καψάλης, *Τα κοινωνικά δικαιώματα των αλλοδαπών*, Αθήνα: Ελληνικά γράμματα, 2000, σελ 7.

⁸⁰ Χαράλαμπος Οικονόμου, Θεόδωρος Φούσκας, «Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Η ανάδυση μιας διακριτικής πρακτικής», σελ 415-436. Στο *Πολιτισμός και διαφορετικότητα. Εμείς και οι άλλοι*, Σταμούλης Αντώνιος εκδοτικός οίκος, Δημήτριος Γ. Μαγριπλής (επιμέλεια) Θεσσαλονίκη, 2011.

⁸¹ Χαράλαμπος Οικονόμου, Θεόδωρος Φούσκας, «Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Η ανάδυση μιας διακριτικής πρακτικής», σελ 415-436. Στο *Πολιτισμός και διαφορετικότητα. Εμείς και οι άλλοι*, Σταμούλης Αντώνιος εκδοτικός οίκος, Δημήτριος Γ. Μαγριπλής (επιμέλεια) Θεσσαλονίκη, 2011.

8. Η υγεία των μεταναστών

Η γνώση μας γύρω από το προφίλ υγείας του πληθυσμού των μεταναστών στην Ελλάδα είναι πολύ περιορισμένη, καθώς οι μελέτες που αφορούν τα προβλήματα υγείας σε αυτό τον πληθυσμό είναι λίγες και τα επιδημιολογικά δεδομένα είναι ελάχιστα. Οι περισσότερες ερευνητικές μελέτες ασχολούνται με την εκτίμηση του επιπολασμού λοιμωδών νοσημάτων όπως της ηπατίτιδας, της φυματίωσης και της HIV λοίμωξης στον πληθυσμό των μεταναστών.

Ορισμένες μελέτες υποδεικνύουν την ανάγκη επιδημιολογικής παρακολούθησης συγκεκριμένων ομάδων του μεταναστευτικού πληθυσμού,⁸² καθώς αυξημένα είναι τα ποσοστά των μεταδοτικών ασθενειών σε σχέση με το γηγενή πληθυσμό, πράγμα το οποίο τίθει και ζήτημα προστασίας της δημόσιας υγείας. Σε ορισμένες έρευνες καταγράφονται υψηλά ποσοστά ηπατίτιδας Β, ιδίως σε μετανάστες από την Αλβανία και την Ασία, ηπατίτιδας C, φυματίωσης και HIV/AIDS, γεγονός που αποδίδεται στις κακές συνθήκες διαβίωσης⁸³. Οι Nikolopoulos κ.α.⁸⁴ εκτιμούν πως άτομα προερχόμενα από χώρες εκτός Ελλάδας αντιπροσωπεύουν το 11,9% του συνόλου των περιπτώσεων HIV που έχουν αναφερθεί κατά την περίοδο 1989-2003 στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.

Κάτι άλλο που πρέπει να σημειώσουμε είναι πως τα στοιχεία για τα εργατικά ατυχήματα δείχνουν αυξημένη πιθανότητα ατυχήματος κατά 50% για τους αλλοδαπούς εργαζόμενους¹. Η αυξημένη συχνότητα εργατικού ατυχήματος στον πληθυσμό των μεταναστών συνάδει με τα συμπεράσματα της διεθνούς βιβλιογραφίας που δείχνουν μεταξύ άλλων ότι οι μετανάστες είναι πιο πιθανό να απασχολούνται σε επικίνδυνες εργασίες, όμως δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς στην Ελλάδα. Σύμφωνα με στοιχεία του ΙΚΑ⁸⁵ για το 2005, αντιστοιχούν περίπου 7 ατυχήματα ανά 1000 εργαζομένους ενώ η συχνότητα των ατυχημάτων σε αλλοδαπούς εργαζομένους (καταγωγής έκτος Ε.Ε.) είναι μεγαλύτερη καθώς κατεγράφησαν 11 ατυχήματα ανά 1000 αλλοδαπούς εργαζομένους. Επιπλέον όσο

⁸² Εργατοϋπαλληλικό Κέντρο Αθήνας (2004). Παρουσίαση των αποτελεσμάτων από τη διεξαγωγή συνεντεύξεων με μέλη της ομάδας-στόχου των εργαζόμενων μεταναστών στους κλάδους της οικοδομής, των πρατηρίων βενζίνης και της ένδυσης, συγγραφή Α. Καψάλης, Αθήνα.

⁸³ Απόστολος Καψάλης – Εθνική Έκθεση Ελλάδας για το «Ευρωπαϊκό Δίκτυο για Συνεργασία και Ανταλλαγές σε Θέματα Κοινωνικού Αποκλεισμού και Τυγείας Μεταναστών», σελ.35.

⁸⁴ G. Nikolopoulos, M.Arvanitis, A. Masgala and D. Paraskeva «Migration and HIV epidemic in Greece». *European Journal of Public Health*, 2005, 15(3):296-299.

⁸⁵ MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009, σελ 18.

αφορά τα ατυχήματα στον αγροτικό τομέα, οι Alexe κ.α.⁸⁶, εξετάζοντας 4,326 καταγεγραμμένες κακώσεις από ατυχήματα για την περίοδο 1996-2000, διαπίστωσαν ότι μια από τις πιο ευπαθείς ομάδες είναι οι μετανάστες εργαζόμενοι οι οποίοι συνήθως υπέφεραν από βαριές και πολλαπλές κακώσεις λόγω πτώσεων από ύψος και τραυματισμούς στα άνω άκρα λόγω του χειρισμού μηχανημάτων.

Επιπλέον αν και η βιβλιογραφία για την ψυχική υγείας των μεταναστών είναι περιορισμένη καθώς οι περισσότερες μελέτες αφορούν παιδιά, εφήβους και την ένταξη ομογενών και παλιννοστούντων⁸⁷, σύμφωνα με τους Γιατρούς Του Κόσμου⁸⁸ ο κοινωνικός αποκλεισμός που βιώνουν οι μετανάστες αποτυπώνεται στην κατάσταση της υγείας τους καθώς στην κορυφή των προβλημάτων είναι αυτά που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, αλλά και πεπτικά προβλήματα που συχνά απορρέουν από ψυχοσωματικές εκδηλώσεις. Συμπληρώνουμε πως αυξημένα είναι και τα ποσοστά κατάθλιψης, ιδίως των αιτούντων άσυλο που κρατούνται σε κέντρα κράτησης αλλοδαπών.

9. Το ελληνικό σύστημα υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό και βασίζεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), στα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης και σε μικρότερο βαθμό στην ιδιωτική ασφάλιση και τον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Το ΕΣΥ, θεσμοθετήθηκε το 1982 στα πλαίσια μεταρρύθμισης και αναβάθμισης της δημόσιας υγείας και της λειτουργικής ενοποίησης των δημόσιων υποδομών περίθαλψης⁸⁹. Η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της άμεσης και της έμμεσης φορολογίας, παρέχοντας επείγουσα προνοσοκομειακή, πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή φροντίδα, με αγροτικά ιατρεία, κέντρα υγείας και δημόσια νοσοκομεία που μέχρι πρόσφατα αποζημιώνονταν με κλειστό ημερήσιο νοσήλιο. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση των σκοπών και των θεμελιωδών αξιών του ΕΣΥ, όπως η δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες για

⁸⁶ Alexe D.M., Petridou E., Dessypris N., Skenderis N. and Trichopoulos D. (2003). «Characteristics of farm injuries in Greece». *Journal of Agricultural Safety and Health*, 9(3):233-40.

⁸⁷ MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009

⁸⁸ Medecins du Monde European Observatory on Access to Health Care "European survey on undocumented migrants' access to health care" June 2007, σελ 45.

⁸⁹ http://el.wikipedia.org/wiki/Εθνικό_Σύστημα_Υγείας

όλους τους πολίτες της χώρας⁹⁰. Επίσης ένα σημαντικό κομμάτι της ζήτησης καλύπτουν τα ιδιωτικά ιατρεία, τα νοσοκομεία και τα μαιευτήρια. Στον ιδιωτικό τομέα περιλαμβάνονται τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία, τα διαγνωστικά κέντρα, τα εργαστήρια και οι ιδιώτες γιατροί, ενώ η χρηματοδότηση γίνεται πρωτίστως από άμεσες πληρωμές ασθενών και σε μικρότερο βαθμό από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας⁹¹.

Επιπλέον σημειώνουμε πως η ασφάλιση στην Ελλάδα είναι υποχρεωτική και καλύπτει τους εργαζομένους και συνταξιούχους και τα εξαρτημένα από αυτούς μέλη. «Ένα χαρακτηριστικό στοιχείο του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα ήταν η ύπαρξη μεγάλου αριθμού ταμείων και μεγάλου εύρους ασφαλιστικών σχημάτων, τα οποία υπάγονταν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Με τις μεταρρυθμίσεις όμως που λαμβάνουν χώρα το τελευταίο διάστημα, η αρμοδιότητα των ταμείων ασφάλισης υγείας πέρασε στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ενώ συγχωνεύτηκαν τα τέσσερα μεγαλύτερα ταμεία και κλάδοι υγείας (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ) σε έναν ενιαίο φορέα, τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), με την προοπτική να ενταχθούν σε αυτόν και άλλα ταμεία»⁹². Για τους αλλοδαπούς που προέρχονται από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπάρχουν ρυθμίσεις που εξασφαλίζουν την κάλυψη τους σε συνεργασία με τα ασφαλιστικά ταμεία των χωρών τους⁹³.

⁹⁰ Χαράλαμπος, Οικονόμου, *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2012,σελ 7.

⁹¹ Χαράλαμπος, Οικονόμου, *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2012,σελ 7.

⁹² Χαράλαμπος, Οικονόμου, *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2012,σελ 7.

⁹³ Οι πληροφορίες προέρχονται από το MIGHEALTHNET: *Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη*, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009, σελ 22.

10. Το νομοθετικό πλαίσιο για τους μετανάστες

Τα παραπάνω ισχύουν σε γενικές γραμμές για όλους τους πολίτες που επιθυμούν να εξεταστούν ή να νοσηλευτούν σε ένα δημόσιο νοσοκομείο της χώρας μας. Αντιθέτως για την εισαγωγή και νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία δεν ισχύουν απόλυτα για τους αλλοδαπούς οι οποίοι βρίσκονται στην ελληνική επικράτεια, αλλά δεν έχουν την υπηκοότητα χωρών –μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου ή δεν ανήκουν στην κατηγορία των προσφύγων.

Στη χώρα μας, τα δικαιώματα των μεταναστών όσο αφορά την πρόσβαση τους στην παροχή υπηρεσιών υγείας ρυθμίζονται από διάφορες διατάξεις οι οποίες βρίσκονται διάσπαρτες σε σχετικούς νόμους, προεδρικά διατάγματα και υπουργικές αποφάσεις, καθώς δεν υπάρχει ένα αυτοτελές κανονιστικό κείμενο που να συνοψίζει τα δικαιώματα τους⁹⁴. Επιπλέον, η νόμιμη διαμονή στην ελληνική επικράτεια συνιστά την προϋπόθεση για την ύπαρξη και άσκηση εκ μέρους των αλλοδαπών μιας σειράς δικαιωμάτων.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο της Ελλάδας έτσι όπως ορίστηκε από το 2001 με το νόμο 2910 και έπειτα με τους μεταγενέστερους νόμους 3386/2005 και 3536/2007, μετανάστης/τρια είναι ο/ η υπήκοος τρίτης χώρας, το κάθε φυσικό πρόσωπο, που δεν έχει ελληνική ιθαγένεια ή που δεν έχει ιθαγένεια και έχει κάποιου είδους πιστοποίηση η οποία παρέχεται από τις ελληνικές αρχές και βάση των οποίων επιτρέπεται η νόμιμη διαμονή στη χώρα⁹⁵. Βάση του νόμου 3386/2005 και ειδικότερα με το άρθρο 86 «Υποχρεώσεις εργοδοτών και εργαζομένων υπηκόων τρίτων χωρών- Κυρώσεις» ορίζεται το εργασιακό πλαίσιο και η απασχόληση ενός υπηκόου τρίτης χώρας που κατέχει άδεια διαμονής. Απαραίτητη προϋπόθεση για την κτήση της άδειας διαμονής, σύμφωνα με το παραπάνω άρθρο, είναι η ύπαρξη σύμβασης εργασίας. Με το συγκεκριμένο έγγραφο διασφαλίζεται τόσο η ελεύθερη πρόσβαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του ατόμου, όσο και η ασφαλιστική του κάλυψη για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Συνεπώς η τυπική πρόσβαση στις υπηρεσίες του ΕΣΥ είναι κατά βάση συνάρτηση

⁹⁴ Ειρήνη Κυριακάκη, Αργυρώ Σζώρτζη «Η πρόσβαση των μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας. Η εμπειρία του Συνηγόρου του Πολίτη» στο *Κοινωνικά Δικαιώματα των Μεταναστών στην Ελλάδα*, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σελ.34.

⁹⁵ Οι πληροφορίες προέρχονται από το MIGHEALTHNET: *Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη*, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009, σελ 22.

του νόμιμου καθεστώτος και της επίσημης απασχόλησης κάθε μετανάστη (Ν.2910/2001)⁹⁶.

Το ζήτημα της υγείας των μεταναστών εισήρθε στην πολιτική ατζέντα μετά το 2000. Καθώς η τυπική πρόσβαση στις δωρεάν υπηρεσίες του ΕΣΥ υπήρξε και παραμένει συνάρτηση της επίσημης απασχόλησης και του νόμιμου καθεστώτος, από τα οποία κανένα δεν ίσχυε για την πλειοψηφία των μεταναστών στη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, πριν τις δύο διαδικασίες νομιμοποίησης. Τον Ιούλιο του 2000, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας δημοσίευσε Εγκύκλιο σχετικά με την «ιατρική περίθαλψη και νοσηλεία» για υπηκόους χωρών εκτός της Ε.Ε. Σύμφωνα με αυτήν και ο νόμιμος μετανάστης μπορεί να έχει δωρεάν πρόσβαση στο ΕΣΥ, εφόσον κατέχει βιβλιάριο υγείας εκδιδόμενο από το ασφαλιστικό ταμείο στο οποίο είναι εγγεγραμμένος⁹⁷.

Α. Οι μετανάστες με άδεια παραμονής

Σύμφωνα με τον μεταναστευτικό νόμο 2910 του 2001 χορηγείται επίσημα στους ξένους πολίτες που διαμένουν νόμιμα στην χώρα, ίσα δικαιώματα με αυτά των Ελλήνων, όσο αφορά την εθνική ασφάλιση και την κοινωνική προστασία. Η παροχή ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης δίνεται με τη προσκόμιση του βιβλιαρίου του ασφαλιστικού φορέα, ούτως ώστε να καλυφτεί η δαπάνη. Οι υπήκοοι τρίτων χωρών που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα ασφαλίζονται στους οικείους ασφαλιστικούς οργανισμούς και έχουν τα ίδια ασφαλιστικά δικαιώματα με τους ημεδαπούς σύμφωνα με το άρθρο 71 παρ. 1 ν. 3386/2005⁹⁸. Το Ι.Κ.Α. είναι ο ασφαλιστικός φορέας που καλύπτει τους περισσότερους μετανάστες «με έγγραφα».

Αν ο αλλοδαπός δεν έχει ασφάλιση ασθένειας, υποχρεούται να καλύψει τη δαπάνη μόνος του. Ωστόσο, κατά την εισαγωγή τακτικών περιστατικών ζητείται η

⁹⁶ MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009, σελ: 23.

⁹⁷ Οι πληροφορίες προέρχονται από το MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009, σελ 22.

⁹⁸ Οι πληροφορίες προέρχονται από το MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009, σελ 22.

προκαταβολή του 50% του εκτιμώμενου κόστους⁹⁹. Βάσει αυτού οι παροχές που δικαιούται αυτός και τα εξαρτημένα μέλη της οικογένειάς του είναι οι ίδιες με αυτές των Ελλήνων ασφαλισμένων: ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη, επίδομα ασθενείας, ατυχήματος, μητρότητας, σύνταξη και λοιπές παροχές¹⁰⁰.

Επιπλέον οι πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με του Έλληνες πολίτες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Σε περίπτωση που είναι ανασφάλιστοι ή έχουν μικρό εισόδημα δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτικής κάλυψης (Π.Δ. 668/18.5.2005)¹⁰¹. Δεν έχουν όμως το δικαίωμα έκδοσης βιβλιαρίου απορίας όπως οι ανασφάλιστοι με χαμηλό εισόδημα Έλληνες, παλιννοστούντες και ομογενείς. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να συμπληρώσουμε πως πολλοί μετανάστες νόμιμοι διαμένοντες απασχολούνται σε άτυπες μορφές εργασίας με αποτέλεσμα να στερούνται κοινωνική ασφάλιση και επομένως δωρεάν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.¹⁰² Επιπλέον όπως σημειώνεται στην «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα» η πρόσβαση στο σύστημα υγείας παρακωλύεται από τις πολύμηνες καθυστερήσεις που παρατηρούνται για την ανανέωση των αδειών παραμονής. Οι μετανάστες δεν απολαμβάνουν επίσης παροχές κοινωνικής πρόνοιας, όπως το βιβλιάριο περίθαλψης ανασφάλιστων που προβλέπει την κάλυψη της δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη και κάποια προνομιακά επιδόματα (επίδομα τετραπληγίας κα).

⁹⁹ Ειρήνη Κυριακάκη, Αργυρώ Σζώρτζη «Η πρόσβαση των μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας. Η εμπειρία του Συνηγόρου του Πολίτη» στο *Κοινωνικά Δικαιώματα των Μεταναστών στην Ελλάδα*, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σελ.34.

¹⁰⁰ MIGHEALTHNET: *Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη*, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009, σελ: 23.

¹⁰¹ Οι πληροφορίες προέρχονται από το MIGHEALTHNET: *Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη*, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009, σελ 22.

¹⁰² Οι πληροφορίες προέρχονται από το MIGHEALTHNET: *Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη*, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009.

Β. Υγειονομική περίθαλψη υπηκόων τρίτων χωρών εκτός νομικού πλαισίου.

Όσο αφορά τους μη νόμιμα διαμένοντες μετανάστες στερούνται τα ασφαλιστικά δικαιώματα και δεν έχουν πρόσβαση στο ΕΣΥ για μη επείγοντα περιστατικά. Εξαιρούνται οι περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους σύμφωνα με το άρθρο 84/Ν.3386/2005. Βέβαια οφείλουμε να επισημάνουμε πως η διάκριση αυτή σε επείγοντα και μη περιστατικά έχει επικριθεί έντονα, λόγω του ότι ένα κατά τα φαινόμενα μη επείγον περιστατικό μπορεί να εξελιχθεί σε επικίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς, εφόσον δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα¹⁰³.

Επιπλέον, μόνο στην περίπτωση των ανήλικων παιδιών κατοχυρώνεται το δικαίωμα πρόσβασης σε ιατρικές υπηρεσίες, ανεξαρτήτου επείγοντος ή μη περιστατικού, σύμφωνα με τον Ν. 3386/2005 που καλύπτει όσα προβλέπονται από το άρθρο 24 παρ. 1 της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού. Δηλαδή ότι «Τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα του παιδιού να απολαμβάνει το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας και να επωφελείται από τις υπηρεσίες ιατρικής θεραπείας και αποκατάστασης αναπήρων. Τα Συμβαλλόμενα Κράτη επιδιώκουν να διασφαλίσουν ότι κανένα παιδί δεν θα στερείται το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες αυτές»¹⁰⁴. Βέβαια οφείλουμε να σημειώσουμε πως δεν απολαμβάνουν την προστασία που ορίζει το διεθνές δίκαιο, καθώς δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι χώροι για την στέγαση τους. Το γεγονός αυτό της ελλιπούς προστασίας έχει ως αποτέλεσμα να τίθενται σε κίνδυνο η υγεία τους, καθώς συχνά πέφτουν θύματα σωματεμπορίας, εργασιακής εκμετάλλευσης και διαβίουν σε άθλιες συνθήκες¹⁰⁵. Όσο αφορά τις γυναίκες δεν υποστηρίζονται κατά την προγεννητική και μεταγεννητική περίοδο, παρά μόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού, ο οποίος αντιμετωπίζεται ως «επείγουσα κατάσταση-έκτακτη νοσηλεία», πράγμα που σημαίνει πως και ο προγεννητικός έλεγχος που είναι απαραίτητος για την υγεία του βρέφους και της μητέρας δεν κατοχυρώνεται δωρεάν στην ελληνική πραγματικότητα.

Στις υπόλοιπες περιπτώσεις, όλες οι δημόσιες υπηρεσίες είναι υποχρεωμένες να μην συναλλάσσονται με μετανάστες «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα». Συγκεκριμένα το άρθρο 51 «Υποχρεώσεις υπηρεσιών και υπαλλήλων του

¹⁰³ Απόφαση της 12/12/2007 της Εθνικής Επιτροπής Δικαιωμάτων του Ανθρώπου με τίτλο «Δικαίωμα στην υγεία των μεταναστών χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής», σελ.9.

¹⁰⁴ MIGHEALTHNET: *Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη*, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009, σελ: 24.

¹⁰⁵ Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (2007), *Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς Νόμιμα Έγγραφα Παραμονής*. Απόφαση ΕΕΔΑ, Αθήνα

N.2910/2001 «Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια. Κτήση της ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις», καθορίζει ότι: «Οι δημόσιες υπηρεσίες, τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης και επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας και οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης υποχρεούνται να μην παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε αλλοδαπούς, οι οποίοι δεν έχουν διαβατήριο ή άλλο ταξιδιωτικό έγγραφο ή θεώρηση εισόδου ή άδεια παραμονής ή γενικά δεν αποδεικνύουν ότι μένουν νόμιμα στην Ελλάδα, εκτός αν ορίζεται διαφορετικά στον παρόντα νόμο. Εξαιρούνται τα νοσοκομεία, θεραπευτήρια και κλινικές, όταν πρόκειται για αλλοδαπούς που εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία και ανήλικα παιδιά (προσθήκη του άρθρου 51 του Ν.2910/2001)». Οι δημόσιοι υπάλληλοι που παραβαίνουν αυτή την υποχρέωση τιμωρούνται με διοικητικές και ποινικές κυρώσεις, σύμφωνα με την παρ.4 του ίδιου άρθρου: «Οι υπάλληλοι των παραπάνω υπηρεσιών και φορέων που παραβαίνουν τις διατάξεις των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου αυτού διώκονται πειθαρχικά και τιμωρούνται, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα, για παράβαση καθήκοντος»¹⁰⁶.

Βλέπουμε πως διατηρείται σε ισχύ το νομοθετικό πλαίσιο του παλαιότερου Ν. 2910/2001 (Άρθρο 51), και καταργείται μόνο η διάταξη του άρθρου 54 του Νόμου 2910/2001, η οποία προέβλεπε την υποχρέωση των διευθυντών θεραπευτηρίων να ενημερώνουν τις αστυνομικές αρχές για την άφιξη σε αυτά αλλοδαπών. Η εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας (Αριθμ. Πρωτ. ΟΙΚ/ΕΜΠ518, 2/2/2005) με τίτλο «Υγειονομική Περίθαλψη Αλλοδαπών» προβλέπει: «Για τους αλλοδαπούς μη νόμιμα ευρισκόμενους στην Ελλάδα (όπως είναι ο λαθρομετανάστης) θα παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες αποκλειστικά σε περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους. Δεν θα γίνονται δεκτοί από τις υπηρεσίες υγείας αλλοδαποί αυτής της κατηγορίας για μη επείγοντα περιστατικά»¹⁰⁷. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί πως οι παραπάνω διατάξεις οι οποίες μετέτρεπαν το προσωπικό των νοσοκομείων σε πληροφοριοδότες, έμειναν ανενεργές καθώς οι Έλληνες λειτουργοί υγείας αρνήθηκαν να τις εφαρμόσουν, ενώ πολλοί γιατροί ακολουθώντας τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας

¹⁰⁶ MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009, σελ: 24.

¹⁰⁷ MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009, σελ: 24.

επιλέγουν να παράσχουν ιατρική φροντίδα παρακάμπτοντας τις επιταγές του νόμου¹⁰⁸.

Γ. Ειδικές περιπτώσεις

Όσο αφορά τους μετανάστες που έχουν μολυνθεί από την λοιμώδη HIV ή άλλα λοιμώδη νοσήματα, απασχολείται η περίπτωση Ε του άρθρου 11 του Νόμου 2955/2001 του οποίου ο τίτλος είναι *"Προμήθειες Νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των Π.Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις"*, το οποίο αναγράφει χαρακτηριστικά: *"Σε αλλοδαπούς οικονομικούς μετανάστες που έχουν μολυνθεί από τη λοίμωξη HIV ή άλλα λοιμώδη νοσήματα, εφόσον χρήζουν θεραπευτικής αγωγής και δεν μπορεί στη χώρα προέλευσης τους ή και επιστροφής τους να χορηγηθεί αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή, χορηγείται δωρεάν νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Για το διάστημα που διαρκεί η θεραπευτική αγωγή, οι αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες δικαιούνται προσωρινής άδειας παραμονής και εργασίας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και πρόνοιας καθορίζονται οι προϋποθέσεις και ρυθμίζονται οι αναγκαίες λεπτομέρειες για την εφαρμογή αυτής της διάταξης"*¹⁰⁹.

Με το παραπάνω άρθρο, χορηγείται ανεξαρτήτως εθνικότητας και καθεστώτος διαμονής (καλύπτεται όσους δεν διαθέτουν καθόλου έγκυρη άδεια παραμονής και εργασίας ή η ισχύς αυτών έχει λήξει, όπως επίσης και όσους στερούνται κοινωνικής ασφάλισης ανεξάρτητα από την αιτία) δωρεάν νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, εφόσον χρήζουν θεραπευτικής αγωγής και δεν μπορεί να τους χορηγηθεί αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή στη χώρα προέλευσής τους και επιστροφής τους. Για το διάστημα που διαρκεί η θεραπευτική αγωγή, οι υπήκοοι τρίτων χωρών δικαιούνται προσωρινή άδεια παραμονής και εργασίας.

Έτσι με αυτόν τον τρόπο εξαιρούνται από το καθεστώς, η παροχής υπηρεσιών υγείας σε μη νόμιμους μετανάστες, εξασφαλίζοντας αφενός τη προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ατομικών ελευθεριών, και αφετέρου διαφυλάσσοντας και τη δημόσια υγεία. Γενικότερα στην χώρα μας, έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στα θέματα σεβασμού των οροθετικών ασθενών, στην εγκύκλιο

¹⁰⁸ Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (2007), *Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς Νόμιμα Έγγραφα Παραμονής*. Απόφαση ΕΕΔΑ, Αθήνα

¹⁰⁹ Απόστολος Καψάλης, *Μετανάστες-Υγεία και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Ενημέρωση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχος 112, Δεκέμβριος 2004, σελ 27.

του Υπουργείου Υγείας, (παρ. 15) αναφέρεται ότι όλοι οι άνθρωποι μεταξύ των οποίων οι μετανάστες, οι πρόσφυγες και γενικότερα τα μέλη των μειονοτήτων έχουν το δικαίωμα σε περίθαλψη και το δικαίωμα να αποφεύγουν τη μόλυνση¹¹⁰.

Όπως αναφέρει ο Καψάλης¹¹¹ στην έκθεση όσο αφορά τους αλλοδαπούς-μετανάστες (παρ. 49-55), δεν επιτρέπεται η εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων του ιού του AIDS ως προϋπόθεση εξόδου ή εισόδου, ανεξάρτητα από την χώρα προορισμού ή προέλευσης. Το ίδιο ισχύει για την παροχή άδειας παραμονής και την απέλαση ή την άρνηση παροχής ασύλου ή άλλη δυσμενή μεταχείριση εις βάρος κάποιου ατόμου που έχει προσβληθεί από τον ιό, ανεξαρτήτως χώρας προέλευσης. Τέλος, όσον αφορά στην κοινωνική ασφάλιση και στις υπηρεσίες πρόνοιας, οι εξετάσεις και η χορήγηση ΑΖΤ πρέπει να είναι δωρεάν, χωρίς διάκριση, λόγω χρώματος, φύλου, θρησκείας, και να παρέχονται ακόμη και σε οικονομικούς μετανάστες που δεν έχουν την ελληνική υπηκοότητα (άρθρα 130-139).

Επιπροσθέτως, όσο αφορά τα θύματα trafficking δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη για όσο χρονικό διάστημα διαρκούν τα μέτρα προστασίας και αρωγής, προσκομίζοντας τη σχετική βεβαίωση της αστυνομικής διεύθυνσης που έχει αναλάβει την υπόθεση¹¹². Τέλος αναφέρουμε πως οι αλλοδαποί οι οποίοι είναι θύματα νάρκης ή είχαν ατύχημα κατά την είσοδο τους στη χώρα, το οποίο οδήγησε σε ακρωτηριασμό, δικαιούνται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και τοποθέτηση τεχνητών μελών.

¹¹⁰ Απόστολος Καψάλης, *Μετανάστες-Υγεία και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Ενημέρωση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχος 112, Δεκέμβριος 2004, σελ 27.

Απόστολος Καψάλης – Εθνική Έκθεση Ελλάδας για το «Ευρωπαϊκό Δίκτυο για συνεργασία και Ανταλλαγές σε θέματα Κοινωνικού Αποκλεισμού και Υγείας Μεταναστών», σελ.22 επ.

¹¹¹ Απόστολος Καψάλης, *Μετανάστες-Υγεία και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Ενημέρωση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχος 112, Δεκέμβριος 2004, σελ 27.

Απόστολος Καψάλης – Εθνική Έκθεση Ελλάδας για το «Ευρωπαϊκό Δίκτυο για συνεργασία και Ανταλλαγές σε θέματα Κοινωνικού Αποκλεισμού και Υγείας Μεταναστών», σελ.22 επ.

¹¹² «Τα κοινωνικά δικαιώματα των μεταναστών στην Ελλάδα» Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Δ. Κέντρα Κράτησης Μεταναστών

Ειδική μνεία θα μπορούσαμε να κάνουμε για τους έγκλειστους μετανάστες και αιτούντες άσυλο που κρατούνται στα κέντρα διοικητικής κράτησης, ή επισήμως «Ειδικοί Χώροι Παραμονής Αλλοδαπών». Κάθε χρόνο χιλιάδες αιτούντες άσυλο και μετανάστες φθάνουν στην Ελλάδα, μία από τις κύριες πύλες εισόδου προς την Ευρώπη. Οι περισσότεροι από αυτούς, φτάνουν απο πολύ μακριά, έχοντας εγκαταλείψει ασταθείς ή εμπόλεμες χώρες, ή προσπαθώντας να γλιτώσουν από διώξεις, παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ή την απόλυτη φτώχεια και μετά από ένα μεγάλο ταξίδι είναι ήδη εξουθενωμένοι, άρρωστοι και τραυματισμένοι. Σύμφωνα με τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα που εργάζονταν στα κέντρα κράτησης, οι περισσότεροι ασθενείς περιγράφουν το ταξίδι προς την Ευρώπη ως πολύ δύσκολο, προσθέτοντας, όμως, ότι αντιμετώπιζαν πολλά σοβαρά προβλήματα και στις χώρες τους¹¹³. Σχεδόν το ένα τρίτο των ασθενών ανέφεραν τον πόλεμο, τη βία ή τη δίωξή τους μεταξύ των βασικών λόγων της αναγκαστικής φυγής από την πατρίδα τους. Το 8% των ασθενών ανέφεραν ότι είχαν πέσει θύματα βίας στη χώρα τους, το 18% είπαν ότι είχαν γίνει αυτόπτες μάρτυρες πράξεων βίας και το 7% ότι είχε δεχθεί απειλές κατά της ζωής του. Ορισμένοι από τους μετανάστες που θέλησαν να μοιραστούν την ιστορία τους, περιγράφουν αλληπάλληλες τραυματικές εμπειρίες τόσο στην πατρίδα τους όσο και κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους¹¹⁴.

Έτσι από τη στιγμή που φτάνουν στην Ελλάδα συλλαμβάνονται και κρατούνται σε διάφορες εγκαταστάσεις. Η κράτηση των μεταναστών χωρίς έγγραφα βάσει νόμου αιτιολογείται με το σκεπτικό ότι οι αρχές πρέπει να οργανώσουν την απέλασή τους. Ο νόμος περί μετανάστευσης ορίζει ότι η παράνομη είσοδος ή έξοδος από τη χώρα, μπορεί να οδηγήσει σε απέλαση του υπηκόου τρίτης χώρας¹¹⁵. Ο υπήκοος τρίτης χώρας που εισέρχεται στην Ελλάδα με παράτυπο τρόπο, μπορεί βάσει νόμου να τεθεί υπό διοικητική κράτηση για μια περίοδο που φτάνει τους 6 μήνες (και η οποία μπορεί να παραταθεί μέχρι και τους 12 μήνες), μέχρι να καταστεί εφικτή η απέλασή του. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με το νόμο, η διοικητική κράτηση δικαιολογείται μόνο, εάν το άτομο κρίνεται ύποπτο φυγής ή επικίνδυνο για τη δημόσια τάξη. Παρόλ' αυτά στην πράξη, αντί ο εγκλεισμός να χρησιμοποιείται ως το

¹¹³ Γιατροί χωρίς Σύνορα, *METANASTES ΧΩΡΙΣ ΕΓΓΡΑΦΑ*. Ζωές υπό κράτηση, Ελλάδα, Ιούνιος 2010, σελ 6.

¹¹⁴ Γιατροί χωρίς Σύνορα, *METANASTES ΧΩΡΙΣ ΕΓΓΡΑΦΑ*. Ζωές υπό κράτηση, Ελλάδα, Ιούνιος 2010, σελ 6.

¹¹⁵ Άρθρα 76 και 83 του Νόμου υπ' αριθ. 3386/2005:
Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια.

Όπως παρατίθεται στο Γιατροί χωρίς Σύνορα, *METANASTES ΧΩΡΙΣ ΕΓΓΡΑΦΑ*. Ζωές υπό κράτηση, Ελλάδα, Ιούνιος 2010.

τελευταίο δυνατό μέτρο, εφαρμόζεται ως συστηματική πολιτική απέναντι στους νεοεισερχόμενους¹¹⁶. Επιπλέον μεταξύ των νεοεισερχόντων κρατούνται σε πολύ άσχημες συνθήκες, ευαίσθητες ομάδες, όπως ασυνόδευτοι ανήλικοι και έγκυες γυναίκες.

Σημειώνουμε πως οι «Ειδικοί Χώροι Παραμονής Αλλοδαπών», μπορούν να ιδρυθούν με απόφαση τεσσάρων Υπουργών, βάσει της οποίας καθορίζονται και «οι προδιαγραφές και όροι λειτουργίας των χώρων αυτών»¹¹⁷. Βέβαια, μέχρι το Μάιο του 2010, τα κέντρα κράτησης λειτουργούσαν χωρίς σαφές νομικό πλαίσιο. Πρέπει να προσθέσουμε πως οι νεοεισερχόμενοι μετανάστες και αιτούντες άσυλο κρατούνται, επίσης, σε εγκαταστάσεις, όπως μεθοριακοί σταθμοί και αστυνομικά τμήματα, όπου οι συνθήκες διαβίωσης είναι και εκεί συχνά απάνθρωπες. Εκτός από τους νεοεισερχόμενους, στις ίδιες εγκαταστάσεις κρατούνται πολλές φορές και μετανάστες χωρίς έγγραφα που έχουν συλληφθεί σε μια προσπάθεια να εγκαταλείψουν άτυπα τη χώρα ή έχουν συλληφθεί κατά τη διάρκεια επιχειρήσεων «σκούπας» της αστυνομίας, ή ακόμη αιτούντες άσυλο που έχουν επιστραφεί στα πλαίσια της συμφωνίας του Δουβλίνου II. Είναι επομένως πιθανό μετανάστες χωρίς έγγραφα να υπόκεινται σε πολλαπλές κρατήσεις¹¹⁸.

Η Έκθεση Επιτροπής για την πρόληψη των βασανιστηρίων και της απάνθρωπης και εξευτελιστικής μεταχείρισης ή τιμωρίας του Συμβουλίου της Ευρώπης, έπειτα από επισκέψεις σε κέντρα στην Ελλάδα, συμπέρανε πως κανένα από τα κέντρα λειτουργίας δεν ανταποκρίνονται στα εθνικά και διεθνή πρότυπα και επισημαίνουν τις άθλιες συνθήκες υγιεινής, οι οποίοι ενέχουν σοβαρούς κινδύνους για την υγεία των κρατουμένων. Συγκεκριμένα, οι ΓΧΣ στα κέντρα κράτησης που πραγματοποιήσαν την παρέμβασή τους, επισημαίνουν βασικά προβλήματα, όπως¹¹⁹: ο μεγάλος συνωστισμός, οι απαράδεκτες συνθήκες υγιεινής, η ελλιπής διανομή ειδών προσωπικής υγιεινής και ρουχισμού, η απουσία πρόνοιας για την

¹¹⁶ Γιατροί χωρίς Σύνορα, *METANASTES ΧΩΡΙΣ ΕΓΓΡΑΦΑ*. Ζωές υπό κράτηση, Ελλάδα, Ιούνιος 2010, σελ 7.

¹¹⁷ Άρθρο 81 του Νόμου υπ' αριθ. 3386/2005: *Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια*. Όπως παρατίθεται στο: Γιατροί χωρίς Σύνορα, *METANASTES ΧΩΡΙΣ ΕΓΓΡΑΦΑ*. Ζωές υπό κράτηση, Ελλάδα, Ιούνιος 2010.

¹¹⁸ Human Rights Watch. *Stuck in a Revolving Door: Iraqis and Other Asylum Seekers and Migrants at the Greece/Turkey Entrance to the European Union*. Νοέμβριος 2008, σ. 85. Όπως παρατίθεται στο: Γιατροί χωρίς Σύνορα, *METANASTES ΧΩΡΙΣ ΕΓΓΡΑΦΑ*. Ζωές υπό κράτηση, Ελλάδα, Ιούνιος 2010.

¹¹⁹ Γιατροί χωρίς Σύνορα, *METANASTES ΧΩΡΙΣ ΕΓΓΡΑΦΑ*. Ζωές υπό κράτηση, Ελλάδα, Ιούνιος 2010.

κατάλληλη στέγαση ευπαθών ομάδων, και ο ανεπαρκής προαυλισμός. Η ιατρική φροντίδα στα κέντρα κράτησης ήταν επίσης ανεπαρκής, ενώ δεν υπήρχε συστηματικός ιατρικός έλεγχος των νεοεισερχομένων μεταναστών. Απουσίαζαν, επίσης, οι υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης. Η έλλειψη διερμηνέων αποτελούσε ένα σημαντικό εμπόδιο για την επικοινωνία μεταξύ των μεταναστών και του προσωπικού των κέντρων κράτησης. Επιπλέον, οι νεοεισερχόμενοι δε λάμβαναν επαρκείς πληροφορίες σχετικά με τη νομική τους κατάσταση, το σύστημα κράτησης και το δικαίωμα τους να κάνουν αίτημα ασύλου. Οι ασθενείς των ΓΧΣ στα κέντρα κράτησης της Παγανής, της Βέννας και του Φυλακίου εξέφρασαν πολλές φορές κατά τη διάρκεια των ατομικών συνεδριών συμβουλευτικής την αγωνία τους σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης. Το 36% των ασθενών παραπονέθηκαν για ανεπαρκείς συνθήκες υγιεινής, το 35% για συνωστισμό στους θαλάμους, το 18% για ανεπαρκή προαυλισμό και το 17% για ανεπαρκή ποσότητα τροφής¹²⁰.

Η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι ένα ζήτημα το οποίο έχει ρυθμιστεί για τις μαζικές αφίξεις, με κύρια προτεραιότητα τη διεξαγωγή προληπτικών εξετάσεων για τις μεταδοτικές ασθένειες. Από την παραπάνω επιτροπή διαπιστώθηκε πως μόνο σε δύο κέντρα γινόταν συστηματικός έλεγχος, ενώ σε όλα τα υπόλοιπα ήταν ανεπαρκής έως ανυπάρχτος, καθώς ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού ήταν συνήθως περιορισμένος, η κινητικότητα του πληθυσμού μεγάλη ενώ δεν υπήρχαν υπηρεσίες διερμηνείας. Επιπλέον, παρατηρείται απουσία πρωτοκόλλου για τον ιατρικό έλεγχο που πρέπει να γίνεται στους αιτούντες άσυλο και στους άτυπους μετανάστες κατά την άφιξη τους. Σύμφωνα με την έρευνα του Norredam κ.α.¹²¹, στην Ελλάδα, συγκρινόμενη με τις πολιτικές των 25 κρατών μελών της Ε.Ε. που αφορούν στην πρόσβαση των αιτούντων άσυλο στην περίθαλψη, είναι η μοναδική από τις 25 χώρες μέλη που στερείται ιατρικού πρωτόκολλου για τους νεοαφichθέντες μετανάστες και αιτούντες άσυλο. Ενώ στις υπόλοιπες χώρες εφαρμόζονται σχέδια που περιλαμβάνουν εξέταση για φυματίωση, οροθετικότητα στον ιό HIV, γενική κλινική και ψυχολογική εξέταση, στην Ελλάδα το πρωτόκολλο για τον ιατρικό έλεγχο εφαρμόζεται μόνο κατά τη διαδικασία αίτησης των αιτούντων άσυλο για άδεια εργασίας.

¹²⁰ Γιατροί χωρίς Σύνορα, *ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΧΩΡΙΣ ΕΓΓΡΑΦΑ*. Ζωές υπό κράτηση, Ελλάδα, Ιούνιος 2010.

¹²¹ M.Norredam, A Mygind, A Krasnik, 'Access to healthcare for asylum seekers in the European Union ñ a comparative study of country policies'. *The European Journal of Public Health*. Advance Access (October 17 2005) όπως παρατίθεται στο MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009

Συγκεκριμένα σύμφωνα με την «Έκθεση για τα εμπόδια και τις δυσκολίες πρόσβασης των υπηκόων τρίτων χωρών στις υπηρεσίες υγείας»¹²², στην Ευρώπη δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στον εμβολιασμό τόσο για την πρόληψη μετάδοσης των παιδικών ασθενειών –ιλαρά, παρωτίτιδα, ερυθρά - όσο και για την πρόληψη λοιμώξεων πιο σοβαρών, όπως η ηπατίτιδα Β, η μηνιγγίτιδα C, η φυματίωση, η διφθερίτιδα, η πολιομυελίτιδα / γρίπη, ο τέτανος και ο κοκίτης. Ο συνδυασμός και η ποσότητα της δόσης των εμβολίων μεταβάλλεται ανάλογα με την ηλικία του ατόμου, ξεκινώντας από τα βρέφη κάτω του ενός έτους και φθάνοντας στους νεαρούς ενήλικες έως 22 ετών. Εξασφαλίζεται η πρόσβαση των αιτούντων άσυλο στην ιατρική και ψυχολογική περίθαλψη, ενώ όλες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν το δικαίωμα να απαιτήσουν την υποβολή των αιτούντων σε ιατρικές εξετάσεις με μεθόδους ασφαλείς, που δεν προσβάλλουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, σύμφωνα με τις παρ.10 & 11 του κεφ. IV των οδηγιών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας σχετικά με τις ελάχιστες απαιτήσεις για την υποδοχή των προσώπων που ζητούν άσυλο στα κράτη μέλη. Ειδικά για τους ανήλικους που έχουν υποστεί οποιαδήποτε μορφή κακοποίησης και για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, παρέχεται κατάλληλη φροντίδα και εξειδικευμένη ψυχοκοινωνική υποστήριξη, όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στην παρ. 24 του κεφ. IV.

Σε περίπτωση που η ιατρική περίθαλψη δεν πραγματοποιηθεί κατά την άφιξη των αιτούντων στη χώρα, γίνεται πριν μεταφερθούν στα Κέντρα Υποδοχής, ενώ εξετάσεις για την λοίμωξη του HIV γίνονται μόνο ύστερα από σχετικό αίτημα του ίδιου του ατόμου και διέπονται από την αρχή του απορρήτου – παρ. 34 των οδηγιών της ΕΚ. Η ιατρική φροντίδα των γυναικών περιλαμβάνει και συμβουλευτική σε θέματα αναπαραγωγής. Η Ελλάδα, μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, θα έπρεπε να ακολουθεί τις ανωτέρω οδηγίες, βέβαια όπως προαναφέρθηκε η κατάσταση δε μπορεί παρά να αποδοθεί μόνο με μελανά χρώματα. Στην πραγματικότητα οι ΜΚΟ είναι αυτές που καλύπτουν μερικώς τις ανάγκες, ωστόσο και αυτές συναντούν εμπόδια στην πρόσβασή τους. Η Επιτροπή παρολ' αυτά έχει επισημάνει την υποχρέωση της πολιτείας να παρέχει υπηρεσίες υγείας σε ανθρώπους που έχουν στερηθεί την ελευθερία τους και σύστησε τον ρόλο των ΜΚΟ ως υποκατάστατο.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφέρουμε τα αποτελέσματα της ιατρικής δράσης από τους ΓΧΣ και τις συνέπειες της κράτησης στην υγεία των υπό διοικητική κράτηση μεταναστών και αιτούντων άσυλο¹²³. Στη διάρκεια του 2013 και συγκεκριμένα

¹²² Τζανέτος Αντύπας, Έκθεση για τα εμπόδια και τις δυσκολίες πρόσβασης των υπηκόων τρίτων χωρών στις υπηρεσίες υγείας, ΜΚΟ ΠΡΑΞΙΣ, 2008.

¹²³ Γιατροί Χωρίς Σύνορα, ΠΑΡΟΧΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. Αποτελέσματα από την παρέμβαση των Γιατρών Χωρίς Σύνορα στα κέντρα κράτησης μεταναστών, Ιανουάριος-Απρίλιος 2013.

μεταξύ Ιανουαρίου και Απριλίου 2013 οι ΓΧΣ προσέφεραν ιατρικές υπηρεσίες και ανθρωπιστική βοήθεια σε μετανάστες και αιτούντες άσυλο σε χώρους κράτησης μεταναστών στον Έβρο (Φυλάκιο, Τυχερό, Φέρες, Σουφλί), στην Κομοτηνή (Κέντρο Κράτησης Κομοτηνής και Νέος Ίασμος) και στο Παρανέστι Δράμας. Στο διάστημα αυτό οι ομάδες των ΓΧΣ αντιμετώπισαν 1.908 ιατρικά περιστατικά ενώ έγινε παραπομπή 231 (12.1%) περιστατικών για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Οι συχνότερες διαγνώσεις αφορούσαν δερματικές ασθένειες (19.6%), λοιμώξεις του αναπνευστικού (15.8%), γαστρεντερικά προβλήματα (14.6%), μυοσκελετικά προβλήματα (13.8%), ψυχικές και ψυχιατρικές διαταραχές (5.1% και 2.5% αντίστοιχα). Τέλος καταγράφηκαν αρκετά περιστατικά τραυματισμών – ακούσιων (4.1%) και εκούσιων (3%).

Παρακάτω αναφέρονται κάποια σοβαρά ιατρικά περιστατικά που αντιμετώπισαν οι ιατρικές ομάδες των ΓΧΣ στους χώρους κράτησης μεταναστών κατά τους παραπάνω μήνες (Ιανουάριος-Απρίλιος 2013)¹²⁴:

- Συρροή κρουσμάτων ψώρας. Κατά τους μήνες Ιανουάριο και Φεβρουάριο οι δερματολογικές ασθένειες αποτελούσαν τη συχνότερη διαγνωστική κατηγορία με ποσοστό 18% και 24% αντίστοιχα στο σύνολο των ιατρικών συνεδριών. Σημειώνεται ότι δεκάδες περιστατικά ήταν σοβαρά καθώς παρουσίαζαν επιμολύνσεις λόγω της μη έγκαιρης και συστηματικής αντιμετώπισης.
- Ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας ή κινητική αναπηρία - διαβήτη, καρδιολογικά και αναπνευστικά προβλήματα, σοβαρή αρθρίτιδα, επιληψία.
- Ασθενείς με διάγνωση ψυχικής νόσου υπό αγωγή που παρέμεναν κρατούμενοι σε ακατάλληλες συνθήκες επί πολλούς μήνες. Η ομάδα μας κατέγραψε επίσης περιστατικά αυτοτραυματισμών και απόπειρες αυτοκτονίας (συνολικά 9 ασθενείς, ορισμένοι εκ των οποίων προέβησαν σε παραπάνω από μία απόπειρες) καθώς και συμπτώματα κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής σε πολλούς μετανάστες.
- Περιστατικά ακούσιων τραυματισμών που συνδέονται με τις ανεπαρκείς υλικές (μη ασφαλείς) συνθήκες διαβίωσης και περιστατικά εκούσιων τραυματισμών τα οποία οφείλονταν σε άσκηση σωματικής βίας.

Σημειώνεται ότι η κράτηση ατόμων με χρόνια ή οξεία προβλήματα υγείας συμπεριλαμβανομένων ψυχιατρικών περιστατικών σε μη κατάλληλες συνθήκες και με ελλιπή πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα αποτελεί έκθεση σε σοβαρό κίνδυνο για την υγεία και την αρτιμέλειά τους.

¹²⁴ Γιατροί Χωρίς Σύνορα, ΠΑΡΟΧΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. Αποτελέσματα από την παρέμβαση των Γιατρών Χωρίς Σύνορα στα κέντρα κράτησης μεταναστών, Ιανουάριος-Απρίλιος 2013.

11. Στοιχεία για την προσβασιμότητα των μεταναστών

Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας δεν εξαρτάται μόνο από τις παραπάνω ρυθμίσεις και το θεσμικό πλαίσιο το οποίο παρουσιάστηκε παραπάνω άλλα επιπλέον θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας αφενός τη συνολική λειτουργία του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και αφετέρου τις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού αυτού που έχουν να κάνουν με το γενικότερο βαθμό προσαρμογή τους στη χώρα μας.

Οι έρευνες που προσφέρουν στοιχεία για τη χρήση υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες είναι ελάχιστες. Σύμφωνα με πιλοτική έρευνα σε νοσοκομείο της Αττικής (2003) οι αλλοδαποί αντιπροσώπευαν το 6% των νοσηλευόμενων. Οι γυναίκες αντιπροσώπευαν το 76% του πληθυσμού των αλλοδαπών νοσηλευόμενων, ποσοστό που εξηγείται από την αυξημένη χρήση των υπηρεσιών της γυναικολογικής κλινικής κυρίως λόγω τοκετού. Σύμφωνα με έρευνα του ΕΚΚΕ βασισμένη σε στοιχεία του EU-SILC (2005) οι αλλοδαποί χρησιμοποίησαν λιγότερο συχνά τις υπηρεσίες υγείας σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας, 31% έναντι 45% του γηγενή πληθυσμού. Από την άλλη, στοιχεία δημοσίευτης μελέτης 2004 σε μεγάλο νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης έδειξαν ότι το ποσοστό των αλλοδαπών ασθενών που καταφεύγουν στα επείγοντα είναι 88% μεταξύ των ανασφάλιστων ασθενών¹²⁵.

Στο σημείο αυτό θα παρουσιάσουμε τα κυριότερα εμπόδια, εκτός από την νομική τους κατάσταση, που περιορίζουν την προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, αλλά και άτυπες πρακτικές που διευκολύνουν την προσβασιμότητα των μεταναστών σε αυτές. Τα στοιχεία αυτά έχουν αναδειχτεί μέσα από έρευνες –μελέτες του Ευρωπαϊκού Δικτύου για Συνεργασία και Ανταλλαγές σε θέματα Κοινωνικού Αποκλεισμού και Υγείας Μεταναστών, της έρευνας του Ε.Κ.Κ.Ε., του προγράμματος Equality in Health, αλλά και σχετικά κείμενα ΜΚΟ.

Α.Ελλιπής ενημέρωση

Αρχικά η άγνοια των δικαιωμάτων τους στο σύστημα υγείας και η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού, τεχνογνωσίας και εξειδικευμένων δομών (π.χ. διερμηνέων, διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών, ενημερωτικών φυλλαδίων σε γλώσσες διαφόρων εθνικοτήτων) έχει ως αποτέλεσμα την ελλιπή ενημέρωση των μεταναστών, προσφύγων και αιτούντων άσυλο σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους και αποτρέπει την πρόσβαση τους στην περίθαλψη, ακόμα και

¹²⁵ MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009, σελ: 24.

όταν την δικαιούνται¹²⁶. Για παράδειγμα σύμφωνα με την έρευνα των Γιατρών του Κόσμου, το 84% των μεταναστών χωρίς τα απαραίτητα χαρτιά δεν γνώριζε ότι μπορούν να κάνουν δωρεάν εξέταση και επιπλέον δεν γνώριζαν ότι παρέχεται και δωρεάν θεραπεία¹²⁷. Επιπροσθέτως, συχνό είναι το φαινόμενο κατά το οποίο το 56% των γονέων δεν γνωρίζουν για το πού μπορούν να απευθυνθούν για τον εμβολιασμό των παιδιών τους¹²⁸. Επιπλέον ο παραπάνω λόγος της άγνοιας στις περιπτώσεις των μεταναστών χωρίς χαρτιά τους εμποδίζει να απευθυνθούν στις υπηρεσίες υγείας λόγω του φόβου ότι θα αποκαλυφθεί η παρατυπία τους και θα αναφερθούν στα αρχές.

Β.Γλωσσικά εμπόδια

Επιπλέον η μη ικανοποιητική γνώση της ελληνικής γλώσσας θεωρείται πολύ σημαντικό εμπόδιο γιατί αφενός αποτρέπει τη ζήτηση για χρήση υπηρεσιών υγείας και αφετέρου προκαλεί προβλήματα στην επικοινωνία με το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό των νοσοκομείων, ούτως ώστε να κάνει τη σωστή διάγνωση και να δώσει τις κατάλληλες οδηγίες για θεραπεία και χρήση των φαρμάκων, πράγμα το οποίο μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην εξέλιξη της υγείας του ασθενούς¹²⁹. Έτσι υπάρχει αντικειμενική δυσκολία λόγω γλώσσας, πολιτισμικών ιδιομορφιών και παρατηρείται η απουσία διερμηνέων/διαπολιτισμικών μεσολαβητών. Χαρακτηριστικά ένας εθελοντής πολυκλινικής μη κυβερνητικής οργάνωσης στην Αθήνα σημειώνει: *«Έρχονται σε εμάς και κάνουν παράπονα ότι στο νοσοκομείο που τους παραπέμφαμε τους έδωξαν. Πρέπει να είμαστε πολύ προσεκτικοί. Πολλές φορές αυτό που τους έχουν πει είναι ότι πρέπει να ξαναέρθουν την επομένη ή να πάνε σε άλλο νοσοκομείο*

¹²⁶ Οι πληροφορίες προέρχονται από το MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009, σελ 28.

¹²⁷ Medecins du Monde European Observatory on Access to Health Care “European survey on undocumented migrants’ access to health care” June 2007, σελ 49.

¹²⁸ Medecins du Monde European Observatory on Access to Health Care “European survey on undocumented migrants’ access to health care” June 2007, σελ 33.

¹²⁹ Απόστολος Καψάλης – Εθνική Έκθεση Ελλάδας για το «Ευρωπαϊκό Δίκτυο για Συνεργασία και Ανταλλαγές σε Θέματα Κοινωνικού Αποκλεισμού και Υγείας Μεταναστών», σελ.33.

αλλά αυτοί (οι μετανάστες) δεν έχουν καταλάβει. Νομίζουν ότι τους έχουν διώξει»¹³⁰.

Γ . Η στάση του προσωπικού

Επιπλέον ένα σημαντικό κομμάτι που πρέπει να σημειωθεί είναι τα προβλήματα που δημιουργούνται στους υπηκόους τρίτων χωρών, από τη διαφορετική αντιμετώπιση που έχουν από τους εργαζόμενους του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αν και η ελληνική νομοθεσία είναι σε γενικές γραμμές γνωστή, επικρατεί σχετική άγνοια για το ευρωπαϊκό θεσμικό πλαίσιο για την απαγόρευση των διακρίσεων, όπως αυτή ενσωματώθηκε στο ελληνικό δίκαιο¹³¹ και επιπλέον υπάρχει ελλιπή ενημέρωση του προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας για τα δικαιώματα επιμέρους κατηγοριών αλλοδαπών, π.χ. αιτούντες άσυλο¹³².

Επιπλέον προβλήματα στην εφαρμογή του θεσμικού πλαισίου δημιουργούνται λόγω έλλειψης συντονισμού και της διαδικασίας αλλαγής νοοτροπιών σε σχέση με την ισότητα στη μεταχείριση¹³³. Για παράδειγμα το 80% του προσωπικού των φορέων υγείας δηλώνει άγνοια της ελληνικής και ευρωπαϊκής νομοθεσίας κατά των διακρίσεων¹³⁴, το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί ότι η μεταχείριση πρέπει να είναι ισότιμη, ενώ οι 7 στους 10 πιστεύουν ότι οι υπηρεσίες τους ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες των μειονοτικών ομάδων¹³⁵. Βέβαια η θεωρητική αναγνώριση της ισότητας απέχει από την αντίστοιχη μεταχείριση, καθώς για παράδειγμα 1

¹³⁰ MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009, σελ 28.

¹³¹ University Research Institute of Urban Environment and Human Resources (2006), Equality in Health - Greek National Report σελ.54.

¹³² Οι πληροφορίες προέρχονται από το MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009, σελ 30.

¹³³ University Research Institute of Urban Environment and Human Resources (2006), Equality in Health - Greek National Report σελ.75.

¹³⁴ University Research Institute of Urban Environment and Human Resources (2006), Equality in Health - Greek National Report σελ.89.

¹³⁵ University Research Institute of Urban Environment and Human Resources (2006), Equality in Health - Greek National Report σελ.75.

στους 5 ερωτηθέντες διαφωνεί πως η γνώση των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων θα βοηθούσε στην παροχή καλύτερων υπηρεσιών υγείας ομάδων¹³⁶.

Εξάλλου κατά καιρούς εξυπηρετούμενοι των υπηρεσιών των μη κυβερνητικών οργανώσεων έχουν εκφράσει δυσαρέσκεια για την ανεξήγητη αργοπορία εξυπηρέτησής τους, τη ρατσιστική συμπεριφορά, τη μη εμβάθυνση στα συμπτώματα που παρουσιάζουν με αποτέλεσμα να μην ελέγχονται σοβαρά προβλήματα υγείας¹³⁷. Συγκεκριμένα από μαρτυρίες εξυπηρετούμενων των Πολυϊατρείων της PRAKSIS έχει αναφερθεί ότι δεν εξηγείται πολλές φορές η κατάσταση υγείας και όσα χρειάζεται να κάνουν για να βελτιωθεί. Ένα από τα σοβαρά προβλήματα, έτσι όπως έχουν παρουσιαστεί από ιατρούς τόσο της PRAKSIS όσο και από αυτούς των νοσοκομείων, είναι ότι οι γιατροί στην πλειοψηφία τους δε γνωρίζουν τα δικαιώματα των αλλοδαπών ασθενών που πηγάζουν από την νομική τους κατάσταση. Ιδιαίτερα προβλήματα επίσης παρουσιάζονται στους ηλικιωμένους (πάνω από 80 ετών) οι οποίοι δεν κατέχουν άδεια διαμονής λόγω της μη ικανότητας τους να εργαστούν και της μη κάλυψής τους από άλλα μέλη της οικογένειάς τους.

Για να συμπληρώσω την εικόνα όσο αφορά την αντιμετώπιση από τους ίδιους τους εργαζόμενους του ΕΣΥ, αναφέρω πως σε έρευνα που έγινε με ερωτηματολόγιο σε ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό νοσοκομείων της Αττικής, «Equality in Health: Greek National Report» το 2006, το 59% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι η φυλή ή η εθνικότητα είναι εκείνο το χαρακτηριστικό των ασθενών που μπορεί να οδηγήσει σε διάκριση στα πλαίσια του συστήματος υγείας. Επιπλέον το 41,5% υποστηρίζει ότι τα άτομα που ανήκουν σε μειονοτικές ομάδες καταχράζονται το σύστημα κοινωνικών παροχών. Ενώ το 20% θεωρούν ότι δεν είναι απαραίτητο οι γυναίκες ασθενείς που τους το επιβάλλει η κουλτούρα ή η θρησκεία τους να εξετάζονται από γυναίκες γιατρούς¹³⁸.

Βέβαια στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε πως στην κατάργηση της εγκυκλίου που υποχρέωνε σε ενημέρωση των αστυνομικών αρχών για την παρουσία παρανόμων μεταναστών, που αναφερθήκαμε σε προηγούμενο, οδηγήθηκε στην κατάργησή της από την στάση του προσωπικού των φορέων

¹³⁶ University Research Institute of Urban Environment and Human Resources (2006), Equality in Health - Greek National Report σελ.75-76.

¹³⁷ Από κείμενο της ΜΚΟ Praksis στο «Σα κοινωνικά Δικαιώματα των Μεταναστών στην Ελλάδα» Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σελ.119.

¹³⁸ Οι πληροφορίες προέρχονται από το MIGHEALTHNET: *Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη*, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009, σελ 30.

υγείας¹³⁹. Επιπροσθέτως οι προσπάθειες που καταβάλλει το προσωπικό των φορέων υγείας για την περίθαλψη των ασθενών παρά τις αντίξοες συνθήκες που τους αναγκάζουν να κινούνται στα όρια ενός ασφυκτικού θεσμικού πλαισίου, έχει αναγνωριστεί και από την Εθνική Επιτροπή Δικαιωμάτων του Ανθρώπου¹⁴⁰.

Δ .Πολιτισμικές διαφορές

Το τελευταίο ζήτημα θίγει επίσης ένα σημαντικό κομμάτι στο θέμα της υγείας των μεταναστών, αυτό των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων στο χώρο της υγείας. Καθώς οι υπήκοοι τρίτων χωρών κατέχουν ένα διαφορετικό πολιτισμικό μόρφωμα, με αποτέλεσμα πολλές φορές να αντιλαμβάνονται διαφορετικά την έννοια της υγείας και της ασθένειας ενδεχομένως διαθέτουν ιδιαίτερες κατηγορίες ασθενειών που δεν περιλαμβάνονται στις γνωστές δυτικές βίοιατρικές κατηγοριοποιήσεις, τον ψυχικό και σωματικό πόνο, τον παθολογικό και το φυσιολογικό καθώς και τα όρια τους¹⁴¹. Για παράδειγμα, αναφέρουμε τις χαρακτηριστικές περιπτώσεις μουσουλμάνων γυναικών που αρνούνται να εξεταστούν από άνδρες γιατρούς¹⁴². Οι αναπαραστάσεις αυτές διαμορφώνονται σε σχέση με τις πολιτιστικές αντιλήψεις καθώς και με τις αντιλήψεις για το σώμα (τα όρια του, την καθαριότητα, την εικόνα του, το φύλο του). Αυτά επηρεάζουν τις πρακτικές αναζήτησης βοήθειας και θεραπείας.

Βέβαια στο σημείο αυτό να μην ξεχνάμε πως «οι μετανάστες και ιδιαίτερα οι πρόσφυγες είναι ευάλωτες ομάδες ψυχοκοινωνικά καθώς έρχονται αντιμέτωποι με τραυματικές εμπειρίες πριν αλλά και κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους και στη συνέχεια κατά τη βίαιη προσαρμογή τους σε ένα καινούριο περιβάλλον όπου αισθάνονται ξένοι. Έχουν επίσης να αντιμετωπίσουν την κοινωνική απαξίωση, τη φτώχεια, ανασφάλεια και φόβο σχετικά με το καθεστώς παραμονής τους αλλά συχνά και ρατσιστικές συμπεριφορές. Η διαφορετική πολιτισμική καταβολή και η άγνοια των λειτουργιών υγείας για πολιτισμικές ιδιαιτερότητες του ασθενή (π.χ. άρνηση μουσουλμάνας γυναίκας να εξεταστεί από άντρα γιατρό) επίσης μπορεί να

¹³⁹ Απόστολος Καψάλης – Εθνική Έκθεση Ελλάδας για το «Ευρωπαϊκό Δίκτυο για Συνεργασία και Ανταλλαγές σε θέματα Κοινωνικού Αποκλεισμού και Υγείας Μεταναστών», σελ.27.

¹⁴⁰ Απόφαση της 12/12/2007 της Εθνικής Επιτροπής Δικαιωμάτων του Ανθρώπου με τίτλο «Δικαίωμα στην υγεία των μεταναστών χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής», σελ.21.

¹⁴¹ Equality in Health, Final Conference Report, σελ.81.

¹⁴² Απόστολος Καψάλης – Εθνική Έκθεση Ελλάδας για το «Ευρωπαϊκό Δίκτυο για Συνεργασία και Ανταλλαγές σε θέματα Κοινωνικού Αποκλεισμού και Υγείας Μεταναστών», σελ.33.

περιορίσει την προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για θέματα ψυχικής υγείας»¹⁴³.

Ε .Κόστος

Επιπροσθέτως, το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης των μεταναστών την καθιστά πρακτικά απρόσιτη, με δεδομένο το χαμηλό τους βιοτικό επίπεδο ή την έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης. Συγκεκριμένα από τη έρευνας των Λάουρα Μαράτου-Αλιπράντη και Γκαζόν¹⁴⁴ βλέπουμε πως οι αλλοδαποί αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό οικονομική ανασφάλεια από το γηγενή πληθυσμό καθώς τα εισοδήματά τους είναι γενικά χαμηλότερα και το ποσοστό ιδιοκατοίκησης πολύ μικρότερο, 11,1% για τους αλλοδαπούς έναντι 75% για τους Έλληνες. Είναι επομένως πιθανό πολλοί από τους μετανάστες να μην είναι σε θέση «να αντιμετωπίσουν το κόστος μιας έκτακτης ανασφάλειας όπως τα προβλήματα υγείας»¹⁴⁵. Από την άλλη η απασχόληση των μεταναστών σε άτυπες μορφές εργασίας τους καθιστά ανασφάλιστους με αποτέλεσμα να πρέπει να πληρώνουν οι ίδιοι ολόκληρο το ποσό της περίθαλψης, προκαταβάλλοντας το 50% των εξόδων σε περίπτωση νοσηλείας. Το κόστος αυτό όμως μπορεί να είναι πολύ υψηλό για αρκετούς μετανάστες οι οποίοι ταυτόχρονα δεν δικαιούνται του βιβλιαρίου οικονομικής απορίας και αδυνατούν οικονομικά να απευθυνθούν σε ιδιωτικά θεραπευτήρια ¹⁴⁶.

Επιπλέον το κόστος περίθαλψης και το κόστος αγοράς φαρμάκων είναι συχνά δυσβάστακτο, καθώς όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ένας εθελοντής πολυκλινικής μη κυβερνητικής οργάνωσης στην Αθήνα¹⁴⁷: «Συχνά έρχονται σε εμάς ασθενείς για

¹⁴³ MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», 2009, σελ 29.

¹⁴⁴ Λάουρα Μαράτου-Αλιπράντη, Ε. Γκαζόν, Μετανάστευση και Κοινωνική Ασφάλιση: Μια προσέγγιση με βάση δεδομένα της έρευνας EU-SLIC και των Ασφαλιστικών Ταμείων, ΕΚΚΕ, Αθήνα: 2005^α.

¹⁴⁵ Λάουρα Μαράτου-Αλιπράντη, Ε. Γκαζόν, Μετανάστευση και Κοινωνική Ασφάλιση: Μια προσέγγιση με βάση δεδομένα της έρευνας EU-SLIC και των Ασφαλιστικών Ταμείων, ΕΚΚΕ, Αθήνα: 2005 α.

¹⁴⁶ MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», 2009, σελ 27.

¹⁴⁷ MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», 2009, σελ 27.

να τους βγάλουμε τον φλεβοκαθετήρα αφού έχουν φύγει από το νοσοκομείο χωρίς να πάρουν εξιτήριο γιατί δεν έχουν να πληρώσουν. Αν γνωρίζουν το όνομα του γιατρού τον παίρνουμε τηλέφωνο για να τον ρωτήσουμε για τη φαρμακευτική τους αγωγή ..γιατί όταν φεύγουν από το νοσοκομείο δεν παίρνουν το σχήμα της φαρμακευτικής αγωγής που πρέπει να ακολουθήσουν αφού αυτό δίνεται συνήθως μαζί με το εξιτήριο».

Επιπλέον στα παραπάνω εμπόδια πρέπει να προσθέσουμε αφενός τις μεγάλες καθυστερήσεις για την έκδοση ή ανανέωση αδειών παραμονής ή την έκδοση των ειδικών δελτίων του αιτούντος άσυλο αλλοδαπού, οι οποίες παρεμποδίζουν τη πρόσβαση πολλών μεταναστών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας για μεγάλα χρονικά διαστήματα¹⁴⁸, και αφετέρου τα συστημικά προβλήματα που δυσκολεύουν την πρόσβαση των μεταναστών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Έτσι χρόνια προβλήματα του ΕΣΥ, όπως γραφειοκρατία, μεγάλες λίστες αναμονής, ανεπαρκείς δομές και στελέχωση, λειτουργούν αθροιστικά με τα παραπάνω και περιορίζουν την προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον η απουσία διερμηνέων στα νοσοκομεία αλλά και σε κέντρα κράτησης περιορίζει την ποιότητα παροχών υγείας στους μετανάστες¹⁴⁹.

Στ . Άτυπες πρακτικές πρόσβασης

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειώσουμε και τις άτυπες πρακτικές που διευκολύνουν την προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. Καθώς η ερμηνεία της νομοθεσίας για περίθαλψη μόνο στην περίπτωση έκτακτων περιστατικών είναι διασταλτική, χρησιμοποιούνται διάφορες πρακτικές για την απόφυση χρέωσης του θεραπείας/νοσηλείας σε ανασφαλιστους αλλοδαπούς. Όπως αναφέρει μια γυναίκα από την Αλβανία (32 ετών)¹⁵⁰: «Ήμουν πολύ άρρωστη. Είχα άσθμα και δεν είχα ασφάλιση... Έμεινα εκεί (στο νοσοκομείο) για τρεις ημέρες, και μετά ο διευθυντής μου είπε ότι έπρεπε να πληρώσω. Αλλά δεν είχαμε λεφτά... και είπε ότι έπρεπε να πληρώσουμε οπωσδήποτε. Συμφώνα με τον νόμο ο διευθυντής είχε δίκιο... Αλλά ένας άλλος υπεύθυνος που ήταν εκεί μας φέρθηκε πολύ καλά.. είπε ότι θα μιλήσει με τον διευθυντή και δεν θα χρειαστεί να

¹⁴⁸ MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», 2009, σελ 28.

¹⁴⁹ MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», 2009, σελ 28.

¹⁵⁰ MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», 2009, σελ 27.

πληρώσουμε τίποτα. Έτσι και έγινε. Τελικά δεν πληρώσαμε και εγώ έγινα καλύτερα.»

Έτσι συχνά μετανάστες χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα εξυπηρετούνται από το ΕΣΥ, καθώς οι λειτουργοί υγείας αγνοούν τον νόμο και διευκολύνουν τους άτυπους μετανάστες στην πρόσβαση της δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης¹⁵¹. Βέβαια σε καμία περίπτωση η κατά περίπτωση παροχή ανεπίσημης βοήθειας σε μετανάστες από λειτουργούς υγείας και διοικητικούς υπάλληλους δεν εγγυάται την πρόσβαση ομάδων μεταναστών στο σύστημα υγείας. Έτσι η παρακολούθηση περιστατικών, και ιδιαίτερα χρόνιων ασθενών, παραμένει προβληματική. Επίσης ο περιορισμός για χρήση των επείγοντων περιστατικών καθιστά πιο δύσκολη της έγκαιρη αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας στο πληθυσμό των μεταναστών «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα».

Τέλος στο σημείο αυτό θα πρέπει να προσθέσουμε πως στις 2 Μαΐου του 2011 ξεκίνησε πιλοτικά η Δράση 1.6/09 «Πρόγραμμα “Διαπολιτισμική Μεσολάβηση”¹⁵² σε επιλεγμένα νοσοκομεία των Περιφερειών Αθήνας και Θεσσαλονίκης»¹⁵³. Μεσολαβητές που μιλούν συνολικά 35 γλώσσες έχουν τοποθετηθεί σε δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, με σκοπό να γίνει το ΕΣΥ πιο φιλικό προς τους μετανάστες. Η προσπάθεια αυτή όμως, στοχεύει παράλληλα και στην ομαλή ένταξη των αλλοδαπών στην ελληνική κοινωνία.

Το πρόγραμμα της Διαπολιτισμικής Μεσολάβησης υλοποιείται από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας σε συνεργασία με τη ΔΙΑΣΤΑΣΗ Εκπαιδευτικές &

¹⁵¹ MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», 2009, σελ 30.

¹⁵² MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», 2009, σελ 28.

¹⁵³ Τα νοσοκομεία στα οποία παρέχουν τις υπηρεσίες οι διαμεσολαβητές είναι 1.Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», 2.Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ «ΠΑΝ. & ΑΓΛ. ΚΥΡΙΑΚΟΥ», 3.Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ», 4.Γ.Ν. ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΕΛΕΝΑΣ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ», 5.Γ.Ν.ΝΟΣΗΜ. ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ «ΣΩΤΗΡΙΑ», 6.Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», 7.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ», 8.Γ.Ν.Α. «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΕΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ. (ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ), 9.Γ. ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ», 10.ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣ. ΑΘΗΝΩΝ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ «Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ», 11.Γ. Ν. ΒΟΥΛΑΣ «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ», 12.ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ», 13.Γ.Ν. ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ», 14.Γ. ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣ. ΠΕΙΡΑΙΑ «ΜΕΤΑΞΑ», 15.Γ. Ν. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ», 16.ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΕΛΠΙΣ» 17.Γ.Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» 18.Γ.Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», 19.Γ.Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», 20.ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ», 21.ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ»

Συμβουλευτικές Υπηρεσίες στο πλαίσιο του Ετήσιου Προγράμματος 2009 του Ευρωπαϊκού Ταμείου Ένταξης Υπηκόων Τρίτων Χωρών και συγχρηματοδοτείται κατά 75% από Κοινοτικούς Πόρους και κατά 25% από Εθνικούς Πόρους. Οι 109 Μεσολαβητές λειτουργούν από τις 2 Μαΐου του 2011 ως δίαυλοι επικοινωνίας προσφέροντας εξειδικευμένες υπηρεσίες Διαμεσολάβησης ανάμεσα στους μετανάστες και στο προσωπικό των νοσοκομείων. Ο ρόλος του Διαπολιτισμικού Μεσολαβητή έγκειται: στην προσέγγιση των προβλημάτων και στην ερμηνεία των πολιτιστικών ιδιαιτεροτήτων των μεταναστών σε θέματα υγείας, στη διευκόλυνση της επικοινωνίας στις γλώσσες καταγωγής των υπηκόων τρίτων χωρών, στην καλύτερη επικοινωνία του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού με άτομα που προέρχονται από διαφορετικά κοινωνικό-πολιτιστικά πλαίσια που συμβάλει στη μείωση του απαιτούμενου χρόνου για την κατανόηση του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζουν, στην αναβάθμιση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας¹⁵⁴.

¹⁵⁴ Βλ. αναλυτικότερα το ειδικό αφιέρωμα στο ηλεκτρονικό περιοδικό της Διάστασης «νέα διάσταση» , *Διαπολιτισμική Μεσολάβηση στην Υγεία, Γέφυρες Σεβασμού και Επικοινωνίας*.

Και τον ιστότοπο

<http://www.eumedline.eu/post/DIAPOLITISMIKH-MESOLAVHSH-SE-EPILEGMENA-NOSOKOMEIA>

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

12. Ο Ρόλος των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων

Όπως γίνεται αντιληπτό οι μετανάστες, και ιδίως αυτοί «χωρίς χαρτιά» και οι αιτούντες άσυλο κινδυνεύουν περισσότερο να αντιμετωπίσουν προβλήματα υγείας καθώς έχουν δυσχερέστερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη απ' ό,τι ο υπόλοιπος πληθυσμός. Επιπλέον η οικονομική κρίση έχει επιδεινώσει την κατάσταση καθώς οι δυσκολίες των κρατικών προϋπολογισμών έχουν οδηγήσει σε αυστηρότερους ελέγχους για τις δαπάνες της υγείας και προσπαθούν να μειώσουν το μέγεθός τους.

Για τον παραπάνω λόγο, όπως έχει προαναφερθεί, έχει καταστεί ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος των υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων και των ΜΚΟ, οι οποίες υποστηρίζουν το δικαίωμα των μεταναστών και των αιτούντων άσυλο να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη χωρίς να υφίστανται διακρίσεις εξαιτίας του νομικού καθεστώτος και των οικονομικών τους μέσων. Καλούνται αφενός να καλύψουν τα κενά που δημιουργεί ο θεσμικός αποκλεισμός των τελευταίων από το εθνικό σύστημα υγείας με την διευκόλυνση της πρόσβασης τους στα νοσοκομεία για εξειδικευμένες εξετάσεις ή τη νοσηλεία τους μέσω της χρήσης ενός άτυπου δικτύου παραπομπών και αφετέρου να επισημάνουν τη δεινή κατάσταση των ευάλωτων αυτών ομάδων.

Βέβαια η αποκατάσταση της κρατικής ευθύνης για την παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας δεν αφορά μόνο μετανάστες αλλά αποτελεί μέρος του συνολικού σχεδιασμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης που προωθείται στη χώρα μας. Ωστόσο οι δυνατότητες των ΜΚΟ είναι περιορισμένες λόγω του σημαντικού κόστους που απαιτείται για την οργάνωση αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας αλλά επιπλέον και λόγω του ιδιαίτερα μεγάλου αριθμού μεταναστών που δεν έχουν δυνατότητα πρόσβασης σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειώσουμε πως ένα τμήμα του πενταετούς κοινοτικού προγράμματος δράσης αποτελεί η διακρατική συνεργασία πάνω σε αυτό το θέμα¹⁵⁵. Το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει υπογράμμισει τη σύνδεση της υγείας των μεταναστών με την υγεία όλων των πολιτών της ΕΕ, και είχε καλέσει την Ευρωπαϊκή Επιτροπή να στηρίξει τις δράσεις στον τομέα αυτόν¹⁵⁶. Το «Ευρωπαϊκό

¹⁵⁵ Καψάλης, Απόστολος. Εθνική Έκθεση Ελλάδας για το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για Συνεργασία και Ανταλλαγές σε Θέματα Κοινωνικού Αποκλεισμού και Υγείας Μεταναστών, 2003.

¹⁵⁶ Isabel de la Mata, Υγεία των μεταναστών και των εθνοτικών μειονοτήτων, συμπεριλαμβανομένων των Ρομά, ©Tyrologos.com 2013. Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή- Υγεία ΕΕ2013.

Δίκτυο για την συνεργασία και ανταλλαγή σε θέματα κοινωνικού αποκλεισμού και υγείας των μεταναστών» απαντά στην ανάγκη παρακολούθησης και ανάλυσης εκείνου του τομέα για τον οποίο οι μελέτες σε κοινοτικό επίπεδο είναι σπάνιες και η έκδοση κοινών στατιστικών δεδομένων από την Eurostat προς το παρών αδύνατη. Έτσι το πρόγραμμα αυτό επιτρέπει τη χρηματοδότηση διαφόρων δράσεων συνεργασίας στον τομέα της υγείας των μεταναστών, όπως η ανταλλαγή ορθών πρακτικών, η δημιουργία δεικτών και η καλύτερη πληροφόρηση των μεταναστών.

Η συγκεκριμένη πρωτοβουλία αφορά, κατά την πρώτη φάση υλοποίησής της, τις εξής χώρες: την Αυστρία, την Γαλλία, την Ελλάδα, την Πορτογαλία και την Ισπανία. Στις χώρες αυτές και με ευθύνη του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης ιδρύονται εθνικά δίκτυα από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και άλλους φορείς που δραστηριοποιούνται σε θέματα υγείας¹⁵⁷. Οι συμμετέχοντες στα εθνικά αυτά δίκτυα συγκεντρώνουν τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τον κοινωνικό αποκλεισμό των μεταναστών, δίνοντας έμφαση στην υγεία και στην πρόσβαση στις ανάλογες υπηρεσίες, ενώ παράλληλα πραγματοποιούνται μελέτες που επιχειρούν να εντοπίσουν προβλήματα ή ενδείξεις για διακρίσεις εις βάρος αυτού του πληθυσμού¹⁵⁸.

Τέτοιες οργανώσεις που δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτό είναι οι Γιατροί του Κόσμου, η PRAKSIS (στην οποία θα αναφερθούμε αναλυτικότερα παρακάτω), οι οποίες και λειτουργούν πολυιατρεία σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη με ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη, ψυχοκοινωνική στήριξη, επισκέψεις κατ' οίκον, κινητές μονάδες, ενώ υπάρχει δυνατότητα επικοινωνίας σε διάφορες γλώσσες¹⁵⁹. Έπειτα το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα κλπ. οι οποίες και λειτουργούν πολυιατρεία σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη με ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη, ψυχοκοινωνική στήριξη, επισκέψεις κατ' οίκον, κινητές μονάδες, ενώ υπάρχει δυνατότητα επικοινωνίας σε διάφορες γλώσσες.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να συμπληρώσουμε πως υπάρχουν ακόμα διάφοροι φορείς και ΜΚΟ που δραστηριοποιούνται στο τομέα αυτό, αρκετοί από τους οποίους παρέχουν επιπλέον υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης¹⁶⁰. Επιπλέον

¹⁵⁷ Καψάλης, Απόστολος. Εθνική Έκθεση Ελλάδας για το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για Συνεργασία και Ανταλλαγές σε θέματα Κοινωνικού Αποκλεισμού και Υγείας Μεταναστών, 2003.

¹⁵⁸ Καψάλης, Απόστολος. Εθνική Έκθεση Ελλάδας για το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για Συνεργασία και Ανταλλαγές σε θέματα Κοινωνικού Αποκλεισμού και Υγείας Μεταναστών, 2003.

¹⁵⁹ «Τα κοινωνικά Δικαιώματα των Μεταναστών στην Ελλάδα», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σελ 132.

¹⁶⁰ «Τα κοινωνικά Δικαιώματα των Μεταναστών στην Ελλάδα», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σελ 132.

σημειώνουμε, πως και στα πολυιατρεία του Δήμου Αθηναίων οι μετανάστες εξυπηρετούνται χωρίς να απαιτείται η επίδειξη νομιμοποιητικών εγγράφων παραμονής, προφανώς ατύπως. Ενδεικτικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε πως σύμφωνα με τα στοιχεία που δίνουν οι ίδιες οι οργανώσεις, στα ιατρεία των Γιατρών του Κόσμου εξυπηρετούνται σε ετήσια βάση περί τους 16.000 ασθενείς (πάνω από 140.000 σε μια δεκαετία)¹⁶¹, ενώ στην Praksis έχουν εξυπηρετηθεί συνολικά 50.000¹⁶². Βέβαια ο παραπάνω αριθμός θα μπορούσε να προσφληθεί ως δείκτης αποκλεισμού παρά κοινωνικής ένταξης και σε καμία περίπτωση δεν αποτελεί άλλοθι για την απουσία της πολιτείας.

13. Παραδείγματα εξειδικευμένων υπηρεσιών, φορέων και Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων.

Στο σημείο αυτό θα παρουσιάσω εν συντομία, τις ΜΚΟ που δραστηριοποιούνται για τις κοινωνικές ανάγκες των μεταναστών και το επόμενο κεφάλαιο θα αφιερωθεί στο παράδειγμα της Praksis.

Ξεκινώντας αναφέρουμε την οργάνωση «Γιατροί του Κόσμου», που δημιουργήθηκαν το 1990 και λειτουργούν προγράμματα τόσο στην Ελλάδα όσο και σε αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου. Στην χώρα μας, λειτουργούν το Ανοιχτό Πολυϊατρείο στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη από το 1997 και το 2001, όπου Έλληνες γιατροί, υγειονομικό προσωπικό, διοικητικοί και τεχνικοί προσφέρουν τις υπηρεσίες τους εθελοντικά παρέχοντας δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε όσους δεν έχουν πρόσβαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, δηλαδή άπορους, ανασφάλιστους, άστεγους, Ρομά, πρόσφυγες και μετανάστες. Στη διάρκεια των τελευταίων ετών, στο Ανοιχτό Πολυϊατρείο της Αθήνας, εθελοντές γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων (όπως παθολόγοι, καρδιολόγοι, παιδίατροι, οφθαλμίατροι κλπ.) περιθάλπουν, κατά μέσο όρο, 14.000 ασθενείς ετησίως. Οι κύριες χώρες προέλευσης των αλλοδαπών είναι το Ιράκ, το Αφγανιστάν, το Μπαγκλαντές, οι Αφρικανικές χώρες, το Ιράν, η Βουλγαρία, η Πολωνία, η

¹⁶¹ Σοφία Γκαρανέ, «Γιατροί του Κόσμου: το δικαίωμα των μεταναστών για ισότιμη πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη» στο «Τα κοινωνικά Δικαιώματα των Μεταναστών στην Ελλάδα», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σελ 110.

¹⁶² Από το κείμενο της ΜΚΟ Praksis στο «Τα κοινωνικά Δικαιώματα των Μεταναστών στην Ελλάδα» Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σελ.116.

Ουκρανία και η Αλβανία. Αντίστοιχα, στο Πολυϊατρείο Θεσσαλονίκης οι επισκέψεις ασθενών άγγιξαν τις 8.000 κατά τα δύο τελευταία έτη¹⁶³.

Έπειτα οι «Γιατροί Χωρίς Σύνορα» είναι μια διεθνής, ανεξάρτητη, ιατρική ανθρωπιστική οργάνωση, που παρέχει επείγουσα βοήθεια σε άτομα που έχουν πληγεί από ένοπλες συγκρούσεις, επιδημίες, αποκλεισμό από την παροχή ιατρικής φροντίδας και φυσικές καταστροφές. Παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη και υπηρεσίες ψυχικής υγείας, με τη χρήση διερμηνέων, στον άτυπο καταυλισμό προσφύγων στην Πάτρα, όπου ζουν κυρίως άτομα αφγανικής καταγωγής χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα. Οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα έχουν εξετάσει από τον Μαΐο του 2008 περισσότερους από 7.000 ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν κυρίως λοιμώξεις του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού, δερματολογικές παθήσεις, τραυματισμούς και μυοσκελετικά προβλήματα. Έχουν εξυπηρετηθεί επίσης εκατοντάδες ατομικές περιπτώσεις που χρήζουν ψυχολογικής βοήθειας, έχουν γίνει ενημερώσεις πληθυσμού για προσωπική υγιεινή και ασθένειες και πάνω από 350 παραπομπές σε νοσοκομεία. Η παρέμβαση των Γιατρών Χωρίς Σύνορα περιλαμβάνει επίσης δράσεις βελτίωσης των συνθηκών υγιεινής και διαβίωσης στον καταυλισμό. Επιπλέον η κατάσταση της χώρας μας οδήγησε ήδη από τις αρχές του 2012 στην παρέμβαση για τους αστέγους στο κέντρο της Αθήνας, στο πρόγραμμα πρόληψης και αντιμετώπισης της ελονοσίας στη Λακωνία και στην υποστήριξη ευπαθών ομάδων σε διάφορες γωνιές της χώρας. Επιπλέον Το 2010, οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα αρχίσαμε να παρέχουμε είδη πρώτης ανάγκης και φροντίδας υγείας στα τμήματα συνοριακής φύλαξης των περιοχών Φέρες, Σουφλί, Τυχερό και αναφέραν την κρίσιμη κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι μετανάστες και οι αιτούντες άσυλο που κρατούνταν εκεί¹⁶⁴.

Το «Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες» προασπίζει τα δικαιώματα των ανθρώπων που δικαιούται προστασία στη χώρα μας, έχοντας ως σκοπό να διευκολύνει την ανεξαρτητοποίηση και την ένταξή τους στην Ελλάδα. Ο εξυπηρετούμενος πληθυσμός του ΕΣΠ αποτελείται από Πρόσφυγες και γενικότερα δικαιούχους διεθνούς προστασίας, ιδίως ευάλωτες περιπτώσεις όπως οι ασυνόδευτοι ανήλικοι, τα θύματα trafficking, τα θύματα βασανιστηρίων κ.ά. Η κοινωνική υπηρεσία Ελληνικού Συμβουλίου για τους Πρόσφυγες παρεμβαίνει σε φορείς και υπηρεσίες προς όφελος του πρόσφυγα (π.χ. θέματα υγείας, συνοδεία σε νοσοκομεία), παρέχει ψυχολογική υποστήριξη και υλική αρωγή (επιδόματα, τρόφιμα, παραπομπή για σίτιση). Επίσης, εξυπηρετεί πρόσφυγες κατά την άφιξή τους στην Ελλάδα, κυρίως σε θέματα στέγασης. Επιπλέον με γνώμονα την

¹⁶³ Οι πληροφορίες προέρχονται από τον ιστότοπο Ιστότοπος Γιατρών του Κόσμου:

<http://www.mdmgreece.gr>

¹⁶⁴ Οι πληροφορίες παρέχονται απο τον ιστότοπο των Γιατρών χωρίς Σύνορα <http://www.msf.gr>

προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του εν λόγω πληθυσμού, το ΕΣΠ επεμβαίνει για την εξασφάλισή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του εν λόγω πληθυσμού, ενώ παράλληλα καταγγέλλει τυχόν σχετικές παραβιάσεις ασκώντας ταυτόχρονα πίεση για τη βελτίωση του θεσμικού πλαισίου υπέρ των δικαιούχων διεθνούς προστασίας. Επιπροσθέτως το ΕΣΠ ενεργοποιείται κατά της ξενοφοβίας και κατά των κρουσμάτων ρατσιστικής βίας εναντίον προσφύγων και μεταναστών, που τα τελευταία χρόνια έχουν παρουσιάσει ραγδαία και ανησυχητική αύξηση στη χώρα μας¹⁶⁵.

Ύστερα ένας άλλος φορέας που δραστηριοποιείται για τις κοινωνικές ανάγκες των μεταναστών είναι ο «Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός», ιδρυόμενος το 1877, που στηρίζει τραυματίες, ασθενείς, πρόσφυγες, ηλικιωμένους, ανθρώπους με οικονομικές δυσκολίες και άτομα από κάθε ευάλωτη ομάδα του πληθυσμού. Παρέχει υπηρεσίες συμβουλευτικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε μετανάστες και πρόσφυγες και υλοποιεί προγράμματα για την κοινωνική ένταξη αιτούντων άσυλο και προσφύγων (προώθηση στην απασχόληση, διαμεσολάβηση με κρατικές ή άλλες υπηρεσίες κλπ) σε κέντρα φιλοξενίας προσφύγων¹⁶⁶.

Επιπλέον η μη κυβερνητική οργάνωση «Κλίμακα», ιδρύθηκε το 2000 με δραστηριότητες που στοχεύουν τόσο στην διάθεση υπηρεσιών ψυχικής υγείας όσο και στην υλοποίηση προγραμμάτων κοινωνικής ενσωμάτωσης ευάλωτων ομάδων πληθυσμού. Προσφέρει υπηρεσίες ιατρικές, ψυχοκοινωνικές, ειδικής υποστήριξης και φροντίδας σε άτομα και ομάδες ευπαθείς με πολλαπλά προβλήματα που χρήζουν συστηματικής και ολοκληρωμένης παρέμβασης. Υλοποιεί πρόγραμμα στήριξης αλλοδαπών γυναικών θυμάτων βίας, διακίνησης και σωματεμπορίας μέσω της δραστηριότητας ενός καταφυγίου, δυναμικότητας 12 ατόμων. Υλοποιεί επίσης προγράμματα παρέμβασης στο δρόμο (street work) για τον εντοπισμό και την καταγραφή των αστέγων και των προβλημάτων τους, μεταξύ των οποίων βρίσκονται μετανάστες και πρόσφυγες και στοχεύει στην προαγωγή υγείας σε κοινωνικά αδύναμες ομάδες του πληθυσμού (μειονότητες, μετανάστες, άστεγους κ.ά¹⁶⁷.

Άλλες πρωτοβουλίες, μετά το 2000, αφορούν προγράμματα ψυχικής υγείας. Τα προγράμματα «Ψυχαδέλφεια» και «Ψυχαργός», υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας, προβλέπουν την ίδρυση και υποστήριξη δομών παροχής υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε ευπαθείς ομάδες. Ειδικότερα στα πλαίσια του

¹⁶⁵ Οι πληροφορίες παρέχονται απο τον ιστότοπο του Ελληνικού Συμβουλίου για πρόσφυγες <http://www.gcr.gr>

¹⁶⁶ Οι πληροφορίες προέρχονται από τον ιστότοπο του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού <http://www.redcross.gr/>

¹⁶⁷ Οι πληροφορίες προέρχονται από τον ιστότοπο της Κλίμακας <http://www.klimaka.org.gr>

προγράμματος λειτουργούν Κέντρα Ημέρας όπου παρέχονται ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες μεταξύ άλλων ευπαθών ομάδων και σε μετανάστες και πρόσφυγες¹⁶⁸.

Επιπλέον, η οργάνωση «Συν-ειρμός» ιδρύθηκε το 2005 και δραστηριοποιείται στα πεδία της κοινωνικής αλληλεγγύης, της κοινωνικής οικονομίας, της μέριμνας και της ψυχικής υγείας παιδιών και ενηλίκων, αναπτύσσοντας δομημένες δράσεις και παρεμβάσεις για ευάλωτες κοινωνικά ομάδες (μετανάστες, τσιγγάνους, Αμεα, ψυχικά ασθενείς), τόσο στο Λεκανοπέδιο της Αττικής, όσο και σε άλλες περιοχές της χώρας. Συγκεκριμένα από τον Νοέμβριο του 2007 στα πλαίσια του προγράμματος Ψυχαργώς λειτουργεί το Κέντρο Ημέρας Βαβέλ, στο κέντρο της Αθήνας, το οποίο απευθύνεται αποκλειστικά σε μετανάστες και έχει ως στόχο την ενεργητική προσέγγιση των μεταναστών, είτε αυτοί αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, είτε βιώνουν συνθήκες που ευνοούν την εμφάνιση-εκδήλωση αυτών των προβλημάτων. Οι υπηρεσίες που παρέχονται από το Κέντρο Ημέρας Βαβέλ περιλαμβάνουν διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ψυχικών διαταραχών, εξατομικευμένη συνοδεία, συμβουλευτική ατόμων, οικογενειών, ομάδων, οργανισμών, ενημέρωση σε θέματα ψυχικής υγείας και ευαισθητοποίηση της κοινότητας και των αρμόδιων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας. Η παροχή των υπηρεσιών γίνεται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, κοινωνιολόγους και νοσηλεύτες σε συνεργασία με διερμηνείς-πολιτισμικούς διαμεσολαβητές. Τους πρώτους 10 μήνες του 2008, στη Βαβέλ είχαν εξυπηρετηθεί 197 άτομα, από τα οποία τα 87 ήταν μετανάστες με άδεια παραμονής. Τέλος έχει την επιστημονική και διοικητική ευθύνη της λειτουργίας της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας στο νομό Τρικάλων που λειτουργεί από τον Σεπτέμβριο του 2007¹⁶⁹.

Επίσης, το «Ελληνικό Ιατρείο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής» του Πανεπιστημίου Αθηνών λειτουργεί στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο εξυπηρετώντας μετανάστες δύο φορές την εβδομάδα, με τη βοήθεια μεταφραστών. Εκεί παρακολουθούνται και παράτυποι μετανάστες στα εξωτερικά ιατρεία, ενώ υπό ειδικές περιστάσεις είναι δυνατή και η νοσηλεία τους στην Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου¹⁷⁰.

¹⁶⁸ Οι πληροφορίες προέρχονται από το MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009, σελ 33.

¹⁶⁹ Οι πληροφορίες προέρχονται από τον ιστότοπο BABEL: <http://www.syn-eirmos.gr/>

¹⁷⁰ Οι πληροφορίες προέρχονται από το MIGHEALTHNET: Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη, «Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα», Μάρτιος 2009, σελ 34.

Κλείνοντας, αναφέρουμε την Εκκλησία της Ελλάδος, η οποία τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει κι αυτή δραστηριοποίηση στα θέματα των μεταναστών, κυρίως μέσω της ΜΚΟ «Αλληλεγγύη», η οποία απορροφά σχετικά κονδύλια από εθνικούς και κοινοτικούς πόρους. Παράλληλα έχει ιδρυθεί από τον προηγούμενο Αρχιεπίσκοπο Χριστόδουλο Ειδική Συνοδική Επιτροπή Μεταναστών, Προσφύγων και Παλιννοστούντων, με στόχο να υποστηρίζει ειδικά προγράμματα συμβουλευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών προς μετανάστες, μέσω και χορηγιών από μεγάλες επιχειρήσεις. Σήμερα η Εκκλησία της Ελλάδος λειτουργεί ξενώνες υποδοχής και σχολεία εκμάθησης γλώσσας για περιορισμένο αριθμό μεταναστών, ενώ -όπως επισημαίνουν- οι εκπρόσωποί τους παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες προς του μετανάστες σε θέματα ανεύρεσης εργασίας, χορήγησης ασύλου κ.ά. Παράλληλα προσφέρει συσσίτια, είδη ρουχισμού κ.ά. υλικά αγαθά σε τοπικό επίπεδο, με βάση και την αρχή της φιλανθρωπίας.

14. Το παράδειγμα της PRAKSIS – Ανάλυση προγραμμάτων της οργάνωσης (Ιστορική Αναδρομή, Στόχοι, Παρεμβάσεις)¹⁷¹

Η PRAKSIS αποτελεί την συνέχεια των «Εντός Συνόρων» προγραμμάτων που λειτουργούσαν οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα Ελλάδας. Οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα Ελλάδας, δημιουργούν το 1996 το πρώτο Πολυιατρείο στην Αθήνα με στόχο την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε παράνομους, ανασφάλιστους μετανάστες και πρόσφυγες, την επόμενη χρόνια ξεκινά την λειτουργία άλλο ένα Πολυιατρείο με έδρα του την Θεσσαλονίκη. Το Μάρτιο του 2004 το διοικητικό συμβούλιο των Γιατρών Χωρίς Σύνορα δέχεται μια πρόταση για τη δημιουργία μιας ανεξάρτητης οργάνωσης η οποία θα περιλαμβάνει τα προγράμματα που προϋπήρχαν αλλά θα μπορεί να αναπτύξει και νέα. Το 2004 στη Γενική Συνέλευση των Γιατρών Χωρίς Σύνορα Ελλάδας, γίνεται η αρχή και αποκτούνται τα μέσα για να δημιουργηθεί στη συνέχεια, μια νέα Μη Κυβερνητική Οργάνωση, η PRAKSIS.

Η PRAKSIS είναι μια οργάνωση που βασικό στόχο έχει να προσφέρει βοήθεια σε πληθυσμιακές ομάδες που αποκλείονται κοινωνικά και οικονομικά. Συγκεκριμένα οι ομάδες στόχοι της αποτελούν:

¹⁷¹ Τα στοιχεία τα οποία παρατίθενται, προέρχονται από την Έκθεση της PRAKSIS «Προγράμματα Ανάπτυξης Κοινωνικής Στήριξης και Ιατρικής Συνεργασίας», « PRAKSIS, για το συνάνθρωπο» και «Έκθεση για τα εμπόδια και τις δυσκολίες πρόσβασης των υπηκόων τρίτων χωρών στις υπηρεσίες υγείας του Αντύπα Τζανέτου.

Καθώς και από τον ιστότοπο της οργάνωσης www.praksis.gr

- Έλληνες άποροι / άστεγοι / ανασφάλιστοι
- Οικονομικοί Μετανάστες
- Αιτούντες Άσυλο / Πρόσφυγες
- Θύματα Διεθνικής Σωματεμπορίας – Trafficking
- Παιδιά του Δρόμου
- Οροθετικοί (HIV/AIDS)
- Χρήστες ουσιών
- Τσιγγάνοι / ROMA
- Εκδιδόμενες
- Φυλακισμένοι / Αποφυλακισμένοι
- Ψυχικά Πάσχοντες

Οι καταστατικοί της στόχοι είναι:

- Η εφαρμογή και υλοποίηση ανθρωπιστικών και ιατρικών προγραμμάτων
- Η παροχή δωρεάν κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών στην Ελλάδα και το εξωτερικό
- Η προώθηση της ιδέας της αλληλεγγύης και του εθελοντισμού
- Η δημόσια μαρτυρία και η ευαισθητοποίηση των πολιτών

Έτσι η φιλοσοφία της θα μπορούσε να συνοψιστεί στην ολιστικού χαρακτήρα ενίσχυση, ενδυνάμωση και (επαν)ένταξη οικονομικά και κοινωνικά αποκλεισμένων ατόμων, ομάδων και κοινωνιών ανεξαρτήτως, πολιτικής, θρησκευτικής, κοινωνικής, φυλετικής ή άλλης διάκρισης.

Οι Υπηρεσίες και ενέργειές της Praksis είναι οι εξής:

- Η Δημιουργία Συστήματος συλλογής και αξιοποίησης Ιατρικών και Κοινωνικών Δεδομένων των ως άνω ομάδων στόχων.
- Διοργάνωση Εκδηλώσεων (Συνέδρια – Ημερίδες – Πολιτιστικές Εκδηλώσεις – Ομιλίες κλπ).

- Εκδόσεις (Ενημερωτικά Περιοδικά με διευρυμένη θεματολογία, ειδικά Ενημερωτικά Έντυπα).
- Εκπαιδευτικές δραστηριότητες (Παρεμβάσεις σε σχολεία, Εκπαιδευτικά Ιδρύματα, Ερευνητικά προγράμματα, Εκπαίδευση εθελοντών στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και στην Περιφέρεια γενικότερα.
- Συνεργασίες με άλλους φορείς καθώς και με άλλες Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις.
- Συμβολή στη δημιουργία Δικτύων, Forum, Consortium, ή άλλων Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου που θα εξυπηρετούν τις ανάγκες και τους σκοπούς της PRAKSIS.
- Δημιουργία πυρήνων εθελοντικής δράσης στην Ελλάδα (κυρίως στην περιφέρεια) με στόχο την ανάπτυξη της εθελοντικής δράσης και κυρίως την εκπαίδευση εθελοντών σε θέματα καταπολέμησης κοινωνικού και οικονομικού αποκλεισμού.

Τα προγράμματα της οργάνωσης είναι σχεδιασμένα με τέτοιο τρόπο ώστε να καλύπτουν τις ιδιαίτερες ανάγκες των εξυπηρετούμενων, κατόπιν έρευνας και μεθοδικής δουλειάς των επαγγελματιών. Εκπαιδευμένοι επαγγελματίες στο χώρο της υγείας προσφέρουν, τις υπηρεσίες τους καθημερινά σε ανασφάλιστους μετανάστες, πρόσφυγες, αποφυλακισμένους, μονογονεϊκές οικογένειες κ.ά. Η δράση της επεκτείνεται σε όλη την Ελλάδα και κυρίως στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα Αθήνας και Θεσσαλονίκης και στο νησί της Λέσβου.

Επιπλέον αξίζει να αναφέρουμε πως η PRAKSIS βραβεύτηκε ως Νησίδα Ποιότητας από την «Κίνηση Πολιτών» και παρέλαβε το βραβείο από τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας κ. Κάρολο Παπούλια. Επιπροσθέτως, συμμετείχε στην ευρωπαϊκή πρωτοβουλία «DAPHNE» που αφορά στηνεξάλειψη της βίας κατά των παιδιών και των γυναικών. Στα πλαίσια του προγράμματος «Act for Children» και σε συνεργασία με την Αγγλική οργάνωση «Consortium of street children» η PRAKSIS εργάζεται για τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου οδηγού με καλές πρακτικές για την ανάπτυξη και τη βελτίωση της κοινωνικής εργασίας στο δρόμο (street work).

Στο σημείο αυτό θα απαριθμήσουμε τα προγράμματα-παραμβάσεις που λειτουργούν σήμερα στην PRAKSIS:

- Πολυιατρεία

Όπως έχει προαναφερθεί η Praksis λειτουργεί δύο πολυιατρεία σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Όσο αφορά την ιατρική υπηρεσία, αυτή περιλαμβάνει: το γενικό

ιατρείο, το γυναικολογικό/μαιευτικό ιατρείο, οδοντιατρείο και φαρμακείο με δωρεάν χορήγηση σκευασμάτων. Όσο αφορά τη κοινωνική υπηρεσία, αυτή παρέχει συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη καθώς και διασύνδεση με παραπομπές στο υπάρχον σύστημα υγείας και πρόνοιας για νοσηλεία, τακτικά χειρουργεία, διαγνωστικές εξετάσεις, κ.τ.λ. Οι ωφελούμενοι μέχρι το 2010 ήταν 150.000 ασθενείς από 75 χώρες προέλευσης. Επιπλέον ο ετήσιος προϋπολογισμός της είναι 330.000,00€ για το πολυιατρείο της Αθήνας και 120.000,00€ για το πολυιατρείο της Θεσσαλονίκης αντίστοιχα. Οι ωφελούμενοι, έχουν υπολογιστεί πως είναι 3.200 άτομα το μήνα, ενώ το κόστος για το άτομο είναι 11 € ανά μήνα.

- Δημόσια Υγεία σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη

Στα πλαίσια του προγράμματος αυτού γίνονται σεμινάρια και παρεμβάσεις σε ομάδες ατόμων ή/και σε κοινότητες μεταναστών και προσφύγων με κύριο στόχο: την καταγραφή των πληθυσμών και του επιδημιολογικού τους προφίλ, την επεξεργασία των δεδομένων και την ενημέρωση των ως άνω ομάδων, τη διαμοίραση ειδικά διαμορφωμένου ενημερωτικού υλικού αγωγής υγείας και πρόληψης νοσημάτων, την ευαισθητοποίηση της ευρύτερης κοινωνίας με παρουσιάσεις, ανακοινώσεις σε συνέδρια κλπ

- Κέντρο Πληροφόρησης - Υποστήριξης Απόρων & Μεταναστών σε Αθήνα – Θεσσαλονίκη “Legal Information Center”

Το πρόγραμμα αυτό παρέχει υπηρεσίες νομικής συμβουλευτικής και αρωγής, με εθελοντές δικηγόρους, σε άτομα με ανεπαρκή γνώση και αδυναμία πρόσβασης σε έγκυρη συναφή πληροφόρηση και υπηρεσίες. Ο ετήσιος προϋπολογισμός του προγράμματος είναι για το ΚΕ.Π.Υ.Μ της Αθήνας 30.000,00 €, ενώ για το ΚΕ.Π.Υ.Μ Θεσσαλονίκης είναι 19.000,00 €. Οι ωφελούμενοι είναι 1.200 άτομα το μήνα και το κόστος έρχεται στα 3,4 € το άτομο το μήνα.

- Το πρόγραμμα «Παιδιά της Διπλανής Πόρτας» αφορά μια δράση που υλοποιείται στην περιφέρεια της Θεσσαλονίκης.

Για το πρόγραμμα αυτό δημιουργήθηκε ειδικός χώρος για την υποδοχή και ημερήσια φιλοξενία παιδιών (παιδιά των φαναριών) που προτρέπονται από την οικογένεια ή τρίτους, σε εργασία ή/και επαιτία. Καθημερινά ειδικά εκπαιδευμένοι

εθελοντές παρέχουν ψυχοκοινωνικές, ιατρικές, παιδαγωγικές και ψυχαγωγικές υπηρεσίες προσανατολίζοντας τη δράση του προγράμματος στην ενίσχυση κι αποκατάσταση των παιδιών και των οικογενειών τους, επιδιώκοντας ταυτόχρονα και την εμπλοκή της πολιτείας για την αποτροπή του φαινομένου της παιδικής εργασίας. Συγκεκριμένα παρέχονται υπηρεσίες δημιουργικής απασχόλησης, ανάπτυξης δεξιοτήτων, εκμάθησης ελληνικών, ψυχολογική υποστήριξη, ιατρική παρακολούθηση. Ταυτόχρονα γίνεται κοινωνική εργασία με τις οικογένειες των παιδιών: κατευθύνονται οι γονείς να αξιοποιήσουν την επιδοματική πολιτική του κράτους και κινητοποιούνται οι πηγές της κοινότητας ώστε να βοηθηθούν οι γονείς σε χρόνια κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν (αλκοολισμός, ανεργία κλπ). Ο ετήσιος προϋπολογισμός του προγράμματος είναι 46.000,00€, ενώ οι ωφελούμενοι είναι 180 παιδιά (και οι οικογένειές τους) ανά μήνα, ενώ συνολικά το σύνολο των ωφελούμενων είναι 720 άτομα το μήνα. Το κόστος έρχεται σε 5,3 € το άτομο ανά μήνα.

- Κέντρο Υποδοχής Αποφυλακισμένων αφορά ένα πρόγραμμα που υλοποιείται σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη.

Το πρόγραμμα αφορά στην επανένταξη των αποφυλακισμένων ανδρών και γυναικών (από φυλακές Κορυδαλλού, Διαβατών, Παύλου Μελά), παρέχοντας ψυχολογική και κοινωνική στήριξη, νομική πληροφόρηση, συμβουλευτική και αρωγή, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, διασύνδεση με φορείς και οργανισμούς για υπηρεσίες στέγασης, εργασιακή ένταξη, επιδοματική ενίσχυση. Παροχή συνοδευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών και αναζήτηση εργασίας. Για το πρόγραμμα αυτό ο ενδεικτικός Ετήσιος Προϋπολογισμός είναι 46.000,00€, όπου οι ωφελούμενοι είναι 50 άτομα (και οι οικογένειές τους) το μήνα. Το σύνολο των ωφελουμένων ανά μήνα είναι 200 άτομα και το κόστος έρχεται σε 19 € ανά άτομο το μήνα.

- Πρόγραμμα «Στέγη», αφορά ένα πρόγραμμα που υλοποιείται στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη.

Το πρόγραμμα «Στέγη» υλοποιείται από το Δεκέμβριο του 2005 που απευθύνεται σε ιδιαίτερα ευάλωτες ομάδες αιτούντων άσυλο (μονογονεϊκές οικογένειες, ασυνόδευτες μητέρες, θύματα βασανιστηρίων) και προάγει την αυτόνομη διαβίωσή τους σε προστατευμένα διαμερίσματα στο νομό Αττικής όπου παρέχεται προσωρινή στέγαση, επίδομα διατροφής, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, νομική

συμβουλευτική και ένταξη, σε ιδιαίτερα ευάλωτες ομάδες αιτούντων άσυλο (μονογονεϊκές οικογένειες, ασυνόδευτες μητέρες, θύματα βασανιστηρίων). Ο ετήσιος Προϋπολογισμός είναι 200.000,00 €, ενώ οι ωφελούμενοι είναι 125 άτομα το μήνα, με μέσο χρόνο παραμονής των ατόμων στα διαμερίσματα 6 με 9 μήνες. Τέλος το κόστος ανέρχεται στα 160€ ανά άτομο το μήνα.

- Πρόγραμμα «Πρώτα Ρώτα»

Η PRAKSIS, δημιούργησε μια πρωτοποριακή και ολοκληρωμένη καμπάνια ενημέρωσης καλύπτοντας θεματικές στις οποίες οι νέοι εμφανίζονται ιδιαίτερα ευάλωτοι και επιρρεπείς. Η ενημέρωση αφορά στις μεθόδους πρόληψης και προφύλαξης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και το AIDS, στις βλαβερές συνέπειες της άμετρης κατανάλωσης αλκοόλ και εθιστικών ουσιών καθώς και στις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, ενώ δίνονται συμβουλές αντιμετώπισης σε κρίσιμες καταστάσεις με σχετικά τηλέφωνα επικοινωνίας. Η ενημέρωση γίνεται από νέους/ες εθελοντές/τριες του προγράμματος οι οποίοι/ες το καλοκαίρι του 2007 ταξίδεψαν σε πάνω από 40 δήμους σε όλη την Ελλάδα, ενώ συνεχίζεται η δραστηριοποίηση του προγράμματος και κατά τη χειμερινή περίοδο. Ο συνολικός προϋπολογισμός για το πρόγραμμα αυτό είναι 88.585 €

Επίσης Συμμετοχή σε Αναπτυξιακές Συμπράξεις της Κοινοτικής Πρωτοβουλίας. Ακόμα η PRAKSIS με την κοινοτική Πρωτοβουλία EQUAL η οποία αποσκοπεί στην προώθηση νέων πρακτικών καταπολέμησης όλων των μορφών διακρίσεων και ανισοτήτων στην αγορά εργασίας και την ενθάρρυνση της κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης των αιτούντων άσυλο, συμμετέχει σε έξι αναπτυξιακές συμπράξεις. Οι οποίες αναφέρονται παρακάτω:

- Α.Σ. «Ιθάκη»

Στο παραπάνω πρόγραμμα η ομάδα στόχος είναι οι αιτούντες άσυλο και ο σκοπός του είναι η υποδοχή των προσφύγων σε σημεία εισόδου της Ελλάδας, η παροχή ιατρικής στήριξης, νομικής συμβουλευτικής και αρωγής, η κοινωνική ενσωμάτωση και η ψυχολογική υποστήριξη, η προσωρινή στέγαση και παραμονή σε ξενώνες, η εκμάθηση ελληνικών, δράσεις για την ένταξη στην αγορά εργασίας, η στέγαση και προστασία των ασυνόδευτων παιδιών με προσφυγική ιδιότητα. Στο πρόγραμμα αυτό συμμετέχει το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης, Εθνικό Ίδρυμα Νεότητας, Νομαρχία Σάμου, Δήμος Φερών, Νομαρχία Πειραιά, Επιμελητήριο Ηρακλείου, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, ΜΚΟ «Παγγαία», Κοινωνική Αλληλεγγύη, Ελληνικό

Δίκτυο για την Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη. Ο συνολικός προϋπολογισμός του έργου είναι 1.280.000 € ενώ η συμμετοχή της PRAKSIS ανέρχεται στα 216.600 €.

- Α.Σ. «Μη Κυβερνητική Προοπτική»

Το πρόγραμμα αυτό, αφορά τους ανεργους νέους και νέες και αποσκοπεί στη δημιουργία νέων ευκαιριών απασχόλησης για νέους και νέες που αντιμετωπίζουν προβλήματα πρόσβασης και διακρίσεων στην αγορά εργασίας, μέσω της ανάπτυξης επιχειρηματικών δραστηριοτήτων στον τομέα της κοινωνικής οικονομίας. Το έργο προωθεί την ενδυνάμωση των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ) στις ευάλωτες ως προς την απασχόληση και τον κοινωνικό αποκλεισμό περιφέρειες της Θράκης, της Ηπείρου και της ευρύτερης Αττικής. Επίσης στο πρόγραμμα συμμετέχουν: Δήμος Αθηναίων, Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Ροδόπης – Έβρου, Γενική Γραμματεία Περιφέρειας Ηπείρου, ΕΡΤ, ΙΟΒΕ, Εθνικό Ίδρυμα Νεότητας, Ευρωπαϊκή Προοπτική, Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ανθρωπιστικής Ανάπτυξης – Human Net, ΚΕΚ «Μέντωρ», Global Action,, Ψήφος ΑΕΕ, TREK Consulting, Compupress Α.Ε. Ο συνολικός προϋπολογισμός του έργου είναι 1.237.021 €, ενώ η συμμετοχή της PRAKSIS είναι 39.400 €.

- Α.Σ. «ΔΙ.ΚΑ.ΔΙ. ROM»

Το παραπάνω πρόγραμμα αφορά τους Αθίγγανους, ROMA και ο σκοπός του είναι η διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος υποστήριξης και ένταξης στην αγορά εργασίας ανέργων τσιγγάνων (μακροχρόνια ανέργων και νεοεισερχομένων στην αγορά εργασίας), μέσα από την κατάρτιση, υποστήριξη και προώθηση στην απασχόληση, δημιουργία δομών υποδοχής τσιγγάνων, διαμόρφωση συστήματος δικτύωσης, ενημέρωσης και πληροφόρησης σε θέματα εργασιακά, αγωγής υγείας, κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης. Επίσης συμμετέχουν: Νομαρχία Αθηνών, Νομαρχία Δυτικής Αττικής, Δήμος Εχέδωρου, Δήμος Μεναιμένης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας – Υπουργείο Υγείας, Δίκτυο ROM, Έργον ΚΕΚ, ΚΕΚ Ευρωεργασιακή, Εταιρεία Διοίκησης και Πληροφορικής ΕΔΙΠ, Αθηνά. Ο συνολικός προϋπολογισμός του έργου είναι 1.220.000€ και η συμμετοχή της PRAKSIS ανέρχεται στα 114.500 €.

- Α.Σ. «Νόστος»

Στο παραπάνω πρόγραμμα η ομάδα στόχος είναι τα θύματα trafficking και της διεθνής σωματεμπορίας και στοχεύει στη παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υποδοχής, υποστήριξης, ενδυνάμωσης και ανάδειξης επαγγελματικών δεξιοτήτων των θυμάτων διεθνικής σωματεμπορίας (θύματα trafficking) επιδιώκοντας:

Γνωστοποίηση του φαινομένου του trafficking και των διαστάσεων που έχει πάρει στη χώρα μας και στην αναγνώριση ύπαρξης αυτού του πληθυσμού. Πολύπλευρη υποστήριξη αυτού του πληθυσμού μέσω άρτιων υποδομών και εξειδικευμένων υπηρεσιών (νόμιμης παραμονής, ασφάλειας, εκμάθησης ελληνικών, βελτίωση συνθηκών διαβίωσης). Επιπλέον στο πρόγραμμα αυτό συμμετέχουν η Νομαρχία Θεσσαλονίκης, η Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Σερρών, η Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Δράμας, η Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Κιλκίς, το Μακεδονικό Ινστιτούτο Εργασίας, ο Δικηγορικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης, το Ελληνικό Δίκτυο Μεταναστών, το Περιφερειακό Ταμείο Ανάπτυξης, ΚΕΚ «Θεσσαλονίκη» και η Αναπτυξιακή Εταιρία Ανατολικής Θεσσαλονίκης. Ο συνολικός προϋπολογισμός του έργου είναι 1.220.000€ ενώ η συμμετοχή PRAKSIS ανέρχεται στα 68.650€.

- Α.Σ. «Ενδυνάμωση Οικονομικών Μεταναστών & Προσφύγων στην Αγορά Εργασίας»

Όπως είναι προφανές η ομάδα στόχος είναι οι οικονομικοί μετανάστες και πρόσφυγες και το πρόγραμμα στοχεύει στην υποστήριξη των Μεταναστών και Προσφύγων σε μια προσπάθεια για ισότιμη και πλήρη άσκηση των εργασιακών τους δικαιωμάτων. Δημιουργείται ένα οργανωμένο υποστηρικτικό δίκτυο για όλους όσους υπόκεινται σε διακρίσεις στους χώρους εργασίας τους λόγω της εθνικής ή φυλετικής τους καταγωγής. Καταπολέμηση του ρατσισμού και της ξενοφοβίας με δράσεις δημοσιότητας Στο πρόγραμμα αυτό συμμετέχουν: ΓΣΕΕ, ΓΣΕΒΕΕ, Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας, Εργατικό Κέντρο Αθήνας, Εργατικό Κέντρο Πειραιά, Μακεδονικό Ινστιτούτο Εργασίας, Ελληνική Εταιρεία Διοικήσεως Επιχειρήσεων Κοινότητα Σουδάν, Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες, Ακρώνυμο Μελετητική. Ο συνολικός προϋπολογισμός έργου είναι 1.259.624€, ενώ η συμμετοχή της PRAKSIS ανέρχεται στα 44.600 €.

- Α.Σ. «Κοινωνικό Επιχειρείν»

Η ομάδα Στόχος είναι άνεργοι 45 – 64 ετών και στοχεύει στην υποστήριξη ατόμων άνω των 45 ετών που αντιμετωπίζουν τα φάσμα του κοινωνικού αποκλεισμού μέσω της ανάπτυξης δομών Υποστήριξης της Κοινωνικής επιχειρηματικότητας σε Τοπικό και Περιφερειακό επίπεδο με τη δημιουργία μικρών ευέλικτων συνεταιριστικών επιχειρήσεων στους Δήμους: Περιστερίου, Δράμας και Τρίπολης, κάνοντας χρήση σχετικών εργαλείων χρηματοδότησης (μικρο-δάνεια) , αξιοποιώντας ανάλογες εμπειρίες όπως π.χ του Ταμείου Εγγυοδοσίας Μικρών και πολύ Μικρών Επιχειρήσεων, του Ταμείου της Νέας Οικονομίας. Πληροφόρηση της κοινής γνώμης μέσω συγκεκριμένων παρεμβάσεων σε ΜΜΕ για την υποστήριξη των συγκεκριμένων δομών αλλά και ευρύτερα του Τρίτου Τομέα και του εθελοντισμού

στην Ελλάδα. Επίσης συμμετέχουν: Δήμος Περιστερίου, Δημοτική Επιχείρηση Δράμας, Δημοτική Επιχείρηση Τρίπολης, Κέντρο Ανάπτυξης Ελληνικού Εμπορίου, Ελληνική Συνομοσπονδία Ελληνικού Εμπορίου, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Εμπορικό και Βιομηχανικό Επιμελητήριο, Δήμος Αθηναίων, Εφημερίδα Απογευματινή, ΚΕΚ ΑΚΜΩΝ. Ο συνολικός προϋπολογισμός του έργου είναι 1.260.000 €, ενώ η συμμετοχή της PRAKSIS είναι 55.310 €.

Επίσης η Praksis συμμετέχει σε δίκτυα

- Health Net για την παρακολούθηση της δυνατότητας πρόσβασης των μειονοτήτων σε Υπηρεσίες Υγείας σε σύγκριση με τον γηγενή πληθυσμό (υπό το συντονισμό του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης / IOM)
- AIDS AND MOBILITY για την καταγραφή, παρακολούθηση και αντιμετώπιση του HIV/AIDS σε μετακινούμενους πληθυσμούς (υπό το συντονισμό της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας)
- Δίκτυο για τους Άστεγους F.E.A.N.T.S.A για την εναρμόνιση των φορέων και οργανισμών που ασχολούνται με τους άστεγους στην Ελλάδα και παρέχουν ανάλογες υπηρεσίες (υπό το συντονισμό της ΑΡΣΙΣ)
- Συμμετοχή στο δίκτυο STOP NOW (όπου συμμετέχουν Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις) με αντικείμενο το trafficking, την καταπολέμηση δηλαδή της Διεθνούς Σωματεμπορίας (υπό το συντονισμό του Δικτύου Γυναικών Ευρώπης)
- Συμμετοχή στο πρόγραμμα «Προστατεύω τον εαυτό μου και τους άλλους», υπό την αιγίδα της Γενικής Γραμματείας Επιμόρφωσης Ενηλίκων του Υπουργείου Παιδείας και σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών (Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας), το Υπουργείο Περιβάλλοντος (Οργανισμός Αντισεισμικού Σχεδιασμού και Προστασίας), το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης (Πυροσβεστικό Σώμα), το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας (Λιμενικό Σώμα) και τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό.

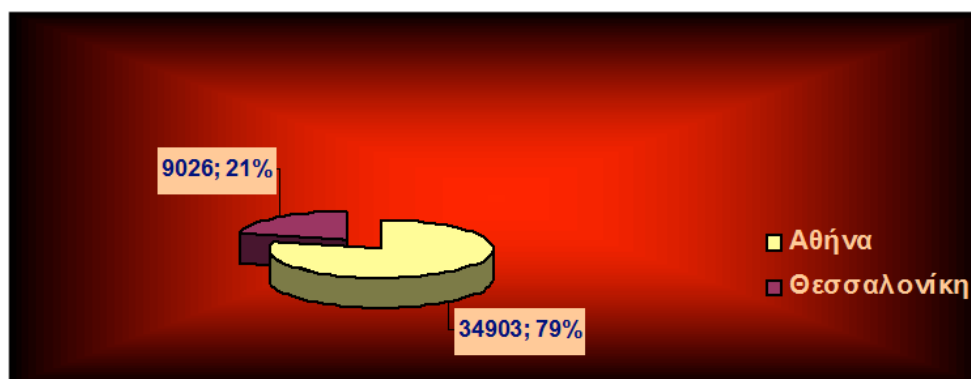
15. Συγκεντρωτικά αποτελέσματα

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιάσουμε συγκεντρωτικά τα δημογραφικά, νομικά, ιατρικά αποτελέσματα των προγραμμάτων της οργάνωσης από το 1996 έως το 2009 για την Αθήνα και αντίστοιχα από το 1997 έως το 2009 για την Θεσσαλονίκη. Για την επίτευξη της παραπάνω έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα πρακτικά της οργάνωσης, τα οποία παρέλαβα μέσα από μια επίσκεψη μου στα κεντρικά γραφεία της Οργάνωσης και μέσω της συνομιλίας μου με τον πρόεδρο της PRAKSIS, Κ. Τζανέτο Αντύπα.

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί, παρουσιάζονται στατιστικά στοιχεία που αφορούν στη λειτουργία της PRAKSIS κατά το παραπάνω χρονικό διάστημα. Τα στατιστικά στοιχεία που παρατίθενται στη συνέχεια περιλαμβάνουν τα σύνολα των εξυπηρετούμενων πληθυσμών των προγραμμάτων της PRAKSIS σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη (μετανάστες, αιτούντες άσυλο, πρόσφυγες, κλπ). Ο σκοπός είναι να διευθυνθεί ο βαθμός εξυπηρέτησης των μεταναστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας της Μη Κυβερνητικής Οργάνωσης PRAKSIS.

Πίνακας 1.

Κατανομή του εξυπηρετούμενου πληθυσμού σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη σε απόλυτους αριθμούς και σε ποσοστό %, κατά τη χρονική περίοδο 1996-2009.

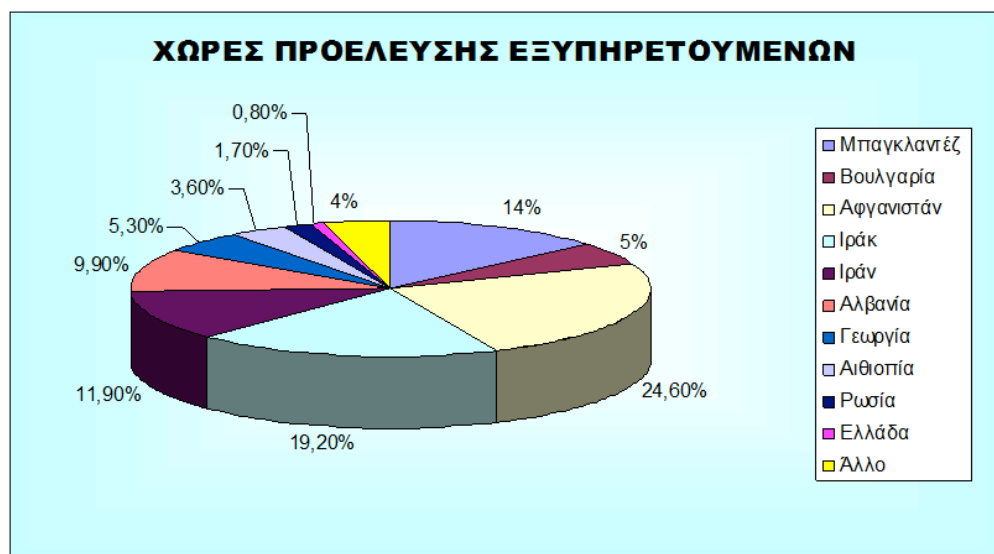


Πηγή: PRAKSIS 2010

Όπως παρουσιάζεται στον παραπάνω πίνακα, στην Αθήνα κατά τη χρονική περίοδο 1996-2009, έχουν εξυπηρετηθεί 34.903 άτομα, δηλαδή το 79% ενώ στην Θεσσαλονίκη 9.026, δηλαδή το 21% των εξυπηρετούμενων της PRAKSIS.

Πίνακας 2

Εθνικότητα εξυπηρετούμενων (σε ποσοστό%) που εξυπηρετήθηκαν από τα προγράμματα της PRAKSIS στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη κατά την χρονική περίοδο 1996-2009.



Πηγή: PRAKSIS 2010

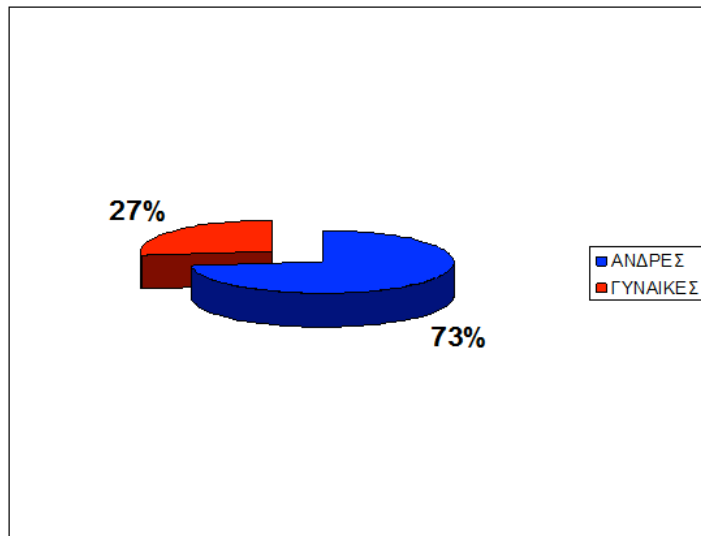
Όπως παρατηρήσουμε από τον πίνακα, το μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων στα προγράμματα της PRAKSIS, δηλαδή το 24,60%, αποτελείται από άτομα προερχόμενα από το Αφγανιστάν. Έπειτα ακολουθούν με ποσοστό 19,20% από το Ιράκ. Ύστερα ακολουθούν με 14% άτομα από το Μπαγκλαντές, με 11,90% από το Ιράν, με 9,90% από την Αλβανία, με 5,30% από την Γεωργία, με 5% από την Βουλγαρία, με 3,6% από την Αιθιοπία, με 1,70% από την Ρωσία, με 0,80 % από την Ελλάδα και υπάρχει και ένα ποσοστό του 4% που αφορά διάφορες εθνικότητες.

- Το πολυιατρείο στην Αθήνα

Στο σημείο αυτό θα παρουσιαστούν τα στοιχεία όσο αφορά την δράση της οργάνωσης στην Αθήνα, κατά τη χρονική περίοδο 1996-2009.

Πίνακας 3

Φύλο εξυπηρετούμενων (σε ποσοστό %) που εξυπηρετήθηκαν από τα προγράμματα της PRAKSIS στην Αθήνα κατά την χρονική περίοδο 1996-2009.

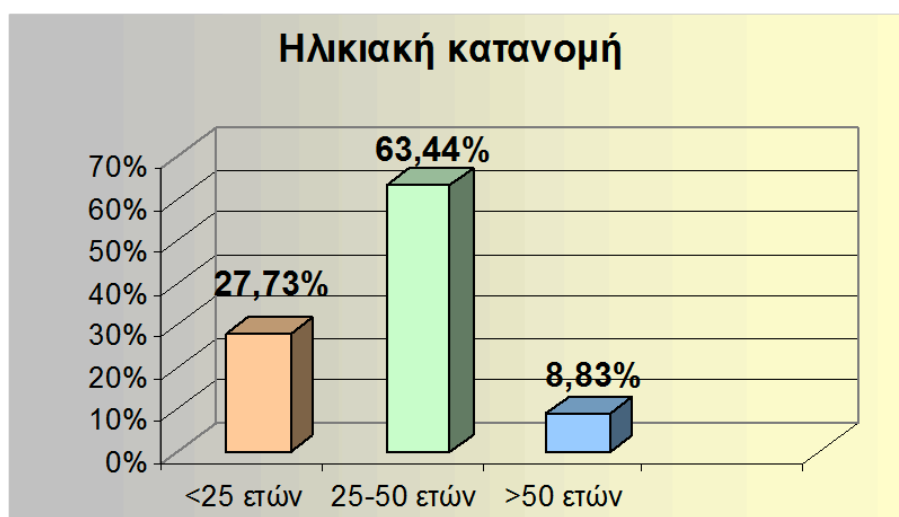


Πηγή: PRAKSIS 2010

Όπως βλέπουμε από τον πίνακα, όσο αφορά τη προέλευση εξυπηρετούμενων σχετικά με το φύλο παρατηρούμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό, δηλαδή το 73% είναι άνδρες ενώ το 27% αφορά γυναίκες.

Πίνακας 4

Ηλικία των εξυπηρετούμενων στα προγράμματα της PRAKSIS στην Αθήνα (σε ποσοστό %) κατά την χρονική περίοδο 1996-2009.

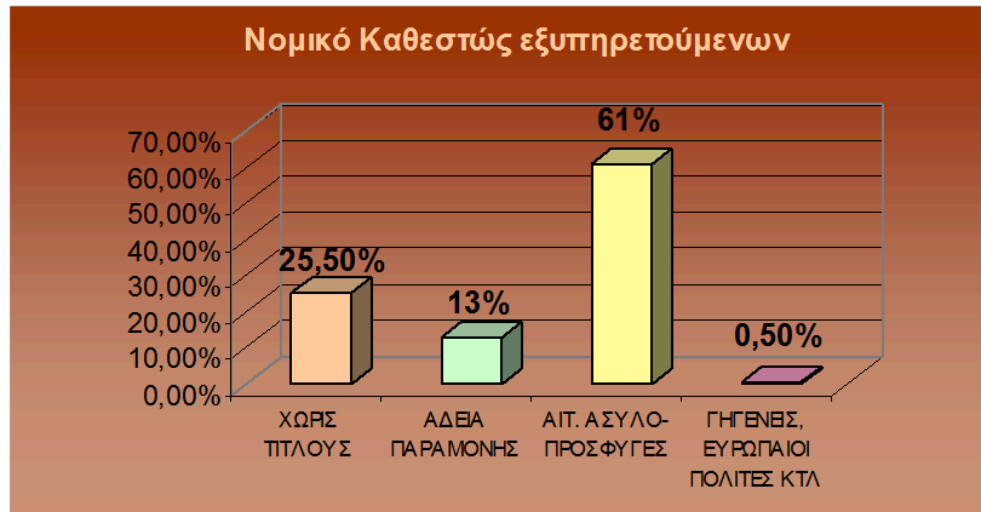


Πηγή: PRAKSIS 2010

Όσο αφορά την ηλικιακή κατανομή παρατηρούμε πως το 63,44% είναι άτομα παραγωγικής ηλικίας, δηλαδή ηλικίας από 25 μέχρι 50, έπειτα ακολουθούν άτομα μικρότερης ηλικίας κάτω των 25 χρονών με ποσοστό 27,73% και με ποσοστό 8,83% άτομα άνω των 50 χρονών.

Πίνακας 5

Νομικό Καθεστώς των Εξυπηρετούμενων των Προγραμμάτων της PRAKSIS στην Αθήνα (σε ποσοστό %) για την χρονική περίοδο 1996-2009.

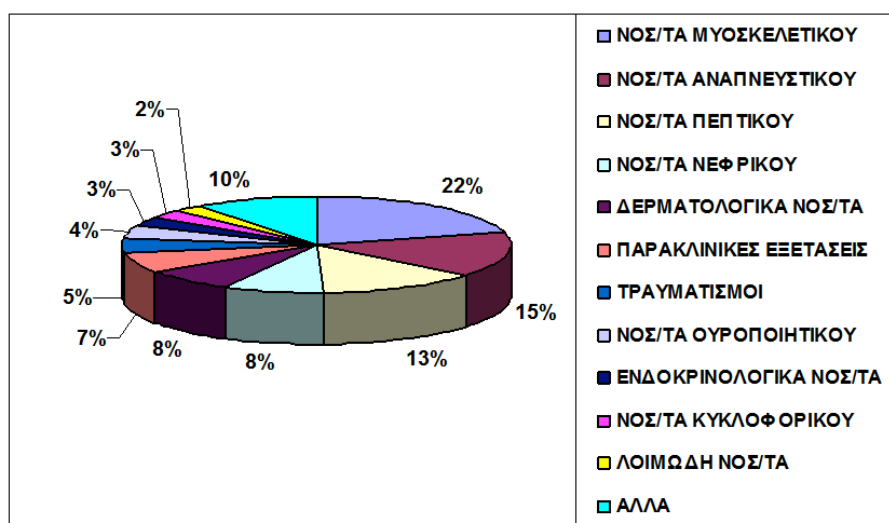


Πηγή: PRAKSIS 2010

Όσο αφορά το νομικό καθεστώς των εξυπηρετούμενων, από τον πίνακα 5, παρατηρούμε πως η συντριπτική πλειοψηφία των 61% έχει να κάνει με αιτούντες άσυλο και πρόσφυγες, ενώ ακολουθούν με 25,50 % άτομα «χωρίς τίτλους», με 13% άτομα με άδεια παραμονής και το 0,50% είναι γηγενής και ευρωπαίοι πολίτες.

Πίνακας 6

Προβλήματα υγείας (σε ποσοστό %) που αντιμετωπίστηκαν στα πολυιατρεία της Αθήνας κατά τη χρονική περίοδο 1996-2009.



Πηγή: PRAKSIS 2010

Όσο αφορά τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και επισκέπτονται το Γενικό Ιατρείο Αθήνας έχουν ως εξής: Το 22% των ασθενών πάσχει από νοσήματα μυοσκελετικού, το 15% των ασθενών πάσχει από νοσήματα αναπνευστικού, το 13% από τα νοσήματα αναπνευστικού, ένα ποσοστό των 8% πάσχει από νοσήματα νεφρικού και δερματολογικά νοσήματα, το 7% επισκέπτεται τα ιατρεία για παρακλινικές εξετάσεις, το ποσοστό των 5% υποφέρει από τραυματισμούς, το 4% από νοσήματα ουροποιητικού, το 3% από ενδοκρινολογικά νοσήματα και νοσήματα κυκλοφορικού, το 2% πάσχει από λοιμώδη νοσήματα και τέλος ένα ποσοστό του 10% απασχολεί άλλα νοσήματα.

Πίνακας 7

Γυναικολογικά –μαιευτικά περιστατικά σε ποσοστό % που εξυπηρετήθηκαν στα πολυιατρεία της Αθήνας κατά τη χρονική περίοδο 1996-2009.

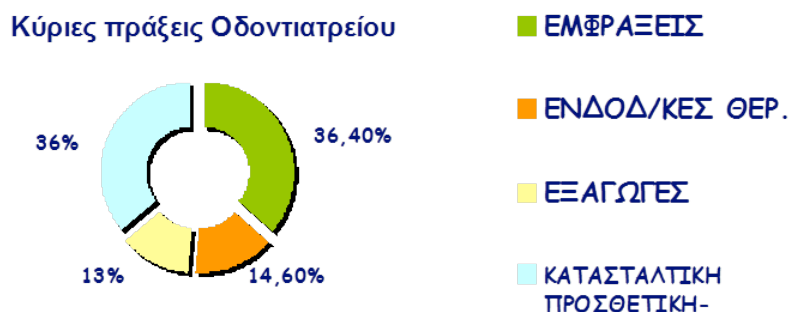


Πηγή: PRAKSIS 2010

Από τον πίνακα 7 παρατηρούμε πως το 70% του γυναικολογικού ιατρείου απασχολεί γυναικολογικά περιστατικά ενώ ένα ποσοστό του 30% απασχολεί μαιευτικά περιστατικά.

Πίνακας 8

Κύριες πράξεις οδοντιατρείου Αθήνας σε ποσοστό % κατά τη χρονική περίοδο 1996-2009.



Πηγή: PRAKSIS 2010

Όσο αφορά το οδοντιατρείο της Αθήνας, παρατηρούμε από τον παραπάνω πίνακα πως έχουν να κάνουν ως εξής: το ποσοστο του 36,40% αφορά εμφράξεις, ένα

ποσοστό των 36% αφορά κατασταλτική προσθετική, το ποσοστό των 14,60% αφορά ενδοκρινολογικές θεραπείες και τέλος το ποσοστό του 13% αφορά περιστατικά εξαγωγών.

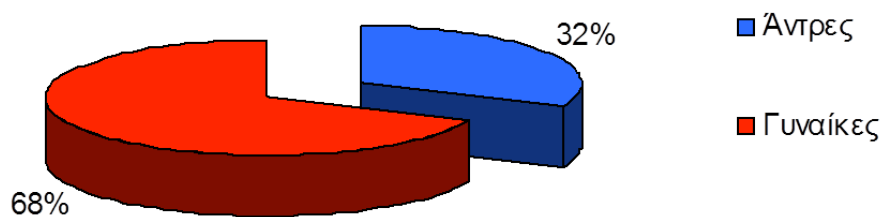
- Πολυιατρείο Θεσσαλονίκης (1997-2009)

Στο σημείο αυτό θα παρουσιαστούν τα στοιχεία όσο αφορά την δράση της οργάνωσης στη Θεσσαλονίκη, κατά τη χρονική περίοδο 1997-2009.

Πίνακας 9

Απεικόνιση των εξυπηρετούμενων (σε ποσοστό %) κατά φύλο στα προγράμματα της PRAKSIS Θεσσαλονίκης κατά τη χρονική περίοδο 1997-2009.

Προέλευση εξυπηρετούμενων κατά φύλο



Πηγή: PRAKSIS 2010

Από τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε πως αντίθετα με τα πολυιατρεία της Αθήνας, η μεγαλύτερη προσέλευση στα πολυιατρεία της Praksis είναι των γυναικών με ποσοστό 68% έναντι 32% των ανδρών.

Όσο αφορά το νομικό καθεστώς των εξυπηρετούμενων της Θεσσαλονίκης, παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα

Πίνακας 10

Νομικό Καθεστώς των Εξυπηρετούμενων των Προγραμμάτων της PRAKSIS στην Θεσσαλονίκη (σε ποσοστό %) για την χρονική περίοδο 1997-2009.

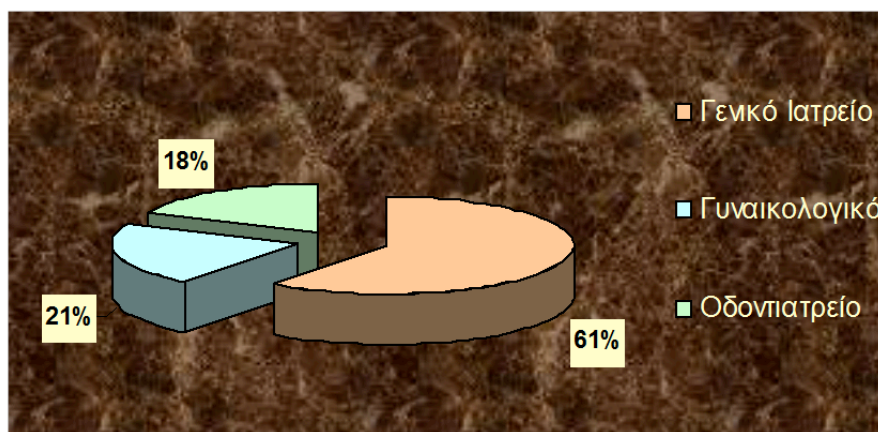


Πηγή: PRAKSIS 2010

Όπως παρατηρούμε από τον πίνακα το 36% των ατόμων είναι χωρίς νόμιμους τίτλους, το 20,80% έχουν ελληνική ταυτότητα, το 15,40% έχουν άδεια παραμονής, το 11,50% είναι άτομα που βρίσκονται σε αναμονή για ελληνική ταυτότητα, το 10% αφορά άτομα με βίζα, το 3,10% αφορά τους παλιννοστούντες, το 2,60 % τους ομογενείς και τέλος το 0,60% είναι οι αιτούντες άσυλο.

Πίνακας 11

Τομέας ιατρού (σε ποσοστό %) που εξυπηρετήθηκαν στη PRAKSIS της Θεσσαλονίκης κατά τη χρονική περίοδο 1997-2009.

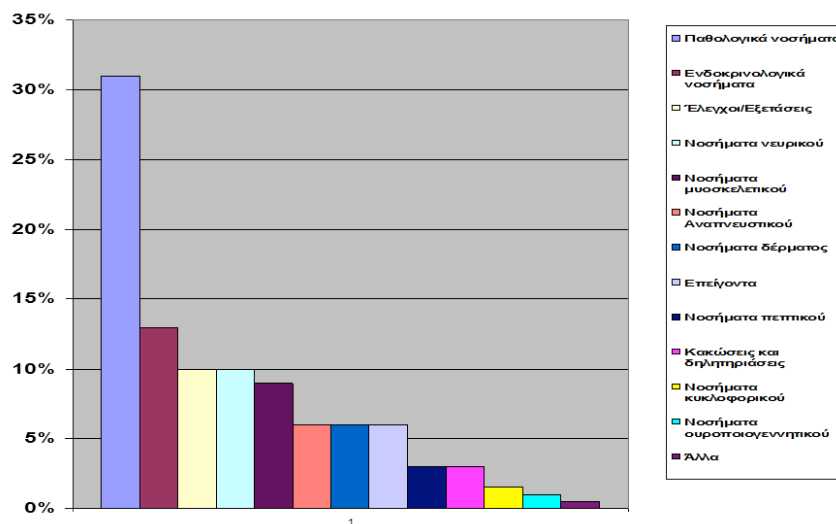


Πηγή: PRAKSIS 2010

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε πως το 61% των περιπτώσεων απασχολεί το Γενικό Ιατρείο, το 21% το Γυναικολογικό ιατρείο και το 18% το οδοντιατρείο ιατρείο.

Πίνακας 12

Προβλήματα υγείας (σε ποσοστό %) που αντιμετωπίστηκαν στα πολυιατρεία της Θεσσαλονίκης κατά τη χρονική περίοδο 1997-2009.



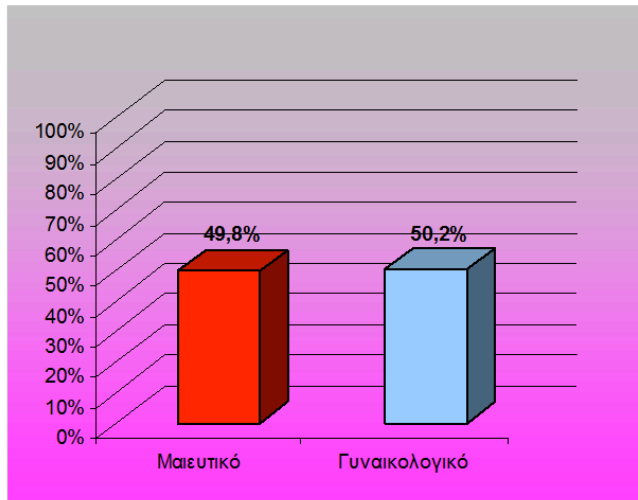
Πηγή: PRAKSIS 2010

Όπως παρατηρούμε από τον παραπάνω πίνακα, η πλειοψηφία των περιστατικών απασχολούν παθολογικά νοσήματα, ακολουθούν τα ενδοκρινολογικά, έπειτα οι έλεγχοι/εξετάσεις, ύστερα τα νοσήματα μυοσκελετικού, ακολουθούν τα νοσήματα αναπνευστικού, δέρματος και τα επείγοντα περιστατικά, έπειτα τα νοσήματα πεπτικού και οι κακώσεις από δηλητηριάσεις, και τέλος ακολουθούν τα νοσήματα κυκλοφορικού, τα νοσήματα ουροποιογεννητικού και αλλά.

Όσο αφορά το Γυναικολογικό-Μαιευτικό Ιατρείο Θεσσαλονίκης

Πίνακας 13

Γυναικολογικά –μαιευτικά περιστατικά σε ποσοστό % που εξυπηρετήθηκαν στα πολυιατρεία της Αθήνας κατά τη χρονική περίοδο 1997-2009.



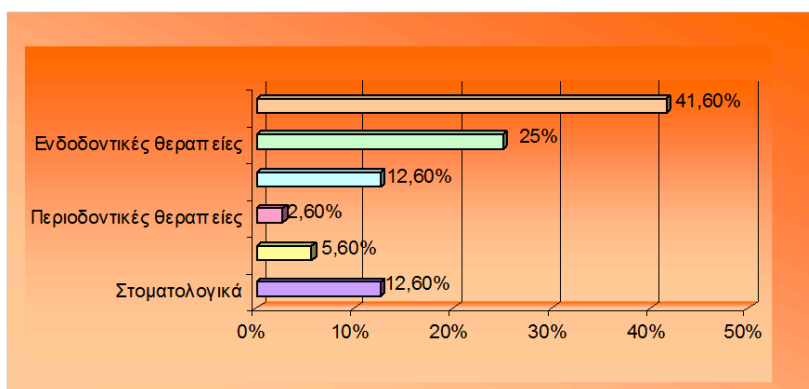
Πηγή: PRAKSIS 2010

Όπως παρατηρούμε από τον πίνακα τα περιστατικά που αφορούν γυναικολογικά και μαιευτικά είναι σχεδόν ισάριθμα, καθώς το 50,2% αφορά περιστατικά γυναικολογικά και το 49,8 μαιευτικά περιστατικά.

Τώρα όσο αφορά το οδοντιατρείο της Θεσσαλονίκης

Πίνακας 14

Κύριες πράξεις οδοντιατρείου Θεσσαλονίκης σε ποσοστό % κατά τη χρονική περίοδο 1997-2009.



Πηγή: PRAKSIS 2010

Όσο αφορά το οδοντιατρείο της Θεσσαλονίκης, παρατηρούμε από τον παραπάνω πίνακα πως τα περισσότερα έχουν ως εξής: το μεγαλύτερο ποσοστό του 41,60% αφορά επισκέψεις για εμφράξεις, το ποσοστό του 25% ενδοδοντικές θεραπείες, το 12,60% εξαγωγές, το 12,60 % αφορά στοματολογικά περιστατικά, το 5,6% έχει να κάνει με ελέγχους, και τέλος το 2,60% αφορά περιοδοντικές θεραπείες.

16. Συγκριτική αποτίμηση κόστους/οφέλη

Στο σημείο αυτό θα γίνει μια μέτρηση των αποτελεσμάτων όσο αφορά το κόστος και το όφελος των προγραμμάτων της Praksis. Για το σκοπό αυτό οι παράμετροι που λήφθηκαν υπόψη για να αποτιμηθούν τα αποτελέσματα αυτά ήταν: α)Χρησιμοποιήθηκαν τα απόλυτα νούμερα επισκέψεων ανά υπηρεσία και πρόγραμμα, β)Αξιοποιήθηκαν οι τρέχουσες τιμές του Ιδιωτικού Τομέα (σε όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες αναλογικά), γ)Χρησιμοποιήθηκαν οι τιμές ΦΕΚ του Δημοσίου, δ)Καταμετρήθηκαν ο αριθμός και τα είδη των παραπομπών για διαγνωστικές εξετάσεις, επισκέψεις σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, νοσηλεία καθώς και χειρουργικές επεμβάσεις, ε)Καταμετρήθηκαν τα φάρμακα που χορηγήθηκαν μέσα σε ένα έτος στο σύνολο των εξυπηρετούμενων (Μ.Ο), στ'Εγιναν οι αναγωγές σε ένα μέσο μήνα εισροής εξυπηρετούμενων σε όλα τα προγράμματα.

Πίνακας 15

Κόστος Δημοσίου/Ιδιωτικού τομέα και Praksis ανά μήνα.

ΚΑΤΑΝΟΜΗ	ΚΟΣΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ - ΤΙΜΕΣ ΦΕΚ Χ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΙ (ανά μήνα)	ΚΟΣΤΟΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ Χ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΙ (ανά μήνα)	ΚΟΣΤΟΣ PRAKSIS Χ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΙ (ανά μήνα)
ΓΕΝΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ (επισκέψεις, έλεγχοι, διαγνώσεις, φαρμακευτική αγωγή)	42,7X1884= 80.446,8	87,65X1884=165.132,6	11 X 1884= 20.724
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ (επισκέψεις, έλεγχοι, διαγνώσεις, φαρμακευτική αγωγή)	34,2X406= 13.885,2	84,4 X 406 = 34.266,4	11 X 406= 4.466

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ (επισκέψεις, έλεγχοι, παρεμβάσεις φαρμακευτική αγωγή)	15 X 910= 13.650	37 X 910= 33. 670	11 X 910= 10.010
ΣΥΝΟΛΟ/ ΜΗΝΑ	107.982	233.069	35.200
ΣΥΝΟΛΟ / ΕΤΟΣ	1.295.784	2.796.828	422.400

Πηγή: PRAKSIS 2010

Στο σημείο αυτό οφείλουμε να προσθέσουμε πως από τους 3.200 εξυπηρετούμενους ανά μήνα παραπέμπονται για δωρεάν δευτεροβάθμια περίθαλψη (τακτικά χειρουργεία, νοσηλεία, κλινικές εξετάσεις) το 30 % (960 άτομα). Υπολογίζοντας ότι πραγματοποιούνται 8 τακτικά χειρουργεία το μήνα με μέσο κόστος (επέμβασης και νοσηλείας) 1200 € X 8 περιπτώσεις = 9.600 €

Υπολογίζοντας επίσης το μέσο κόστος δευτεροβάθμιας περίθαλψης 80 € το άτομο X 952, άτομα = 76. 160€. Συνεπώς το κόστος ωφέλειας (Cost Benefit) για τη δημόσια υγεία ανέρχεται στα 85.760€ το μήνα. Ενώ το ετήσιο κόστος ωφέλειας στα 1.029.120€.

Πίνακας 16

Κόστος Δημοσίου/Ιδιωτικού τομέα και Praksis ανά μήνα.

ΚΑΤΑΝΟΜΗ	ΚΟΣΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΙ (κοστολόγιο Ε.Ε.)	ΚΟΣΤΟΣ PRAKSIS X X ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΙ (ανά μήνα)
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ομάδες και κοινότητες)	12.5 X 600= 7.500 € *	0.59X 600= 354 €
STREET WORK ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΟΙΝΗΣ ΓΝΩΜΗΣ	3.272 € ** 14.200 € ***	0.59 X 1.500 = 885 € 0.59 X 7.900 = 4.661 €
ΕΚΔΟΣΗ/ ΔΙΑΝΟΜΗ ΦΥΛΛΑΔΙΩΝ ΣΥΝΟΛΟ/ΜΗΝΑ	4.000 φυλ.= 200 € 25.172 €	4.000 φυλ. = 200 € 6.166 €
ΣΥΝΟΛΟ/ΕΤΟΣ	302.064 €	74.000 €

Πηγή: PRAKSIS 2010

*: κόστος εκπαιδευομένων (3.5 € / άτομο) + κόστος εκπαιδευτών (30 € /ώρα X 180 ώρες)

** : κόστος street workers (6 άτομα) X 1.200 € (ανά μήνα) X 10 ημέρες = 3.272 €

***:υπολογίστηκε ενδεικτικά το κόστος προβολής τηλεοπτικού σποτ (28 δευτ X 200 € το δευτερόλεπτο X 2 φορές = 11.200 €) συν το κόστος ραδιοφωνικού σποτ (20 φορές X 150 € τη φορά = 3.000 €)

Συνεπώς παρατηρούμε πως ενώ το συνολικό κόστος του δημόσιου τομέα είναι 302.064 €, το ετήσιο κόστος της PRAKSIS ανέρχεται στα 74.000 €.

ΚΕΠΥΜ PRAKSIS

Πίνακας 17

Κόστος Ιδιωτικού τομέα και Praksis για επισκέψεις (συμβουλευτική/πληροφόρηση)

ΚΑΤΑΝΟΜΗ	ΚΟΣΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ	ΚΟΣΤΟΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΙ (ανά μήνα)	ΚΟΣΤΟΣ PRAKSIS X ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΙ (ανά μήνα)
Κόστος επίσκεψης (συμβουλευτική, πληροφόρηση)	*Δεν υφίστανται παρόμοιες υπηρεσίες	70 X 1.200 = 84.000	3.4 X 1.200= 4.080
ΣΥΝΟΛΟ /ΜΗΝΑ	0	84.000	4.080
ΣΥΝΟΛΟ / ΕΤΟΣ	0	2.688.000	49.000

Πηγή: PRAKSIS 2010

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε πως ενώ το κόστος για τις επισκέψεις στον ιδιωτικό τομέα ανέρχεται στα 84.000 στη PRAKSIS αντιστοιχεί στα 4.080.

Κατά Κεφαλή Φαρμακευτική Δαπάνη

Πίνακας 18

Κατά κεφαλή Φαρμακευτική Δαπάνη (€), 2007

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ελλάδα	116	129	142	131	149	172	182	194	197	-	-
PRAKSIS Πολυιατρεία Αθήνα/ Θεσσαλονίκη	6,8	7,1	7,2	8,4	7,3	8,1	7,4	6,3	5,7	10	8,5
Σταθμισμένος μ.ό. Χωρών ευρωζώνης	257	271	284	301	321	342	368	389	392	-	-

Πηγή : OECD HEALTH DATA, 2007

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε πως για το έτος 2007, η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη ήταν 8,5 ενώ τα αντίστοιχα στοιχεία για την Ελλάδα και τις χώρες της Ε.Ε. 2007 και 2007 δεν μας παρέχονται. Συγκρίνοντας όμως τα δεδομένα από τα προηγούμενα έτη παρατηρούμε την τεράστια διαφορά κόστους που παρατηρείται ανάμεσα τους.

Στο σημείο αυτό αναφέρουμε πως το συνολικό κόστος των φαρμάκων τα οποία διατέθηκαν στα προγράμματα-εξυπηρετούμενους της PRAKSIS τόσο της Αθήνας όσο και της Θεσσαλονίκης ανέρχεται σε 164.000€, όπου το σύνολο των φαρμακευτικών σκευασμάτων και αναλωσίμων προήλθαν από δωρεές, δηλαδή είτε από ιδιώτες, είτε από φαρμακεία, είτε από φαρμακευτικές εταιρείες. Αυτά συλλέγονται από εξειδικευμένο προσωπικό της PRAKSIS που πραγματοποιεί ποιοτικό και ποσοτικό έλεγχο των φαρμάκων πριν αυτά διαμοιραστούν δωρεάν στους ασθενείς

17. Πόροι χρηματοδότησης

Η χρηματοδότηση η οποία λαμβάνει η Praksis είναι είτε θεσμική, όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση και το ελληνικό κράτος είτε ιδιωτική. Συγκεκριμένα όσο αφορά τους θεσμικούς πόρους χρηματοδότησης, αυτοί τους αποτελούν: οι Κοινοτικές Πρωτοβουλίες - Ευρωπαϊκό Ταμείο Προσφύγων (E.R.F.) (Χρηματοδότηση: 75 % European Refugee Fund, 25 % Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης), συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα καθώς και χρηματοδότηση από την Ε.Ε (European Commission). Όσο αφορά τους ιδιωτικούς πόρους, αυτοί είναι: Ιδιώτες υποστηρικτές – Συνδρομητές, επιχειρήσεις και διάφοροι άλλοι, όπως ιδρύματα, ΝΠΙΔ.

Στο σημείο αυτό πρέπει να συμπληρώσουμε τις δυσκολίες με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπη η οργάνωση στην προσπάθεια της να υλοποιήσει τα προγράμματά της. Η γραφειοκρατία αλλά και το δημόσιο που «αιμορραγεί» από τη μία και από την άλλη ο μη ανορθολογισμός των πόρων, δημιουργούν προβλήματα. Επιπλέον πρέπει να σημειώσουμε πως, σύμφωνα με τον πρόεδρο της Praksis, η οργάνωση προσπαθεί να μην δημιουργεί, «σχέσεις εξάρτησης» με οποιαδήποτε κρατικό χρηματοδότη με αποτέλεσμα να αποκλείεται αυτόματα από κάποιους πόρους. Έτσι η οργάνωση δεν εντάσσεται στον κρατικό προϋπολογισμό των υπουργείων και οι πόροι τους δεν εγγράφονται στους κρατικούς προϋπολογισμούς. Διεκδικεί προγράμματα είτε απευθείας από την Ευρωπαϊκή Ένωση είτε από προγράμματα που συγχρηματοδοτούνται κατά 75% από την Ευρωπαϊκή Ένωση και 25% μέσα από το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων, το λεγόμενο ΠΔΕ. Επιπλέον, σύμφωνα με τον ίδιο¹⁷², ένας πολύ μεγάλος όγκος χρηματοδοτήσεων προέρχεται από τον ιδιωτικό τομέα *«Η ποσότητα είναι αυτή τη στιγμή 40 - 60%, με το 60% να είναι από ιδιωτικούς πόρους και το 40% από προγράμματα, τα οποία είναι είτε κατευθειάν από την Κομισιόν είτε συγχρηματοδοτούμενα»*.

18. Προφίλ Υποστηρικτών –Συνδρομητών

Στο σημείο αυτό οφείλουμε να αναφέρουμε πως οι προσδοκίες της PRAKSIS είναι η σύγκλιση του τριγώνου Κράτος/Τοπική Αυτοδιοίκηση - Επιχειρήσεις – ΜΚΟ, το οποίο θα μπορούσε να λειτουργήσει ευεργετικά για όλη την κοινωνία αφού το παραγόμενο μήνυμα για την Praksis είναι σαφές: «Όταν κινδυνεύει έστω ένας άνθρωπος, όλες οι πλευρές του τριγώνου κοινωνικής ευθύνης «Πολιτεία-

¹⁷² Συνέντευξη με τον κ. Τζανέτο Αντύπα, Πρόεδρο της Μη Κερδοσκοπικής Οργάνωσης «Praksis», Δημοσιογραφική Ομάδα: Κεραμάρη Γεωργία, Μπαρμπαγιάννη Νίκη-Αικατερίνη, Φουσέκη Αθανασία, επιμέλεια κειμένου Φουσέκη Αθανασία.

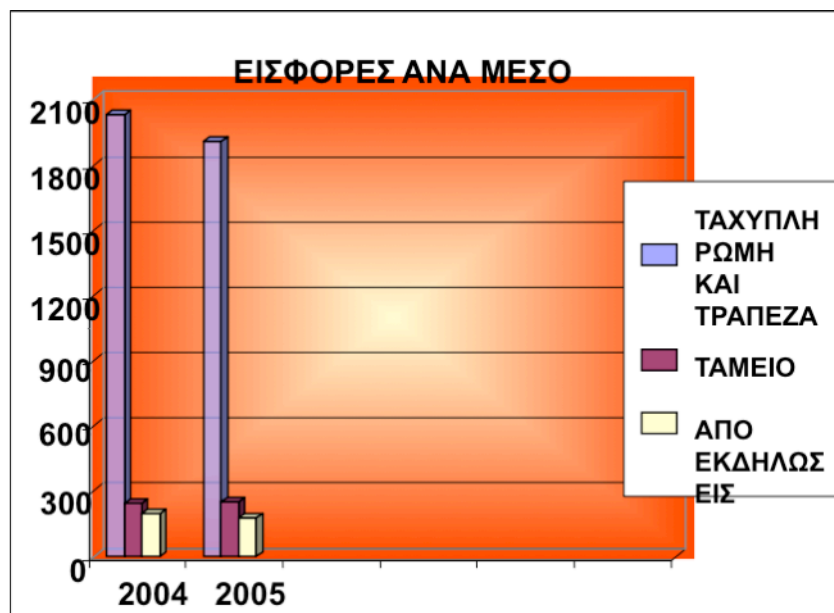
Επιχειρήσεις- ΜΚΟ», έχουν από κοινού την ευθύνη να δράσουν αποτελεσματικά για την διάσωσή του και την προσφορά συνθηκών διαβίωσης με αξιοπρέπεια και δυνατότητας ατομικών επιλογών»¹⁷³.

Έτσι αξίζει να αναφερθούμε εν συντομία στο προφίλ των υποστηρικτών – συνδρομητών, που βοηθούν στο έργο της Praksis. Από τα στοιχεία που μας παραχώρησε ο πρόεδρος της οργάνωσης παρουσιάζουμε το προφίλ τους. Σχετικά με την ηλικία τους οι 2.550 είναι μεταξύ 25-50, ακολουθούν 420 υποστηρικτές μικρότερη της ηλικίας των 25 και έπειτα 350 υποστηρικτές μεγαλύτερη από την ηλικία των 50. Όσο αφορά το επάγγελμα τους, το 54% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 23% δημόσιοι υπάλληλοι, το 13% ασχολείται με ιατρικά-παραϊατρικά επαγγέλματα και το 7% με διάφορα άλλα. Επιπλέον όσο αφορά την αναλογία της γεωγραφικής κατανομής τους, το 52% είναι κάτοικος της Αττικής, το 22% της βόρειας Ελλάδας, το 14% της Κεντρικής Ελλάδας και το 12% από τη Νότια Ελλάδα.

Στο παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι τρόποι εισφοράς ανά μέσο:

Πίνακας 19

Τρόποι εισφοράς συνδρομητών ανά μέσο



¹⁷³ PRAKSIS, «Προγράμματα Ανάπτυξης, Κοινωνικής Στήριξης και Ιατρικής Συνεργασίας»

Συνεπώς, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της οργάνωσης, εάν οι αποδέκτες – υποστηρικτές ήταν ένας άνθρωπος θα ήταν: άνδρας (57%)*, ηλικίας (25 – 50 ετών), με μέσης και άνω εκπαίδευση, κάτοικος Αθήνας (52%), που προτιμά να κάνει δωρεά μέσω ταχυδρομείου και τράπεζας (78%) και ανταποκρίνεται περισσότερο στο φυλλάδιο και στο περιοδικό (50,2%).

Στο σημείο αυτό αναφέρουμε ενδεικτικά τις εταιρίες/φορείς και χορηγούς της οργάνωσης: ΙΔΡΥΜΑ ΣΤΑΥΡΟΣ ΝΙΑΡΧΟΣ, ΡΟΤΑΡΥ, JANSSEN CILAG, MEGA CHANNEL, MAD TV & MAD RADIO, BEST RADIO, ΕΝ ΛΕΥΚΩ, LIBERIS PUBLICATIONS, ODEON, ΑΦΟΙ ΜΑΡΚΟΛΕΦΑ, ROCHE, PFIZER, ΟΜΙΛΟΣ ΕΤΑΙΡΙΩΝ MELLON, BIC – VIOLEX, ΣΚΛΑΒΕΝΙΤΗΣ, ΖΑΛΦΑ, ATCOM, ΜΕΛΙΣΟΚΟΜΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ, ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ, ΠΙΤΤΑΣ ΑΕΒΕ, IMS, ORACLE, F.G. TELESIS FINANCE Α.Ε.Π.Υ., MEDIA STROM, GINESTRA ΑΕΒΕ, GLOBALFON, Ρ/Τ ΕΛΛΑΣ, Ρ/Τ ΑΠΟΛΛΩΝ, ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ FORUM ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΝ

Όσο αφορά τα μέσα διάχυσης της οργάνωσης είναι: ραδιοφωνικά, τηλεοπτικά μηνύματα, εβδομαδιαία ραδιοφωνική εκπομπή (ΕΡΑ ΦΙΛΙΑ), μέσω του ιστότοπου τους (www.praksis.gr), ενημερωτικά φυλλάδια, συμμετοχές σε τηλεοπτικές εκπομπές. Ενώ οι τρόποι προβολής των χορηγών γίνεται μέσω δελτίων τύπου εξέλιξης και αποτελεσμάτων των προγραμμάτων, Press briefings σε δημοσιογράφους, Press kits που αποστέλλονται στον ημερήσιο και εβδομαδιαίο τύπο, προβολών μέσω των φυλλαδίων και αφισών των προγραμμάτων, διοργανώσεων ημερίδας θεματικού αντικειμένου, ενημερωτικών δελτίων στα Μ.Μ.Ε., διακριτικών αναφορών σε έντυπο, πληροφοριακού – ενημερωτικού υλικού, διακριτής αναφοράς στο site της PRAKSIS και τέλος μέσω της δυνατότητας τοποθέτησης του brand name σε: web banners & pop – ups/downloads.

Τέλος η προστιθέμενη αξία ενίσχυσης της Praksis είναι: Η προβολή της εταιρίας σε εν δυνάμει πελάτες (site, φυλλάδια κτλ), η ενίσχυση του προφίλ του χορηγού (θεσμικού ή/ και ιδιωτικού) στην ευρύτερη κοινωνία, η ενίσχυση της εικόνας του χορηγού στους εργαζόμενους, τους μετόχους και τους πελάτες καθώς και η παραγωγή μηνυμάτων που θα συνδέουν το όνομά της επιχείρησης με το εκάστοτε πρόγραμμα που υποστηρίζει.

19.Συμπερασματα

Από την παρουσίαση των παραπάνω στοιχείων παρατηρούμε πως τόσο στα ιατρεία της Αθήνας όσο και της Θεσσαλονίκης η συντριπτική πλειοψηφία αφορά μετανάστες, καθώς μόνο το 0,80% αφορά Έλληνες, γεγονός που αποδεικνύει την μειονεκτική θέση της πληθυσμιακής ομάδας των μεταναστών. Οφείλουμε να προσθέσουμε πως, από τα στοιχεία τα οποία μας παραχωρήθηκαν από τη Praksis, στην Αθήνα, τα μεγαλύτερα ποσοστά των ωφελούμενων προέρχονται από την Ασία (Αφγανιστάν 31%, Μπαγκλαντές 17,5%, Ιράν 16%) ενώ στη Θεσσαλονίκη η συντριπτική πλειοψηφία προέρχεται από όμορες χώρες, χώρες της Νοτιοανατολικής Ευρώπης και της πρώην Σοβιετικής Ένωσης (Αλβανία 48%, Γεωργία 26%, Ρωσία 8%)¹⁷⁴. Η συντριπτική πλειοψηφία των μεταναστών ανήκουν στην παραγωγική ηλικία, γεγονός που ήταν αναμενόμενο, πρόκειται δηλαδή για νεαρό δείγμα, με το σύνολο του να αγγίζει την ηλικία των 50 ετών. Γεγονός το οποίο μας υπευθυμίζει πως πρόκειται για δυνητικά οικονομικά ενεργά άτομα, τα οποία προφανώς έχουν έρθει στη χώρα μας για αναζήτηση μιας θέσης εργασίας.

Επιπλέον αυτό που παρατηρούμε από τα στοιχεία σχετικά με το νομικό καθεστώς των εξυπηρετούμενων είναι πως η πλειοψηφία είναι άτομα χωρίς νόμιμους τίτλους ή πρόσφυγες ή αιτούντες άσυλο, κάτι το οποίο επιβεβαιώνει την αρχική μας επισήμανση για τα εμπόδια των μη νόμιμα διαμένοντων μεταναστών στις δημόσιες υπηρεσίες. Η μεγαλύτερη συχνότητα εξυπηρετούμενων από μετανάστες «χωρίς τίτλους» ερμηνεύεται από τον φόβο των μεταναστών χωρίς χαρτιά να ζητήσουν οποιαδήποτε ιατρική φροντίδα από άλλες υπηρεσίες λόγω του φόβου ότι οι γιατροί θα τους αποκρούσουν ή θα τους καταδώσουν την αστυνομία με αποτέλεσμα να απευθύνονται σε Μ.Κ.Ο για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Και από την άλλη η μη μεγάλη συχνότητα νομίμων μεταναστών σε σύγκριση με τους μη, προφανώς μας παραπέμπει στην κάλυψη των αναγκών τους είτε από άλλες υπηρεσίες υγείας, είτε στη χρησιμοποίηση του δημόσιου συστήματος υγείας.

Μια άλλη αξιοσημείωτη παρατήρηση είναι πως το μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων στην Αθήνα είναι άνδρες με ποσοστό 73% σε αντίθεση με της Θεσσαλονίκης που είναι το 32%. Βέβαια οφείλουμε να δηλώσουμε πως κατά κύριο λόγο, όπως παρατηρούμε και στους πίνακες, υπάρχει μεγάλο ποσοστό εξυπηρετούμενων στα πολυιατρεία της Θεσσαλονίκης στο γυναικολογικό – μαιευτικό ιατρείο. Επιπλέον συμπληρώνουμε στο σημείο αυτό πως σύμφωνα με τον πρόεδρο της οργάνωσης, οι εξυπηρετούμενοι ενημερώνονται για την ύπαρξη της Praksis κυρίως από ομοεθνείς τους, χωρίς να είχαν πριν κάποια ενημέρωση ή

¹⁷⁴ Τα στοιχεία προέρχονται από την έκθεση: *Προγράμματα Ανάπτυξης, Κοινωνικής Στήριξης και Ιατρικής Συνεργασίας*, PRAKSIS, 2010.

πληροφορίες για την οργάνωση, κάτι το οποίο αναδύει την ανάγκη περισσότερης προβολής και ενημέρωσης των υπηρεσιών αυτών.

Τέλος μπορούμε να αναφέρουμε πως τα ιατρικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν καταδεικνύουν ότι ο συγκεκριμένος πληθυσμός παρουσιάζει ως επί το πλείστον προβλήματα υγείας που συνδέονται με την απουσία συστηματικής ιατρικής μέριμνας. Επιπλέον παρατηρώντας από την ανάλυσή μας και την παρουσίαση του οικονομικοκοινωνικού τους προφίλ στο πρώτο μέρος της εργασίας, διαπιστώνουμε πως η επιβλαβής εργασία και οι συνθήκες διαβίωσης ως αποτέλεσμα της χαμηλής επαγγελματικής τους θέσης, η μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, η έλλειψη ασφάλισης υγείας και η χαμηλή πιθανότητα αναζήτησης ιατρικής και προληπτικής φροντίδας είναι παράγοντες που συσχετίζονται με την κακή υγεία των μεταναστών. Επιπλέον, όσο αφορά τα κέντρα κράτησης μεταναστών, οι ανεπαρκείς υλικές συνθήκες κράτησής τους, όπως οι απαράδεκτες συνθήκες υγιεινής, η απουσία επαρκούς θέρμανσης, εξαερισμού και φωτισμού των χώρων διαμονής, η περιορισμένη δυνατότητα κίνησης και σωματικής άσκησης, η ελλιπής διατροφή συνδέονται με την εκδήλωση αλλά και μετάδοση πολλών νοσημάτων, όπως δερματικά, αναπνευστικά, γαστρεντερικά, μυοσκελετικά¹⁷⁵. Επιπλέον η πολύμηνη στέρηση της ελευθερίας σε μετανάστες και αιτούντες άσυλο, σε συνδυασμό με την αδυναμία επικοινωνίας με τον έξω κόσμο και τις οικογένειές τους, και την απουσία ενημέρωσης προκαλούν σοβαρή επιβάρυνση στην ψυχική τους υγεία. Σημειώνεται, από τους ΓΧΣ, ότι η κράτηση ατόμων με χρόνια ή οξεία προβλήματα υγείας συμπεριλαμβανομένων ψυχιατρικών περιστατικών σε μη κατάλληλες συνθήκες και με ελλιπή πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα αποτελεί έκθεση σε σοβαρό κίνδυνο για την υγεία και την αρτιμέλειά τους¹⁷⁶.

¹⁷⁵ Γιατροί Χωρίς Σύνορα, ΠΑΡΟΧΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. Αποτελέσματα από την παρέμβαση των Γιατρών Χωρίς Σύνορα στα κέντρα κράτησης μεταναστών, Ιανουάριος-Απρίλιος 2013.

¹⁷⁶ Γιατροί Χωρίς Σύνορα, ΠΑΡΟΧΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. Αποτελέσματα από την παρέμβαση των Γιατρών Χωρίς Σύνορα στα κέντρα κράτησης μεταναστών, Ιανουάριος-Απρίλιος 2013.

- Ο παράγοντας οικονομική κρίση

Στο σημείο αυτό πρέπει να υπογραμμίσουμε πως τα παραπάνω στοιχεία της PRAKSIS αφορούν το χρονικό διάστημα 1996-2009. Όπως όμως βιώνουμε, από το 2010 η ελληνική οικονομία έχει μπει σε μια βαθιά δομική κρίση, με κύρια χαρακτηριστικά το μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα, το τεράστιο δημόσιο χρέος, τη συρρίκνωση του ΑΕΠ, την αυξανόμενη ανεργία και τη συνεχή διάβρωση της ανταγωνιστικής θέσης της χώρας. «Όπως γνωρίζουμε η συνέπεια όλων αυτών ήταν το Μάιο του 2010, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο να ανακοινώσουν τη σύναψη συμφωνίας με την Ελλάδα για ένα τριετές πρόγραμμα αναδιάρθρωσης των οικονομικών και δημοσιονομικών πολιτικών της. Τα κύρια χαρακτηριστικά αυτής της συμφωνίας είναι η αυστηρή εισοδηματική πολιτική, η αύξηση των άμεσων και έμμεσων φόρων, η θέσπιση μέτρων ενίσχυσης της ευελεξίας στην αγορά εργασίας, η περικοπή των δαπανών και η συγχώνευση ή η κατάργηση των φορέων του δημόσιου τομέα που δεν είναι παραγωγικοί. Όπως είναι αναμενόμενο ο τομέας της υγείας βρέθηκε στο επίκεντρο των επιχειρούμενων αναδιαρθρωτικών προσαρμογών»¹⁷⁷.

Έτσι η οικονομική κρίση και η οικονομική ύφεση που την ακολουθεί, επιβαρύνει ιδιαίτερα τους πολίτες αλλά και το σύστημα υγείας μέσω του φαύλου κύκλου που δημιουργείται από την αύξηση της ανεργίας, την απώλεια της ασφάλισης υγείας, την μείωση των εισοδημάτων, την μη ανταπόκριση στα έξοδα για την υγεία και τη δυνατότητα περίθαλψης και εν τέλει την κακή υγεία που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας μέσω της συνεχόμενης επίτασης της φτώχειας¹⁷⁸. Η κυβέρνηση έχει προέβει στη περικοπή του αριθμού των νοσοκομείων από 133 μέχρι 83, μειώνοντας τον αριθμό των κλινικών μονάδων από το 2000 μέχρι 1700, περιορίζοντας σε 30.000, ο αριθμός των λειτουργικών κλινών - ή το 80 τοις εκατό των εκτιμώμενων αναγκών¹⁷⁹.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, σύμφωνα με τον Απόστολο Βεΐζη¹⁸⁰, επικεφαλή των Γιατρών Χωρίς Σύνορα, και Έλληνες πολίτες, όπως οι άνεργοι και οι ασθενείς με HIV να έχουν αρχίσει να στρέφονται σε φορείς και οργανώσεις που δεν είχαν αρχικά

¹⁷⁷ Χαράλαμπος Οικονόμου, *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2012, σελ 9.

¹⁷⁸ Απόστολος Ευκαρπίδης, *Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο*, Ελληνικό περιοδικό της νοσηλευτικής επιστήμης, Σύρος 2012.

¹⁷⁹ Leigh Phillips, *Ordinary Greeks turning to NGOs as health system hit by austerity*, 2011, <http://euobserver.com/social/113841>

¹⁸⁰ Leigh Phillips, *Ordinary Greeks turning to NGOs as health system hit by austerity*, 2011, <http://euobserver.com/social/113841>

προορισμό αυτούς αλλά αντιθέτως την ενίσχυση των μεταναστών και των προσφύγων. Χαρακτηριστικά αναφέρει πως «Με την ανάπτυξη της οικονομικής κρίσης, βλέπουμε τα συμπτώματα ενός ευρύτερου προβλήματος, (...) τώρα οι συνταξιούχοι, οι άνεργοι, οι άστεγοι, οι ασθενείς με HIV και ασθενείς με φυματίωση είναι, επίσης και αυτοί χωρίς υγειονομική περίθαλψη» συνεχίζει «Βλέπουμε τους προϋπολογισμούς ορισμένων τομέων παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως η κοινωνική στήριξη και τη θεραπεία ορισμένων ασθενειών που πλήττονται από τις περικοπές μέχρι και 80 τοις εκατό».

Επιπλέον ως αποτέλεσμα της αδυναμίας της κυβέρνησης να πληρώσει τα χρέη που οφείλει στα φαρμακευτικά προϊόντα, οι φαρμακοβιομηχανίες αρνούνται να μεταφέρουν φάρμακα σε ορισμένα νοσοκομεία. Χαρακτηριστικά ο Βεΐζης¹⁸¹ αναφέρει πως «η δημόσια υγειονομική περίθαλψη αντιμετωπίζει ελλείψεις ιατρικών υλικών, φαρμάκων και σε αίμα». Επιπλέον προϋπολογισμοί ορισμένων τομέων παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως η κοινωνική στήριξη και η θεραπεία ορισμένων ασθενειών πλήττονται από τις περικοπές μέχρι και 80%. Οι συνταξιούχοι ασφαλισμένοι, θα πρέπει επίσης να συμβάλουν από την πλευρά τους για την αγορά των φαρμάκων – κατά το 20-25% του κόστους. «Όμως, αν οι αποδοχές τους έχουν μειωθεί από € 700 το μήνα σε € 500 το μήνα, την ικανότητά τους να πληρώσουν για τα φάρμακά τους είναι όλα, αλλά έσβησε» Επιπλέον υπάρχουν ασθενείς με HIV που είναι χωρίς ασφάλιση¹⁸². Η τραγική αυτή εικόνα συμπληρώνεται από το γεγονός ότι το 58% των πολιτών αντιμετωπίζει δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και το 75% αντιμετωπίζει πρόβλημα με την πληρωμή των φαρμάκων¹⁸³.

Σύμφωνα με τον επικεφαλής των Γιατρών Χωρίς Σύνορα, οδοντίατρο Νικήτα Κανάκη¹⁸⁴, αναφέρει πως «Η κατάσταση τον τελευταίο χρόνο έχει πάρει μια στροφή προς το χειρότερο. Από τους 30.000 ασθενείς που η ομάδα έχει παρακολουθήσει κατά το τελευταίο έτος, περίπου το 35 % είναι Έλληνες πολίτες, πάνω από το 10% το 2010, όπου το 9 % είναι παιδιά». Ετσι πολλοί άνθρωποι έρχονται στις κλινικές των Γιατρών Χωρίς Σύνορα και των λοιπών ΜΚΟ, με τις συνταγές τις οποίες δεν μπορούν να πληρώσουν και επισκέπτονται τους φορείς όχι μόνο ζητώντας ιατρική βοήθεια και φάρμακα, αλλά και τρόφιμα. «Μεταξύ τους βρίσκονται και ορισμένα παιδιά και

¹⁸¹ Leigh Phillips, *Ordinary Greeks turning to NGOs as health system hit by austerity*, 2011, <http://euobserver.com/social/113841>

¹⁸² Leigh Phillips, *Ordinary Greeks turning to NGOs as health system hit by austerity*, 2011, <http://euobserver.com/social/113841>

¹⁸³ Χρήστος Μαζάνης, *Τραγικές οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία*, 2013. <http://www.zougla.gr/ygeia/article/tragikes-i-epiptosis-tis-krisis-stin-igia>

¹⁸⁴ Leigh Phillips, *Ordinary Greeks turning to NGOs as health system hit by austerity*, 2011, <http://euobserver.com/social/113841>

ηλικιωμένοι, με ήπιας μορφής υποσιτισμού. Αυτό συμβαίνει ως επί το πλείστον στον πληθυσμό των μεταναστών, αλλά και των Ελλήνων πολιτών». Έτσι, πολλές φορές οι διάφορες ΜΚΟ πάνε ένα βήμα έξω από τις αρμοδιότητές τους και αναλαμβάνουν νέα προγράμματα και δράσεις, που δεν βρίσκονταν στις αρχικούς τους σκοπούς. Για παράδειγμα οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα ξεκίνησαν μια εκστρατεία με δωρεές τροφίμων «Και εμείς αρχίζουμε να βλέπουμε τα προβλήματα που δεν είχαμε αντιμετωπίσει στο παρελθόν, όπως οικογένειες που δεν έχουν κοινωνική ασφάλιση και τους λείπει η πρόσβαση σε εμβολιασμούς»¹⁸⁵.

Επιπλέον οφείλουμε να συμπληρώσουμε πως στα προβλήματα και τις δυσκολίες που έχει δημιουργήσει η οικονομική κρίση που βιώνει η χώρα, έχει επηρεάσει και την δράση και λειτουργία των προγραμμάτων των ΜΚΟ. Καθώς σύμφωνα με τον πρόεδρο της PRAKSIS, Τζανέτο Αντύπα, παρατηρείται και έλλειψη στο ανθρώπινο δυναμικό κάτι το οποίο είναι απαραίτητο για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά τα προγράμματα της οργάνωσης. Επιπλέον οι δράσεις είναι ιατρικές και λείπουν τα εργαλεία και χρήματα για να αγοραστούν αγοραστούν φάρμακα και εμβόλια. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο πρόεδρος της PRAKSIS¹⁸⁶, «πολλές φορές λειτουργούμε ως Βούδες και ανεβάζουμε ιδέες για να δούμε πώς μπορούμε να ανταποκριθούμε στα προβλήματα. Για παράδειγμα, μέχρι πρότινος είχαμε κάνει ένα πρόγραμμα που λεγόταν «πρόγραμμα ανακύκλωσης φαρμάκων». Επειδή είχαμε διαπιστώσει ότι οι Έλληνες είναι φαρμακολάγνοι, ζητήσαμε από τα ελληνικά νοικοκυριά να μας δώσουν τα φάρμακα που δε χρησιμοποιούσαν με στόχο, ύστερα από ένα ποιοτικό και ποσοτικό έλεγχο, τα φάρμακα αυτά να δοθούν στους πληθυσμούς που έχουν ανάγκη. Δυστυχώς, όμως, ακόμα και σε αυτό αντιμετωπίζουμε δυσκολίες, καθώς με αυτά που συμβαίνουν εξαιτίας της κρίσης, δηλαδή με την έλλειψη φαρμάκων, τη στάση πιστώσεων των φαρμακοποιών, δύσκολα οι Έλληνες ανακυκλώνουν τα φάρμακά τους. Είναι βέβαια λογικό από τη στιγμή που υπάρχει μια πολύ μεγάλη επισφάλεια στον ελληνικό πληθυσμό και αυτή έχει να κάνει με την οικονομική κρίση. Επομένως έλλειψη και εκεί. Οι χρηματοδοτήσεις σαφώς επηρεάζουν το έργο μας. Εκεί όμως που όλα αυτά μπορεί να είναι τροχοπέδη στη δουλειά μας αρχίζει το λεγόμενο *empowerment*, η λεγόμενη εσωτερική ενίσχυση εσωτερικά και ένα από τα

¹⁸⁵ Leigh Phillips, *Ordinary Greeks turning to NGOs as health system hit by austerity*, 2011, <http://euobserver.com/social/113841>

¹⁸⁶ Συνέντευξη με τον κ. Τζανέτο Αντύπα, Πρόεδρο της Μη Κερδοσκοπικής Οργάνωσης «Praksis», Δημοσιογραφική Ομάδα: Κεραμάρη Γεωργία, Μπαρμπαγιάννη Νίκη-Αικατερίνη, Φουσέκη Αθανασία, επιμέλεια κειμένου Φουσέκη Αθανασία.

διάφορα μότο που έχουμε στην *Praksis* είναι το εξής: «εκεί που οι άλλοι σηκώνουν τα χέρια ψηλά, εμείς σηκώνουμε τα μανίκια και ξεκινάμε δουλειά».».

Επίλογος

Με βάση τον σκοπό της έρευνας, μπορούμε να διαπιστώσουμε κάποια γενικότερα συμπεράσματα για την κατάσταση της χρήσης των υπηρεσιών του υπό μελέτη πληθυσμού.

Αρχικά, από το παραπάνω πλαίσιο που σκιαγραφήθηκε όσο αφορά το θεσμικό πλαίσιο στη χώρα μας για την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας διαπιστώνουμε πως η ελληνική πολιτεία εμμένει σε μια αντίληψη για το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία, η οποία δεν ανταποκρίνεται στην παρουσία των μεταναστών στην Ελλάδα. Καθώς το θεσμικό πλαίσιο είναι ιδιαίτερα περιοριστικό, ιδίως για τους μη νόμιμα διαμένοντας μετανάστες τους αποκλείει από την πρωτοβάθμια περίθαλψη και τη δωρεάν περίθαλψη εν γένει. Σε αυτό πρέπει να προσθέσουμε πως οι συχνές αλλαγές του νομικού πλαισίου (ανά 2-3 χρόνια περίπου) που ακολουθήθηκαν από διάφορες ερμηνευτικές εγκυκλίους, και Προεδρικά Διατάγματα καθώς και οδηγίες και άλλα νομικά κείμενα, κατέστη ιδιαίτερα δύσκολη την προσπάθεια των υπηκόων τρίτων χωρών που επιθυμούν να αποκτήσουν έγγραφα νόμιμης διαβίωσης στη χώρα, αλλά επιπλέον οδηγούνται και σε άγνοια όσο αφορά τα δικαιώματά τους.

Επιπλέον αναδεικνύεται η αναγκαιότητα για επαρκή και συνεχή ενημέρωση των μεταναστών για τις αλλαγές των μεταναστευτικών νόμων όσο και των εργαζομένων σε φορείς του δημοσίου, κάτι βέβαια το οποίο έχουν αναλάβει οι ΜΚΟ. Επιπροσθέτως, συμπαιρνούμε πως αφενός το περιοριστικό θεσμικό πλαίσιο και αφετέρου προβλήματα τα οποία εκδηλώνονται στην πράξη, όπως η αδυναμία φορέων υγείας να ανταποκριθούν στις ιδιαίτερες ανάγκες των μεταναστών και φαινόμενα διακριτικής μεταχείρισης ή άρνησης παροχής υπηρεσιών υγείας, δημιουργούν ένα συνδυασμό, ο οποίος λειτουργεί πολλαπλαστικά στην δυσκολία πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες αυτές. Συνεπώς η εξέταση του καθεστώτος πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας επιβεβαιώνει την πολιτική διακρίσεων για τους τελευταίους που δεν κατέχουν νόμιμοποιητικά έγγραφα, πράγμα το οποίο είναι μη ανεκτό για ένα σύγχρονο κράτος δικαίου.

Παρ' όλα αυτά, όπως είδαμε, οι πρωτοβουλίες των μη κρατικών φορέων, όπως ενώσεις κοινότητας, αριστερών κομμάτων, ΜΚΟ, αντιρατσιστικές οργανώσεις, συνδικάτα, εκκλησία κλπ., έχουν εν μέρει αντικαταστήσει τη σπανιότητα των δράσεων των κρατών που αποσκοπούν στην υποστήριξη των μεταναστών και την προστασία των δικαιωμάτων τους, αλλά το παραπάνω δεν αποτελεί άλλοθι της αδυναμίας της πολιτείας να διαχειριστεί το φαινόμενο της μετανάστευσης με κοινωνικούς και οικονομικούς όρους, υπό την έννοια ότι δεν προβλέπει την πραγματική ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία (κοινωνική ασφάλιση και την κοινωνική και ανθρώπινη δικαιώματα). Καθώς οι ΜΚΟ δημιουργήθηκαν εφόσον έχουν διαπιστωθεί κενά στην πολιτική της εκάστοτε κυβέρνησης ή στην

παροχή υπηρεσιών. Συνεπώς οι ΜΚΟ συμπεραίνουμε πως επιθυμούν να γίνουν οργανώσεις υπεράσπισης των μεταναστών, επικεντρώνοντας την προσοχή τους στις κοινωνικές ανάγκες των τελευταίων και ιδίως σε θέματα υγείας, βοηθούν στο να διατηρηθεί το ενδιαφέρον για το θέμα αυτό.

Τέλος, όπως είδαμε, η σοβαρή οικονομική κρίση, όπως η παρούσα, έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, αφενός δημιουργώντας προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, απειλώντας τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και επιβαρύνοντας τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης και αφετέρου πλήττοντας περισσότερο τις ευπαθείς αυτές ομάδες, όπως είναι οι μετανάστες βρισκόμενοι στον κίνδυνο του απόλυτου αποκλεισμού. Καθώς όλα τα ανθρώπινα δικαιώματα, όπως το δικαίωμα στην τροφή, στην εργασία, στην υγειονομική περίθαλψη και στη στέγαση, είναι βαρύνουσας σημασίας για τον φτωχό πληθυσμό καθώς η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός συνδέονται άμεσα με τις διακρίσεις, την άνιση πρόσβαση σε πόρους και ευκαιρίες, τον κοινωνικό και πολιτισμικό στιγματισμό.

Συνεπώς η κοινωνία και το κοινωνικό κράτος δοκιμάζουν τα όρια της αντοχής τους, καθώς όπως ανακοινώθηκε, η κρίση έχει επιπτώσεις σε ανθρώπους που ζουν ήδη στην ένδεια. Συνεπώς η ανάγκη ορθής κατανομής των περιορισμένων οικονομικών πόρων γίνεται σήμερα ακόμη πιο επιτακτική. Κλείνοντας οφείλουμε να πούμε πως η υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την επιβίωση του ατόμου και «Το Κράτος πρέπει να μεριμνά για την υγεία των πολιτών», σύμφωνα με το άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος...

Βιβλιογραφία

Αλτάνης, Παναγιώτης. «Εθνικά σχέδια κοινωνικής ενσωμάτωσης και δράσεις καταπολέμησης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα», σελ 285-311 στο *ΟΙ ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ, Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες*, επιμέλεια Οικονόμου Χαραλαμπος, Φέρωνας Ανδρέας, Αθήνα:διόνικος 2006.

Αμίτσης, Γαβριήλ, Λαζαρίδης, Γ., *Οι πολιτικές ρυθμίσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα*, Αθήνα: Παπαζήσης, 2001.

Αντύπας, Τζανέτος. *Έκθεση για τα εμπόδια και τις δυσκολίες πρόσβασης των υπηκόων τρίτων χωρών στις υπηρεσίες υγείας*, ΜΚΟ ΠΡΑΞΙΣ, 2008.

Αντύπας, Τζανέτος, *Υγειονομικός Έλεγχος των Παράνομων Αλλοδαπών*, Σάμος 11 και 12 Μαΐου 2008.

Γιατροί χωρίς Σύνορα, *ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΧΩΡΙΣ ΕΓΓΡΑΦΑ. Ζωές υπό κράτηση*, Ελλάδα, Ιούνιος 2010

Γιατροί Χωρίς Σύνορα, *ΠΑΡΟΧΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. Αποτελέσματα από την παρέμβαση των Γιατρών Χωρίς Σύνορα στα κέντρα κράτησης μεταναστών*, Ιανουάριος-Απρίλιος 2013.

Ευκαπρίδης, Απόστολος. *Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο*, Ελληνικό περιοδικό της νοσηλευτικής επιστήμης, Σύρος 2012.

Καβουνίδη, Τζένη. *Χαρακτηριστικά μεταναστών: το ελληνικό πρόγραμμα νομιμοποίησης του 1998*, Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα, 2002β.

Καβουνίδη, Τζένη. *Έρευνα για την οικονομική και κοινωνική ένταξη των μεταναστών*. Αθήνα: ΠΑΕΠ, 2003.

Καλοφωλιάς, Κωνσταντίνος. *Το Μεταναστευτικό Ζήτημα στη Μεσόγειο (Ισπανία - Ιταλία - Ελλάδα)*. Αθήνα: Μιχάλη Σιδέρη, 2011.

Καψάλης, Απόστολος. *Τα κοινωνικά δικαιώματα των αλλοδαπών*, Αθήνα: Ελληνικά γράμματα, 2000.

Καψάλης, Απόστολος. *“Μετανάστες-υγεία και κοινωνικός αποκλεισμός”*, Ενημέρωση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχος 112, Δεκέμβριος 2004 , σελ. 14-69.

Καψάλης, Απόστολος. *Εθνική Έκθεση Ελλάδας για το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για Συνεργασία και Ανταλλαγές σε θέματα Κοινωνικού Αποκλεισμού και Υγείας Μεταναστών*, 2003.

http://www.mighealth.net/el/index.php/Βιβλιογραφία_για_μετανάστες_%22χωρίς_έγγραφο%22

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

Κονιόρδος Μ. και συν. 2003, *“Οι μεταναστευτικές πιέσεις προς τις Μεσογειακές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η μεταναστευτική πολιτική των χωρών αυτών”*, ΙΔ΄ Εκπαιδευτική Σειρά, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα.

Κυριακάκη, Ειρήνη. Σζώρτζη, Αργυρώ. «Η πρόσβαση των μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας. Η εμπειρία του Συνηγόρου του Πολίτη» στο *«Κοινωνικά Δικαιώματα των Μεταναστών στην Ελλάδα»*, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Μαράτου-Αλιπράνη, Λάουρα. Γκαζόν, Ερίκ. Έκθεση: *Μετανάστευση και υγεία- πρόνοια. Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης- Προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης*, ΕΚΚΕ, Αθήνα 2005

Μαράτου-Αλιπράνη, Λάουρα, Γκαζόν, Ερίκ. *Μετανάστευση και Κοινωνική Ασφάλιση: Μια προσέγγιση με βάση δεδομένα της έρευνας EU-SLIC και των Ασφαλιστικών Ταμείων*, ΕΚΚΕ, Αθήνα, 2005α.

Μαρβάκης, Αθανάσιος. Παρσανόγλου, Δ., Παύλου, Μ. *Μετανάστες στην Ελλάδα*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2001.

Μουσούρου, Λουκία. *Μεταναστες και Μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη*, Αθήνα: Cutenberg, 1990.

Οικονόμου, Χαραλάμπος. «Ανισότητες στην υγεία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός. Θεωρητικές προσεγγίσεις και στρατηγικές επιλογές», σελ 313-347 στο *ΟΙ ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ, Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες*, επιμέλεια Οικονόμου Χαραλάμπος, Φέρωνας Ανδρέας, Αθήνα: Διόνικος, 2006.

Οικονόμου, Χαραλάμπος. *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2012.

Ρετινιώτη, Αθανασία. Μάντζιου, Ιωάννα. *Η πρόσβαση των φτωχών και κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων που ζουν στο κέντρο της Αθήνας, στους τομείς της υγείας, της εκπαίδευσής και της εργασίας*, Κοινωνική Υπηρεσία Γιατρών του Κόσμου, 2010.

Ρομπόλης, Σ.. «Οικονομία, αγορά εργασίας και μετανάστευση στην Ελλάδα», στο: Καψάλης, Α.. και Π. Λινάρδος-Ρυλμόν (επιμ.) *Μεταναστευτική πολιτική και δικαιώματα των μεταναστών*, Αθήνας Ινστιτούτο Εργασίας Νο.22, ΙΝΕ-ΑΔΕΔΥ.Νο.22, 2005.

Τριανταφυλλίδου, Άννα. *Ελληνική Μεταναστευτική Πολιτική: Προβλήματα και Κατευθύνσεις*, Ελληνικό Ιδρυμα Ευρωπαϊκής και Εξωτερικής Πολιτικής (ΕΛΙΑΜΕΠ), Δεκέμβριος 2005.

Φούσκας, Θεόδωρος. Οικονόμου, Χαράλαμπος. «Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Η ανάδυση μιας διακριτικής πρακτικής» σελ 415-436. Στο *Πολιτισμός και διαφορετικότητα. Εμείς και οι άλλοι*, Σταμούλης Αντώνιος εκδοτικός οίκος, Δημήτριος Γ. Μαγριπλής (επιμέλεια) Θεσσαλονίκη, 2011.

Alexe D.M., Petridou E., Dessypris N., Skenderis N. and Trichopoulos D. «Characteristics of farm injuries in Greece». *Journal of Agricultural Safety and Health*, 2003: 9(3):233-40.

Baldwin-Edwards, Martin. *Η ένταξη των μεταναστών στην Αθήνα: Δείκτες ανάπτυξης και στατιστικές μέθοδοι μέτρησης*, Συνδιευθυντής, Παρατηρητήριο Μετανάστευσης στη Μεσόγειο UEHR, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

Cavounidis, Jennifer. *Migration in Southern Europe and the Case of Greece*. International Migration, 2002a.

Cholezas, Ioannis. Tsakloglou, Panos. *The economic Impact of Immigration in Greece: Taking Stock of the Existing Evidence*, October 2008.

Fakiolas, R. Regularising Undocumented Immigrants in Greece: Procedures and Effects. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 29(3): 535-561, 2003.

Gropas, R. and Triandafyllidou, A.. "Migration in Greece at a Glance." Country Report for the European Research Project *POLITIS*. Athens: ELIAMEP – Hellenic Foundation for European and Foreign Policy, 2005a. <http://www.eliamep.gr/migration/publications-metanasteusi/metanastes-stin-ellada-mia-sinopsi/>

Gropas, R. and Triandafyllidou, A.. , "Active Civic Participation of Immigrants in Greece." Country Report prepared for the European Research Project *POLITIS*. Oldenburg University.2005b. <http://www.uni-oldenburg.de/politis-europe>

Hatziprokopiou, P. Immigrants' Integration and Social Change: Greece as a Multicultural Society. Paper presented at the 2nd LSE Symposium on Modern Greece, Current Social Science Research in Greece, LSE, European Institute, Hellenic Observatory, 2005.

Kiprianos, Pr., S. Balias and V. Passas. *Greek Policy towards Immigration and Immigrants. Social Policy & Administration*, 37(2): 148-164, 2003.

Kontis, A., S. Zografakis and Th. Mitrakos. *The Economic Impact of Employing Immigrants During the Last Decade in GDP*, 2006. [http://www.imepo.gr/documents/epiptoseisAEP .pdf](http://www.imepo.gr/documents/epiptoseisAEP.pdf))

Leigh, Phillips. *Ordinary Greeks turning to NGOs as health system hit by austerity*, 2011, <http://euobserver.com/social/113841>

Medecins du Monde European Observatory on Access to Health Care "European survey on undocumented migrants' access to health care" June 2007.

Nikolopoulos G., Arvanitis M., Masgala A. and Paraskeva D.. «Migration and HIV epidemic in Greece». *European Journal of Public Health*, 2005, 15(3):296-299.

WHO, «Declaration of Alma-Ata» International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, [HTTP://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).

WHO, The World Health Report 2002:Reducing Risks, Promoting Healthy Life, WHO, Geneva, 2002, 8-10.

World Health Organization. *The financial crisis and global health. Report of a high-level consultation*. Geneva: WHO 2009.

Διαδουκτουακές πηγές

www.mighealth.net/el

http://www.praksis.gr/1_1/PRAKSIS

<http://mdmgreece.gr/>

<http://www.msf.gr/>

<http://www.klimaka.org.gr>

<http://www.syn-eirmos.gr/babel/>

<http://www.statistics.gr>

