



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ**

**ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΟΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΩΣ ΧΡΗΣΤΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΥΓΕΙΑΣ. ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ ΛΑΚΩΝΙΑΣ»**

**ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΜΕΡΚΟΥΡΗ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΕ**

**ΣΠΑΡΤΗ**

**ΙΟΥΝΙΟΣ 2017**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ**

**ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΟΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΩΣ ΧΡΗΣΤΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΥΓΕΙΑΣ. ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ ΛΑΚΩΝΙΑΣ»**

**ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΜΕΡΚΟΥΡΗ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΕ**

**Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής**

**Επιβλέπων: Παναγιώτης Ανδριόπουλος, Λέκτορας Καθηγητής**

**Μέλος: Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια**

**Μέλος: Στυλιανή Τζιαφέρη, Επίκουρη Καθηγήτρια**

**ΣΠΑΡΤΗ**

**ΙΟΥΝΙΟΣ 2017**

Copyright© ΜΕΡΚΟΥΡΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, 2017

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

## Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ABSTRACT .....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	13
ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ.....	13
1.1 Έννοια – ορισμός της μετανάστευσης.....	13
1.2. Η μετανάστευση Ως κοινωνικό φαινόμενο Παγκοσμίως.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	
ΤΟ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	18
2.1 Κατηγορίες μεταναστών στην Ελλάδα.....	18
2.2 Μεταναστευτικές εισροές μετά το 1989.....	19
2.3 Γενικό Νομοθετικό πλαίσιο της Ελλάδας για το μεταναστευτικό ζήτημα.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ.....	24
3.1 Ορισμός έννοιας «υγεία».....	24
3.2 Νομικό πλαίσιο.....	25
3.3 Το προφίλ υγείας των μεταναστών.....	31
3.4 Το Ελληνικό σύστημα υγείας- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	34
3.4.1 Το ελληνικό σύστημα υγείας.....	34
3.4.2 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	35
3.4.3 Χρήση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από μετανάστες.....	38
3.4.4 Προβλήματα των μεταναστών στην χρήση υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	40
3.4.5 Εξειδικευμένες υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες.....	43
ΜΕΡΟΣ Β΄ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	49
ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΛΑΚΩΝΙΑΣ.....	49
4.1 Ιστορική Αναδρομή.....	49

4.2 Παροχή υπηρεσιών υγείας στους Μετανάστες του Νομού Λακωνίας.....	50
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	52
4.3 Σκοπός της μελέτης.....	52
4.4 Υλικό και Μέθοδος.....	52
4.5 Ηθική και Δεοντολογία.....	53
4.6 Ανάλυση Δεδομένων.....	53
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	54
1. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ.....	54
2. ΦΥΛΟ.....	56
3. ΗΛΙΚΙΑ.....	58
4. ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ.....	61
5. ΑΣΦΑΛΙΣΗ.....	63
6. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ.....	65
7. ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	67
8. ΕΞΕΛΙΞΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.....	68
9. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ.....	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	94
5.1 Περιορισμοί της έρευνας.....	94
5.2 Συζήτηση.....	94
5.3 Συμπεράσματα.....	96
5.4 Προτάσεις μέτρα για την βελτίωση και ενίσχυση της μεταναστευτικής πολιτικής υγείας .....	97
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	102
Παράρτημα.....	108
1. Άδεια διεξαγωγής έρευνας.....	108
2. Φόρμα Συλλογής Δεδομένων.....	109

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση αυτής τα εργασίας αρκετοί άνθρωποι συνεισέφεραν. Πρώτα από όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω τους διοικητικούς υπαλλήλους και των τεσσάρων

Κέντρων Υγείας της Λακωνίας οι οποίοι με καθοδήγησαν και μου προσέφεραν όλα τα στοιχεία και δεδομένα τα οποία χρειάζονταν για την συγγραφή αυτής της εργασίας.

Στη συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κύριο Ανδριόπουλο Παναγιώτη , επιβλέπων καθηγητή μου ο οποίος με βοήθησε κατά την εκπόνηση της διπλωματικής μου έρευνας, προσφέροντάς μου τις πολύτιμες τις πολύτιμες γνώσεις του, την καθοδήγηση του και την στήριξή του . Ένα θερμό ευχαριστώ στα μέλη της συμβουλευτικής Επιτροπής , καθηγήτριες, κυρία Τσιρώνη Μαρία και κυρία Τζιαφέρη Στυλιανή.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, στην όλη προσπάθειά μου να ολοκληρώσω τον νέο αυτό κύκλο σπουδών.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί ο βαθμός χρήσης υπηρεσιών υγείας στα κέντρα υγείας του Νομού Λακωνίας από μετανάστες και να γίνει καταγραφή του νοσολογικού φάσματος –ιατρικό προφίλ των μεταναστών, έτσι ώστε από τα δεδομένα που θα προκύψουν να γίνει αποτύπωση της κατάστασης που επικρατεί και διατύπωση προτάσεων βελτίωσης της υφιστάμενης κατάστασης για καλύτερη διαχείριση και παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες.

**Μεθοδολογία:** Η συλλογή δεδομένων έγινε με την καταγραφή του αριθμού των μεταναστών που προσήλθαν στα κέντρα υγείας τα έτη 2014-2016. Βασικό εργαλείο συλλογής δεδομένων ήταν τα βιβλία καταγραφής περιστατικών κατά την προσέλευσή τους στα κέντρα υγείας και μια φόρμα συλλογής δεδομένων στην οποία συλλογής δεδομένων στην οποία καταγράφονταν βασικά στοιχεία του κάθε μετανάστη και ο λόγος προσέλευσης στο αντίστοιχο κέντρο υγείας.

**Αποτελέσματα:** Την τριετία 2014-2016 τα κέντρα υγείας επισκέφτηκαν 7078 μετανάστες εκ των οποίων όσον αφορά το φύλο οι περισσότεροι ήταν άντρες , άτομα 4697(66%). Μέσος όρος ηλικίας των μεταναστών συνολικά ήταν τα 32,6 έτη , οι οποίοι στην πλειοψηφία τους ήταν ανασφάλιστοι. Όσον αφορά την καταγωγή κυρίως Ρουμανικής καταγωγής μετανάστες επισκέφτηκαν περισσότερο τα κέντρα υγείας. Την παραπάνω τριετία οι μετανάστες επισκέφτηκαν κυρίως τον παθολογικό τομέα των κέντρων υγείας με σύνολο ατόμων 4792(68%). Από συσχετίσεις που έγιναν συμπεραίνουμε ότι τα περιστατικά παθολογικού και χειρουργικού τομέα αντιμετωπίστηκαν κυρίως στα κέντρα υγείας από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Το κέντρο υγείας Αρεόπολης δέχτηκε σταθερά τα περισσότερα περιστατικά την τριετία 2014-2016 από τα άλλα τρία κέντρα υγείας (Βλαχιώτη, Γύθειο, Νεάπολη).

**Συμπεράσματα:** Η πλειοψηφία του δείγματος των μεταναστών οι οποίοι προσήλθαν στα κέντρα υγείας Νομού Λακωνίας ήταν ανασφάλιστοι και τα περιστατικά αντιμετωπίζονταν κυρίως από το προσωπικό και τις υποδομές των κέντρων υγείας. Μέσω κάποιων παρεμβάσεων οι οποίες διατυπώνονται στην παρούσα εργασία μπορεί να γίνει επιτυχής παροχή ενός ολοκληρωμένου θεραπευτικού πλαισίου, παροχή κοινωνικής πρόνοιας καθώς και στελέχωση ελλειπών υποδομών για τους μετανάστες ως χρήστες υπηρεσιών υγείας.

**Λέξεις κλειδιά:** Μετανάστες, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ελλάδα, Κέντρα Υγείας, Λακωνία.



## **ABSTRACT**

**Purpose:** The basic purpose of this research is to investigate the usage of the health centres in Laconia by immigrants and to record their medical profile. By analyzing the results of this research we will be able to depicture the condition of the health centres and recommend ways to improve the current condition of them and how we can provide better health services for immigrants.

**Methodology:** The record of the number of the immigrants who visited different health centres helped us to carry out this research. The main tool of this research was the book where information about each case was written down. When they visited a health centre for instance information about them and the reason that made them visit each health centre.

**Results:** The last three years(2014-1016) 7078 immigrants visited the health centres, most of them were men, 4697(66%). The average age of them was 32,6 years old. The majority of them didn't have insurance. The immigrants who visited the health centres were mostly Romanian. During this period these immigrants visited mainly the department of pathology 4792 people(68%). By analyzing the data we conclude that the patients who visited the health centres were treated by the medical staff of them. The health centre in Areopoli accepted more cases than the other health centres in Vlachioti, Gytheion and Neapoli.

**Conclusions:** The majority of the immigrants who visited the health centres in Laconia did not have insurance and the cases were treated by the medical staff of these health centres. Finally, taking into consideration the results of this research we can recommend ways to provide better health care for immigrants.

**Key words:** Immigrants, Health care, Greece, Medical centres, Lakonia.

# ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια απόκτησης μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ» του τμήματος Νοσηλευτικής Σπάρτης του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

## **Τίτλος εργασίας: ΟΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΩΣ ΧΡΗΣΤΕΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ ΛΑΚΩΝΙΑΣ**

Το μεταναστευτικό ζήτημα στην Ελλάδα παρατηρήθηκε με την είσοδο μεγάλου αριθμού μεταναστών κατά την τελευταία περίπου δεκαετία. Περισσότερο από ένα εκατομμύριο μετανάστες <<νόμιμοι και παράνομοι>> έχουν εγκατασταθεί στην Ελλάδα καθιστώντας το θέμα της ένταξής τους στην ελληνική κοινωνία σημαντικό και κρίσιμο.

Η Ελλάδα όπως και κάθε χώρα υποδοχής μεταναστών έχει να αντιμετωπίσει το μείζον πρόβλημα της υγείας των μεταναστών. Οι μετανάστες οι οποίοι εισέρχονται στον Ελλαδικό χώρο όπως και στην Ευρωπαϊκή Ένωση έρχονται από χώρες με ελλειψείς Υπηρεσίες Υγείας και με χαμηλό δημοσιονομικό επίπεδο.

Ωστόσο πολλά είναι τα προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι μετανάστες με την άφιξή τους στην Ελλάδα. Το υγειονομικό σύστημα της χώρας μας αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες των μεταναστών λόγω έλλειψης ετοιμότητας. Οι απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες δομές και η απουσία ενός εξειδικευμένου πλαισίου πρόληψης αποθαρρύνει τους μετανάστες από το να επισκεφτούν τις Υπηρεσίες Υγείας

Η πολιτεία πρέπει να αναπτύξει ένα σημαντικό ρόλο με την ελεύθερη και ισότιμη πρόσβαση τόσο των νόμιμων όσο και των παράνομων μεταναστών στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Πρωταρχικό μέλημα πρέπει να είναι ο σχεδιασμός μιας πολιτικής υγείας για τους μετανάστες η οποία θα

βασίζεται στην καταγραφή και αξιολόγηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν και στην διευκόλυνση της πρόσβασης και χρήσης των Υπηρεσιών Υγείας.

Στον Νομό Λακωνίας μεγάλος αριθμός μεταναστών νόμιμοι και παράνομοι εισέρχονται κάθε χρόνο απασχολούμενοι σε διάφορες αγροτικές εργασίες και σε διάφορες άλλες χειρωνακτικές εργασίες.

Σκοπός και μέλημα της παρούσας εργασίας είναι:

- Καταγραφή και διερεύνηση του βαθμού χρήσης υπηρεσιών υγείας στα κέντρα υγείας του ΝΟΜΟΥ ΛΑΚΩΝΙΑΣ από αλλοδαπούς-μετανάστες.
- Καταγραφή του νοσολογικού φάσματος –προφίλ Υγείας μεταναστών και η διερεύνηση των δεδομένων που προκύπτουν από αυτό.
- Ενημέρωση σχετικά με τις ειδικές ανάγκες των μεταναστών ώστε να είναι σε θέση οι επαγγελματίες υγείας να παρέχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας.
- Καταγραφή και αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης όσον αφορά την χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας –κέντρα υγείας από αλλοδαπούς έτσι ώστε οι αντίστοιχοι φορείς υγείας και οι πολιτικοί φορείς να γνωρίζουν που εντοπίζονται τα προβλήματα και πως μπορούν να αντιμετωπιστούν.
- Η διατύπωση προτάσεων που στοχεύουν στην βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης και να οδηγήσουν στην καλύτερη διαχείριση –παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες.

### **Υλικό και Μέθοδος:**

Η διπλωματική αυτή εργασία θα γίνει στα πλαίσια απόκτησης μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης .Η μελέτη αυτή είναι μια αναδρομική μελέτη με στόχο την καταγραφή και διερεύνηση του βαθμού χρήσης υπηρεσιών υγείας –πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από αλλοδαπούς ,του ποσοστού αυτού και του νοσολογικού φάσματος των αλλοδαπών. Οπότε θα πραγματοποιηθεί μια μελέτη στα ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΛΑΚΩΝΙΑΣ με πληθυσμό στόχο τους αλλοδαπούς-μετανάστες. Η αναδρομική αυτή μελέτη θα αφορά αναδρομή 3 έτη πίσω ,έτη 2014-2016. Η συλλογή δεδομένων θα γίνει με την καταγραφή του αριθμού μεταναστών που προσήλθαν στα κέντρα υγείας και βασικό εργαλείο συλλογής δεδομένων θα είναι τα βιβλία καταγραφής περιστατικών κατά την προσέλευση ασθενών στα κέντρα

υγείας. Επίσης σε μια φόρμα θα καταγράφεται η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, ο φορέας ασφάλισης εάν υπάρχει καθώς και ο λόγος προσέλευσης στο αντίστοιχο κέντρο υγείας.

Η Ελλάδα ως μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ως μέλος Διεθνών Οργανισμών οφείλει να αντιμετωπίζει το μεταναστευτικό ζήτημα με σεβασμό απέναντι στα ανθρώπινα δικαιώματα των μεταναστών διαφυλάσσοντας ταυτόχρονα την έρρυθμη λειτουργία του κράτους και την προάσπιση της Δημόσιας Υγείας.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

## ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ

### 1.1 Η έννοια- ορισμός της μετανάστευσης

Ως μετανάστευση ορίζεται η προσωρινή ή μόνιμη μεταβολή του τόπου εγκατάστασης ενός ατόμου ή ενός κοινωνικού συνόλου.

Η μετανάστευση αποτελεί μια δυναμική διαδικασία, οι μορφές της οποίας ποικίλλουν και μεταβάλλονται σε συνάρτηση με τις ευρύτερες κοινωνικές πολιτικές και οικονομικές αλλαγές. Η μετανάστευση αναδύεται και ενυπάρχει από την ιστορική και κοινωνική οργάνωση στο σύνολό της. Είναι μια μορφή κοινωνικής σχέσης που καθορίζεται από το κράτος, το έθνος, την αγορά, το φύλο, που συγκροτούν, τις ομάδες, τις κοινωνικές κατηγορίες και τον τρόπο επαφής και επικοινωνίας μεταξύ τους. (Πετράκου, Ηλέκτρα .2009)

#### **ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ:**

α) Με κριτήριο το κράτος διακρίνουμε τη *Διεθνή* και την *Εσωτερική* μετανάστευση. *Διεθνής* μετανάστευση είναι η κίνηση από το ένα κράτος προς το άλλο ενώ *Εσωτερική* είναι η κίνηση από έναν οικισμό σε άλλο οικισμό μέσα στα όρια του ίδιου κράτους.

β) Με κριτήριο την πρόθεση μετανάστευσης διακρίνουμε τρεις μορφές :την *Εκούσια*, την *Βίαιη* και την *Αναγκαστική μετανάστευση*. Η *Εκούσια* μετανάστευση γίνεται κατόπιν ελεύθερης απόφασης του μετακινούμενου ατόμου ή συνόλου. Η *Βίαιη* είναι μία μορφή μετανάστευσης η οποία επιβάλλεται από τις δημόσιες αρχές ενός κράτους χωρίς να αφήνει περιθώρια επιλογής στους μετακινούμενους. Ενώ η *Αναγκαστική* μετανάστευση προκαλείται με την δημιουργία δυσμενών συνθηκών διαβίωσης εις βάρος κάποιας μερίδας πληθυσμού ή κατηγοριών ατόμων.(Τσαούσης Δ.Γ,1985)

γ) Με κριτήριο την προβλεπόμενη διάρκεια παραμονής διακρίνονται δύο μορφές μετανάστευσης η *Προσωρινή* ή *Μόνιμη*. Όπου η « Εθνική Στατιστική υπηρεσία» της χώρας ορίζει σαν *Προσωρινή* την μετανάστευση για παραμονή για παραμονή μικρότερη ενός έτους σε μια χώρα του εξωτερικού και σαν *Μόνιμη* την μετάβαση για εγκατάσταση σε μια ξένη χώρα η οποία διαρκεί πάνω από ένα έτος.(Χλέτσος, Μ.2002)

δ) Με κριτήριο το καθεστώς εισόδου και παραμονής στην χώρα υποδοχής η μετανάστευση διακρίνεται σε Νόμιμη και Παράνομη. Στην Νόμιμη οι Νόμιμοι μετανάστες είναι τα πρόσωπα εκείνα τα οποία έχουν εισέλθει και παραμένουν νόμιμα στην χώρα. Έχουν καταγραφεί από τις δημόσιες αρχές και έχουν την απαιτούμενη άδεια παραμονής και εργασίας.

Ενώ στην Παράνομη αναφερόμαστε σε αλλοδαπούς οι οποίοι εισήλθαν στη χώρα χωρίς να έχουν νόμιμα ταξιδιωτικά έγγραφα, οπότε φέρουν την ονομασία «λαθρομετανάστες» ή εισήλθαν νόμιμα στην χώρα για τουρισμό, νόμιμη εργασία ή σπουδές αλλά στην συνέχεια παράνομα διαμένουν στην χώρα.(Καρύδης Β.Χ.1996)

Στο σημείο αυτό όμως κρίνεται απαραίτητο να αναφερθούμε στην έννοια Αλλοδαπός και στις δύο βασικές κατηγορίες αλλοδαπών με βάση το νομικό καθεστώς τους Μετανάστες και τους Πρόσφυγες διαχωρίζοντας τις κατηγορίες αυτές.

Αλλοδαπός είναι το φυσικό πρόσωπο εκείνο το οποίο έχει την ιθαγένεια της χώρας στην οποία διαμένει ή δεν την έχει

Μετανάστης σύμφωνα με τον Ο.Η.Ε. είναι το άτομο το οποίο διαμένει για τουλάχιστον 6 μήνες μακριά από τον τόπο κατοικίας. Το άτομο αυτό εγκαταλείπει την χώρα του οικειοθελώς για λόγους είτε προσωπικούς ,είτε οικονομικούς ,είτε οικογενειακούς.(Παραδεισάνος Αδάμ). Γι αυτό συχνά συναντάμε τον ορισμό οικονομικός μετανάστης.

Ενώ Πρόσφυγας είναι το μέλος μιας κοινωνίας το οποίο εγκαταλείπει ακούσια την χώρα του λόγω διαφορετικών πεποιθήσεων, λόγω καταστρατηγήσεως των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ή λόγω σοβαρών διώξεων για να αναζητήσει άσυλο στους κόλπους άλλης κοινωνίας η οποία δεν αντιμετωπίζει τέτοιου είδους προβλήματα.(ΜπαγκαβόςΧ.,ΠαπαδοπούλουΔ.2003). Έτσι και ο πρόσφυγας είναι οικονομικός μετανάστης μόνο που στην περίπτωση αυτή η μετανάστευση γίνεται παρά την θέλησή του.

## 1.2Η Μετανάστευση Ως Κοινωνικό Φαινόμενο Παγκοσμίως.

### Κοινωνιολογική προσέγγιση

Η μετανάστευση αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο το οποίο διαφοροποιείται από εποχή σε εποχή και είναι συνυφασμένο με την ανθρώπινη ιστορία. Διαφοροποιείται επίσης το φαινόμενο αυτό από κοινωνία σε κοινωνία κατασκευάζοντας ιδιαίτερες στάσεις του πληθυσμού απέναντι στους μετανάστες. Η μετανάστευση μπορεί να χαρακτηριστεί παγκόσμιο φαινόμενο με άμεσες επιπτώσεις σε οικονομικό, κοινωνικό και πολιτισμικό επίπεδο.( Ρούπα Ζ. Ζωγράφου Π. Βασιλόπουλος Αρ.2014)

Οι μετανάστες μετανάστευαν και συνεχίζουν να μεταναστεύουν και οι παράγοντες οι οποίοι ωθούν τους ανθρώπους να μεταναστεύουν ποικίλουν. Οι κατηγορίες είναι οι εξής:

#### Φυσικοί παράγοντες

Μεγάλη είναι η σημασία του φυσικού παράγοντα όταν ένας πληθυσμός εξαρτάται από την φύση και την φυτική παραγωγή. Μεταβολές στο φυσικό περιβάλλον όπως πλημμύρες ,ξηρασία και σεισμοί καθιστούν δύσκολη την επιβίωση και ωθούν τον πληθυσμό στην μετανάστευση.

#### Οικονομικοί παράγοντες

Οι οικονομικοί παράγοντες στους οποίους πρέπει να αναφερθούμε είναι το χαμηλό εισόδημα σε συνδυασμό με την υπέρμετρη χρονικά εργασιακή απασχόληση, η έλλειψη επαρκών δυνατοτήτων απασχόλησης, η υποαπασχόληση ή η μετακίνηση για τη άσκηση συγκεκριμένης επαγγελματικής δραστηριότητας.

#### Κοινωνικοί παράγοντες

Οι κοινωνικοί λόγοι οι οποίοι ωθούν ένα άτομο να μεταναστεύσει είναι η επιθυμία του ατόμου για άνοδο στον κοινωνικό ιστό μίας κοινωνίας στην οποία θα ενταχθεί, η επιθυμία του για κοινωνική προκοπή και για τα οφέλη τα οποία θα επιφέρει μια τέτοια ανέλιξη σε ατομικό επίπεδο.

### Πολιτικοί παράγοντες

Σε αυτούς τους παράγοντες εντάσσονται οι διώξεις λόγω θρησκείας ,εθνικότητας ,φυλής , πολιτικών και άλλων πεποιθήσεων ή λόγω ευνοϊκής μεταχείρισης την οποία υιοθετεί το καθεστώς μιας χώρας απέναντι σε συγκεκριμένα άτομα και ομάδες κάτι το οποίο είναι εις βάρος μεμονωμένων ατόμων ή και συγκεκριμένων κατηγοριών ενός πληθυσμού.

### Ψυχολογικοί παράγοντες

Οι άνθρωποι πολλές φορές ωθούνται στην μετανάστευση είτε λόγω αντιδρώντας μιμητικά και ακολουθούν την τάση προς μετανάστευση των φίλων ,συγγενών και γνωστών που προηγήθηκαν είτε λόγω τυχοδιωκτισμού ή λόγω φιλαποδημίας.

Η μετανάστευση είναι φαινόμενο πανάρχαιο το οποίο έχει τις ρίζες του στην Αφρική. Εκεί οι πρώτοι μετανάστες διέσχισαν την Αφρική και σταδιακά με το πέρασμα των χρόνων εξαπλώθηκαν στην Ασία και στις υπόλοιπες ηπείρους.(Γκολντίν Ταν, Κάμερον Τ, Μπαλαρατζάν Μ,2013).

Ο Α΄ Παγκόσμιος Πόλεμος επέφερε στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης την οικονομική κρίση ,κάτι το οποίο είχε ως συνέπεια σημαντικός αριθμός κατοίκων να μεταναστεύσει στις Η.Π.Α. Το φαινόμενο μετανάστευσης στις Η.Π.Α συνεχίστηκε και μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο.

Μετά το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου στην Αμερική οι Η.Π.Α καθώς και ο Καναδάς και στην Ευρώπη η Γερμανία βγήκαν οικονομικά ενισχυμένες από τον πόλεμο και έγιναν παγκόσμιες αγορές εργατικής δύναμης, εξασφαλίζοντας εργατικό δυναμικό από οικονομικά ασθενέστερα κράτη ,όπως την Ελλάδα ,Τουρκία, Ισπανία και κάποια κράτη της Ασίας. Η Γερμανία μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα έγινε μια από τις μεγαλύτερες βιομηχανικές χώρες της Ευρώπης, ανοίγοντας τις πόρτες της στους μετανάστες από όλη την Ευρώπη.

Στις δυτικές κοινωνίες , η έννοια μετανάστευση εμφανίστηκε στην αρχή ως μια μετακίνηση του πληθυσμού του οποίου τα άτομα αναζητούν νέες ευκαιρίες και ως εκδήλωση της ανθρώπινης φύσης , η οποία επιθυμεί το νέο ,το καινούργιο. Η συμπεριφορά αυτή νομιμοποιήθηκε από το οικονομικοκοινωνικό σύστημα των χωρών λόγω του ότι η μετακίνηση του πληθυσμού συντέλεσε στην εξεύρεση εργατικών χεριών μειώνοντας το



κόστος της παραγωγής συντείνοντας έτσι στην αύξηση του κέρδους των πρώτων βιομηχανικών κοινωνιών.

Στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες λόγω του ότι εμφανίστηκαν νέες τεχνολογίες και σταδιακά έχουμε την αντικατάσταση του ανθρώπινου παράγοντα, ο οποίος συμμετείχε στην παραγωγή αγαθών, από ευέλικτες μηχανές. Έτσι όταν οι μετανάστες δεν είναι απαραίτητοι για την παραγωγή αγαθών το φαινόμενο της μετανάστευσης παρουσιάζεται ως κοινωνικό πρόβλημα. Ο μετανάστης, λόγω των κοινωνικών συνθηκών, της άνισης κατανομής αγαθών σε παγκόσμια κλίμακα και τις παγκοσμιοποίησης των διεθνών επαφών και σχέσεων παρουσιάζεται ως ιδιαίτερη κοινωνική κατηγορία. Αποκτά την φιγούρα του κοινωνικά περιθωριοποιημένου ο οποίος σε συμβολικό επίπεδο αποτελεί απειλή για την πολιτιστική και εθνική ισορροπία μιας κοινωνίας. Όλο αυτό το κλίμα που δημιουργείται σε συνδυασμό με τα ευρύτερα κοινωνικά, οικονομικά, ιδεολογικά και πολιτικά προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν οι σύγχρονες κοινωνίες οδηγούν σε αύξηση ρατσιστικών εκδηλώσεων και σε φαινόμενα ξενοφοβίας και εθνικισμού από μέλη δυτικών κοινωνιών απέναντι στους αλλοδαπούς.

Ο 20<sup>ος</sup> έχει οριστεί ως «ο αιώνας της μετανάστευσης»(Λαζαρίδης Γ., Αμίτσης Γ.2001) διότι έχουν σημειωθεί πολύ σημαντικές πληθυσμιακές μετακινήσεις και βίαιες ή ειρηνικές αλλαγές στη σύνθεση του πληθυσμού.

Σήμερα ο αριθμός μεταναστών στις Η.Π.Α αντιστοιχεί στο 13% του συνολικού πληθυσμού. Σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ο αριθμός των μεταναστών ανήλθε στα 3,1 εκατομμύρια για το έτος 2010, ενώ για χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης ανήλθε στα 2 εκατομμύρια πολιτών. Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών σύμφωνα με εκτιμήσεις του, αναφέρει ότι η Ευρώπη έως το 2025 θα δεχθεί περίπου 16 εκατομμύρια μετανάστες. (BhaskarR,etall2010 andEuropeanCommissionEurostat)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΤΟ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το μεταναστευτικό ζήτημα και οι μεταναστευτικές εισροές στην Ελλάδα είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων. Η γεωγραφική θέση της χώρας, με θαλάσσια και χερσαία σύνορα τα οποία είναι δύσκολο να φυλαχθούν, αποτελούν εύκολη πρόσβαση μεταναστών από γειτονικές χώρες αλλά αποτελεί και ενδιάμεσο σταθμό για τους μετανάστες ως σταυροδρόμι ανάμεσα σε δύο ηπείρους. Η διαμόρφωση ενός εν γένει χαλαρού θεσμικού πλαισίου, η ανάπτυξη του αγροτικού τομέα, της βιοτεχνίας και των κατασκευών είναι κάποιοι από τους παράγοντες οι οποίοι συντέλεσαν στην είσοδο μεταναστών. (Γεωργαράκης Γ. Νίκος 2009)

#### **2.1 Κατηγορίες μεταναστών στην Ελλάδα :**

Ο όρος **μετανάστης** χρησιμοποιείται γενικά για να καλύψει τις παρακάτω κατηγορίες ατόμων οι οποίοι δεν έχουν την ελληνική υπηκοότητα αλλά διαμένουν στην Ελλάδα. Αυτές οι κατηγορίες είναι οι εξής:

- Ξένοι υπήκοοι οι οποίοι έχουν άδεια παραμονής και εργασίας (μετανάστες με νόμιμα έγγραφα)
- Ξένοι υπήκοοι οι οποίοι δεν έχουν άδεια παραμονής και εργασίας (μετανάστες «παράτυποι») Σε αυτούς υπάγονται αυτοί που επιδιώκουν να μεταβούν σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες αλλά διαμένουν προσωρινά στην Ελλάδα..Περιλαμβάνονται επίσης τα άτομα αυτά τα οποία δεν έχουν καταφέρει έκδοση ή ανανέωση της άδειας παραμονής τους αλλά και αυτοί που ενώ ζήτησαν άσυλο ,απορρίφθηκαν, αλλά δεν έφυγαν από την χώρα ενώ με βάση την νομοθεσία ήταν υποχρεωμένοι.
- Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν αυτοί οι οποίοι ζητούν άσυλο.
- Εδώ αναφερόμαστε στους πρόσφυγες οι οποίοι έχουν αποκτήσει το καθεστώς του πρόσφυγα από τις αρμόδιες αρχές, ζουν και εργάζονται στην Ελλάδα είτε αυτοί στους οποίους για ανθρωπιστικούς λόγους έχει δοθεί άσυλο.
- Παλινοστούντες ομογενείς οι οποίοι είναι ελληνικής καταγωγής αλλά έχουν ξένη υπηκοότητα λόγω του ότι προέρχονται από τα νέα ανεξάρτητα κράτη της πρώην Σοβιετικής Ένωσης και μπορούν εφόσον το επιθυμούν να αποκτήσουν την ελληνική υπηκοότητα.

- Αναφορά εδώ κάνουμε στους ομογενείς οι οποίοι είναι ελληνικής καταγωγής με αλβανική υπηκοότητα και μπορούν να αποκτήσουν ειδική άδεια παραμονής και εργασίας με ισχύ τρία χρόνια.
- 

## **2.2 Μεταναστευτικές εισροές μετά το 1989:**

Στην Ελλάδα η εμφάνιση των μεταναστευτικών εισροών είναι ένα σχετικά πρόσφατο φαινόμενο. Το μεγαλύτερο κύμα της μετανάστευσης εμφανίζεται τη δεκαετία του 1990. Εκτεταμένες παράνομες αφίξεις, παρατηρούνται με κύριο χαρακτηριστικό την είσοδό τους στην χώρα χωρίς νόμιμα έγγραφα κάτι το οποίο ισχύει έως την πρώτη διαδικασία νομιμοποίησης το 1997-1998. Έως το 1997 το φαινόμενο της μετανάστευσης θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως κυκλικό, διότι οι εισροές παρατηρούνται από Βαλκανικές χώρες και κυρίως από Αλβανία. (Baldwin- Edwards M. 2006)

Την περίοδο εκείνη κύρια χαρακτηριστικά της μετανάστευσης είναι η προσωρινότητα, οι μαζικές απελάσεις και η απασχόληση στην « ανεπίσημη οικονομία». (Fakiolas R. 2003). Οι εισροές μεταναστών συνεχίζονται και κατά την δεκαετία του 2000 και παρατηρείται η τάση των μεταναστών να παραμείνουν για μακρύ χρονικό διάστημα στην Ελλάδα για να υπάρξει επανένωση των οικογενειών. (Baldwin-Edwards M. 2004)

Στην απογραφή του 2001, η οποία αποτελεί μια πολύτιμη πηγή δεδομένων για τις χώρες προέλευσης του πληθυσμού ο οποίος μεταναστεύει στην Ελλάδα, καταγράφηκαν περίπου 800.000 ξένοι υπήκοοι. Από την Αλβανία προέρχονται οι περισσότεροι από τους μισούς και ένα 16,2% επιπλέον από την πρώην Σοβιετική Ένωση και από την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη. Ο συνολικός αριθμός μεταναστών μαζί με τους μετανάστες « χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα » υπολογίζεται στο ένα εκατομμύριο. (Εμκε- Πουλοπούλου Η. 2007).

Η μεγαλύτερη συγκέντρωση μεταναστών παρατηρείται στο νομό Αττικής αλλά εξίσου μεγάλες συγκεντρώσεις παρατηρούνται στο Ιόνιο, το Νότιο Αιγαίο, την Πελοπόννησο και την Κρήτη. Η Ελλάδα εκείνη την περίοδο δέχεται το μεγαλύτερο αριθμό μεταναστών κατά αναλογία στην Ευρωπαϊκή Ένωση και πιθανώς αυτοί δεν έχουν τα απαιτούμενα έγγραφα (MIGHEALTHNET, Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα )

Οι μετανάστες αποτελούν ένα σημαντικό τμήμα όσον αφορά το εργατικό δυναμικό της χώρας. Η πλειοψηφία αυτών εργάζεται στον τομέα της γεωργίας, στις κατασκευές και σε άλλες υπηρεσίες χαμηλής ειδίκευσης όπως τουρισμός ,οικιακές υπηρεσίες ,στην σίτιση κλπ. Παρατηρείται την περίοδο αυτή τα ποσοστά απασχόλησης για τους αλλοδαπούς να είναι αυξημένα και τα ποσοστά ανεργίας τους μειωμένα σε σύγκριση με τους Έλληνες. Αυτό οφείλεται στην νεαρή ηλικιακή κατανομή του μεταναστευτικού πληθυσμού και στο ότι παρατηρείται συγκέντρωση αυτών σε χαμηλής ειδίκευσης θέσεις εργασίας. Τα στοιχεία της απογραφής του 2001 έδειξαν ότι το 40% των αλλοδαπών απασχολούνταν σε ανειδίκευτες θέσεις εργασίας.(CavounidisJ.2006).

Τη δεκαετία 2000-2010 παρατηρείται εισροή εκατοντάδων χιλιάδων μεταναστών όχι μόνο από τις πρώην σοσιαλιστικές χώρες αλλά και από χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η εισροή μεγάλου πλήθους μεταναστών ήταν ιδιαίτερα πρωτόγνωρη για τον γηγενή ελληνικό πληθυσμό .διότι επέφερε διαταραχή στην συνοχή του οικονομικού και κοινωνικού τομέα και αποτέλεσε μείζον πολιτικό ζήτημα. Το διάστημα 2005-2010 η Ελλάδα χαρακτηρίζεται ως « η πύλη της Ευρώπης για την παράνομη μετανάστευση»(Becatoros Elena 2010) . Η ελληνική κρίση χρέους 2010-2012 δεν κατέστη δυνατή να μειώσει τον αριθμό μεταναστών οι οποίοι παράνομα εισέρχονται στην Ελλάδα. Ωστόσο λόγω των πολιτικών και πολεμικών αναταράξεων σε χώρες της Ασίας, της Ανατολής και της Ευρώπης παρατηρείται μεγάλο μεταναστευτικό κύμα προς την Ελλάδα ,από τις χώρες αυτές. .( Ρούπα Ζ. Ζωγράφου Π. Βασιλόπουλος Αρ.2014). Το 2011 παρατηρείται περαιτέρω αύξηση της μετανάστευσης. Τους πρώτους εννέα μήνες φαίνεται σύμφωνα με την FRONTEX να πέρασαν τα ελληνικά σύνορα 112.844 μετανάστες.(FRONTEX: Οργανισμός Ευρωπαϊκής Συνοριοφυλακής και Ακτοφυλακής).

Σήμερα οι μετανάστες της Ελλάδας υπολογίζονται πάνω από ένα εκατομμύριο. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Υπουργείου Εσωτερικών τα οποία επικαιροποιήθηκαν στις 19 Απριλίου του 2016 ο αριθμός των μεταναστών που ζούν μόνιμα στην Ελλάδα και είναι ο νόμιμος πληθυσμός» ανέρχεται στις 557.476. Οι οποίοι είτε εργάζονται ,είτε σπουδάζουν στην Ελλάδα ,είτε τους έχει δοθεί άδεια παραμονής για ανθρωπιστικούς και άλλους λόγους. (Υπουργείο Εσωτερικών: Γενική Γραμματεία Μεταναστευτικής Πολιτικής) και (Μπίτσικα Παναγιώτα ,2016) .

### **2.3 Γενικό Νομοθετικό πλαίσιο της Ελλάδας για το μεταναστευτικό ζήτημα.**

Η Ελλάδα λόγω της οικονομικής κρίσης την οποία αντιμετώπιζε ωθούσε Έλληνες στο να μεταναστεύουν και δεν προσέλκυε οικονομικούς μετανάστες. Την δεκαετία του 1990 έγινε η Ελλάδα χώρα υποδοχής μεταναστών. Η άσκηση μεταναστευτικής πολιτικής ,εμφανίζεται με εξαιρετικά περιοριστικό χαρακτήρα και λόγω του ότι η χώρα δεν ήταν σε ετοιμότητα να διαχειριστεί τις μεταναστευτικές εισροές με οικονομικούς και κοινωνικούς όρους παρατηρείται η σταδιακή διαδικασία νομιμοποίησης των μεταναστών.(Ρομπόλης Σ.2005) Για να μπορέσει να διευθετηθεί το ζήτημα αυτό θεσπίστηκαν οι εξής νομοθετικές πρωτοβουλίες.

- **Νόμος 1975/1991** .Ο Νόμος αυτός ορίζει προϋποθέσεις εισόδου και παραμονής μεταναστών στην Ελλάδα αλλά και την απέλαση αυτών οι οποίοι έχουν εισέλθει χωρίς νομικές διαδικασίες. Γι αυτόν ο οποίος παράνομα εισέρχεται στην Ελλάδα προβλέπεται ποινή φυλάκισης έως πέντε χρόνια.(Καλοφωλιάς ,2011σελ.35).

Το 1997-1998 με προεδρικά διατάγματα έγινε η πρώτη μαζική απόπειρα νομιμοποίησης παράνομων μεταναστών η οποία λόγω προβληματικών διαδικασιών και πολύπλοκων, λόγω δυσκολιών για τη συγκέντρωση του απαραίτητου αριθμού ενσήμων αλλά και επειδή οι μετανάστες ήταν επιφυλακτικοί απέναντι σε όλη αυτή την διαδικασία πολύ μεγάλος αριθμός μεταναστών δεν νομιμοποιήθηκε.(Βασιλούνη Σ. 2008)

Το 2001 ψηφίζεται ο νόμος **2910/2001**περί «εισόδου και παραμονής αλλοδαπών στην Ελληνική επικράτεια- Κτήση της ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση» για να αντιμετωπιστούν οι δυσκολίες και οι περιορισμοί που περιλάμβανε η προηγούμενη νομοθεσία.

- **Νόμος 2910/2001**. Ο νέος αυτός νόμος μεταφέρει την μεταναστευτική πολιτική από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης στο Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης. Ο απαιτούμενος χρόνος διαμονής του μετανάστη ,για να έχει το δικαίωμα οικογενειακής επανένωσης , μειώθηκε από τα 15 στα 2 έτη. Επίσης με τον νόμο αυτό οι μετανάστες κατοχύρωσαν το δικαίωμα πρόσβασης στο σύστημα δικαιοσύνης και κοινωνικής προστασίας και το δικαίωμα στην υποχρεωτική εκπαίδευση. Ο νόμος αυτός ρύθμισε και το θέμα της πολιτογράφησης.(Καλοφωλιάς,2011σελ36).

Μετά την ψήφιση του νόμου αυτού ακολουθεί και η δεύτερη διαδικασία νομιμοποίησης. Παρόλο που υπήρξε καλύτερη προετοιμασία από την πλευρά της δημόσιας διοίκησης ,πάλι προέκυψαν προβλήματα με αποτέλεσμα μεγάλος αριθμός μεταναστών να μην καταφέρει να νομιμοποιηθεί. (ΜπαγκαβόςΧ,Παπαδοπούλου Δ.2003). Τότε ψηφίζεται ο μεταναστευτικός νόμος του 2005, **N3386/2005**.Περί «εισόδου , διαμονής και κοινωνικής ένταξης υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια» και με τον νόμο αυτό θεσμοθετείται για πρώτη φορά η κοινωνική ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία»

- **Νόμος 3386/2005:** Ο νόμος αυτός θεωρείται σημαντικό νομοθέτημα της μεταναστευτικής πολιτικής. Παρατηρείται μείωση της γραφειοκρατίας διότι ενοποιείται σε ένα έγγραφο η άδεια εργασίας και διαμονής μεταναστών. Επιβάλλονται οικονομικές ,ποινικές και διοικητικές κυρώσεις σε όσους παρέχουν υπηρεσίες σε μετανάστες/υπηκόους τρίτων χωρών οι οποίοι είναι παράνομοι. Ενσωματώνεται η κοινοτική οδηγία 2003/86 η οποία αφορά την οικογενειακή επανένωση των μεταναστών και επίσης με βάση την κοινοτική οδηγία 2003/109 δημιουργείται το καθεστώς του επί μακρόν διαμένοντος αλλοδαπού συμπληρώνοντας πενταετή διαμονή στην Ελλάδα και πρέπει να έχει γνώση της ελληνικής γλώσσας, ιστορίας και πολιτισμού.(Καλοφωλιάς,2011,σελ.37).

Λόγω κάποιων κενών και παραλείψεων του παραπάνω νόμου ψηφίζεται το 2007 ο παρακάτω νόμος:

- **Νόμος 3536/2007:** Σύμφωνα με τον νόμο αυτό μπορούν οι γονείς των μεταναστών να νομιμοποιούνται όταν έχουν παιδιά τα οποία φοιτούν στην πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Επίσης ο νόμος αυτός δίνει το δικαίωμα στους μετανάστες να εξαγοράσουν το 20% των ενσήμων που χρειάζεται για την συμπλήρωση και για την ανανέωση της άδειας παραμονής τους.( Καλοφωλιάς, 2011,σελ38).

Επειδή όμως όλη η παραπάνω νομοθεσία δεν ρυθμίζει επαρκώς την ένταξη των παιδιών μεταναστών στην ελληνική κοινωνία ψηφίστηκε το 2010 ο παρακάτω νόμος.

- **Νόμος 3838/2010:** Με τον νόμο αυτό τίθενται προϋποθέσεις απόκτησης ελληνικής ιθαγένειας. Οι προϋποθέσεις είναι οι εξής: τα παιδιά των μεταναστών να έχουν γεννηθεί στην Ελλάδα και οι γονείς τους να διαμένουν νόμιμα και

μόνιμα στην Ελλάδα για 5 συνεχόμενα έτη. Επίσης παιδιά μεταναστών τα οποία διαμένουν νόμιμα και μόνιμα στην Ελλάδα να έχουν παρακολουθήσει τουλάχιστον 6 έτη ελληνικό σχολείο για να έχουν το δικαίωμα απόκτησης ελληνικής ιθαγένειας. Όσον αφορά το ζήτημα της πολιτογράφησης θα πρέπει όσοι αλλοδαποί επιθυμούν να πολιτογραφηθούν ως Έλληνες να γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα, να μένουν στην Ελλάδα νόμιμα για επτά συνεχόμενα έτη, να έχουν λευκό ποινικό μητρώο και να μπορούν να ενταχθούν ομαλά στην κοινωνική και οικονομική ζωή και να ανταποκριθούν στους θεσμούς του πολιτεύματος. (Καλοφωλιάς, 2011 σς38-39).

- **Κανονισμός Δουβλίνο II:** Είναι νομικό κείμενο με το οποίο καθορίζεται από την Ευρωπαϊκή Ένωση η χώρα η οποία θα δώσει άσυλο στον αιτούντα πρόσφυγα. Με τον κανονισμό αυτό ο μετανάστης μπορεί να κάνει αίτηση για άσυλο στην χώρα εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης στην οποία έχει εισέλθει την πρώτη φορά. Σύμφωνα με τον κανονισμό αυτό όταν ο μετανάστης εισέλθει στην Ελλάδα και μετά μεταβεί σε άλλη χώρα για να ζητήσει άσυλο θα πρέπει τελικά να επιστρέψει και να ζητήσει άσυλο στην Ελλάδα. ( Σωτηρόπουλος Βασίλης, 2011).

Όμως λόγω του ότι δεν υπήρχαν ευνοϊκά πλαίσια χορήγησης ασύλου στην Ελλάδα θεσπίστηκε το 2011 ο εξής νόμος απονομής ασύλου:

- **Νόμος 3907/2011:** Με τον νόμο αυτό προβλέπεται η επιστροφή του μετανάστη να είναι εθελούσια και αναφέρει τους λόγους για τους οποίους δεν μπορεί να ισχύσει αυτό. Σε περιπτώσεις έλλειψης συνεργασίας με τις πρεσβείες ή λόγω ύπαρξης κακών συνθηκών στις χώρες των μεταναστών. (Ανδρέας Χ. Τάκης, 2011 ).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

#### Το δικαίωμα στην υγεία –Ζητήματα υγείας και ασφάλισης των μεταναστών.

##### 3.1 Ορισμός έννοιας «υγεία».

Η υγεία ορίζεται ως κατάσταση πλήρους σωματικής ,ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας , και όχι απλά ως απουσία νόσου ή αναπηρίας. Σύμφωνα με την (Διακήρυξη της Alma Ata, 1978):

α) η υγεία αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παγκόσμιο στόχο του οποίου η πραγματοποίηση προϋποθέτει τη συμβολή πολλών άλλων οικονομικών και κοινωνικών τομέων, πέραν αυτού της υγείας.

β)όλοι οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα αλλά και καθήκον να συμμετέχουν τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο στο σχεδιασμό αλλά και στην υλοποίηση της φροντίδας υγείας τους.

γ)η τεράστια ανισότητα η οποία υπάρχει στο επίπεδο υγείας ιδιαίτερα μεταξύ των αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών αλλά και σε καθεμία ξεχωριστά , είναι αφενός μεν κοινωνικά ,πολιτικά και οικονομικά απαράδεκτη, αφετέρου δε , κοινού ενδιαφέροντος για όλες τις χώρες.

δ) Η προστασία και προώθηση της ανθρώπινης υγείας είναι αναγκαία για την διατήρηση της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και συμβάλλει στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και στην επικράτηση της ειρήνης παγκοσμίως .Είναι βασικής σημασίας να επικρατεί οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη για την επίτευξη ολοκληρωμένης υγείας και για να μειωθεί το χάσμα μεταξύ αναπτυσσόμενων και αναπτυγμένων χωρών.

ε) Ευθύνη των κυβερνήσεων όλων των χωρών πρέπει να είναι η εξασφάλιση ενός ολοκληρωμένου και σωστά αναπτυγμένου επιπέδου υγείας το οποίο μπορεί να εκπληρωθεί με επαρκή υγειονομικά και κοινωνικά μέτρα. Ένας από τους κύριους στόχους διεθνών οργανισμών ,κυβερνήσεων αλλά και παγκόσμιος στόχος πρέπει να είναι η εξασφάλιση και



επίτευξη ενός επιπέδου υγείας για όλους τους ανθρώπους το οποίο θα τους προσφέρει έναν κοινωνικά και οικονομικά παραγωγικό βίο.

Η υγεία των μεταναστών αποτελεί ένα μείζον θέμα , τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο όσο και στο υγειονομικό σύστημα της χώρας που υποδέχεται μετανάστες. Η πρόσβαση των μεταναστών στην ιατρική περίθαλψη είναι ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα και θέλει ιδιαίτερη προσοχή διότι α)το δικαίωμα στην υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την επιβίωση του ανθρώπου αλλά και β) μεσοπρόθεσμα αλλά και μακροπρόθεσμα δημιουργούνται ζητήματα δημόσιας υγείας.

### **3.2 Νομικό πλαίσιο**

**Το δικαίωμα στην υγεία κατά το διεθνές δίκαιο:** Το διεθνές δίκαιο με το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα προβλέπει στο άρθρο 12 παρ.1 ότι: «Τα Συμβαλλόμενα Κράτη πρέπει να αναγνωρίζουν το δικαίωμα κάθε προσώπου να απολαμβάνει την καλύτερη δυνατή ψυχική και σωματική υγεία».

Σύμφωνα με την παρ.2 του άρθρου 12 πρέπει: « Τα Συμβαλλόμενα Κράτη» να λάβουν μέτρα τα οποία θα εξασφαλίζουν την πλήρη άσκηση του δικαιώματος της υγείας αλλά θα λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα για την προφύλαξη και θεραπεία επιδημιών ,επαγγελματικών ,ενδημικών ασθενειών και την καταπολέμηση αυτών. Επίσης σύμφωνα με το άρθρο αυτό πρέπει το Συμβαλλόμενο Κράτος να δημιουργεί συνθήκες οι οποίες θα εξασφαλίζουν σε όλους ιατρικές υπηρεσίες και περίθαλψη σε περίπτωση ασθένειας.

Αξιοσημείωτη είναι και η θέση σχετικά με το δικαίωμα στην υγεία την οποία έχει λάβει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Από το 1981 έως το 2002 ο Π.Ο.Υ υιοθέτησε την Παγκόσμια Στρατηγική για την Υγεία για Όλους βάση της οποίας «υπάρχει ένα επίπεδο υγείας κάτω από το οποίο δεν πρέπει να υπάρχει κανένα άτομο σε καμία χώρα».(ΕΕΔΑ :ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΕΔΑ 2007)

**Το δικαίωμα στην υγεία κατά το Ελληνικό Σύνταγμα:** Οι σχετικές διατάξεις του Συντάγματος σχετικά με το δικαίωμα στην υγεία είναι οι εξής: **Άρθρο 5 παρ.2** το οποίο ορίζει ότι: «Όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους , χωρίς διάκριση εθνικότητας , φυλής και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων ». **Άρθρο 5 παρ.5** το οποίο λέει ότι: « Καθένας

έχει το δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας». **Άρθρο 21 παρ3** το οποίο ορίζει 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 απόρων ». Επίσης και **το άρθρο 2 παρ.1** μπορεί να θεμελιώσει το δικαίωμα στην υγεία των μεταναστών διότι ορίζει ότι « Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της πολιτείας»(Βουλή των Ελλήνων, Σύνταγμα της Ελλάδας,2013).

### **Ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο:**

Το ζήτημα της πρόσβασης των μεταναστών στις δωρεάν υπηρεσίες του ΕΣΥ εισήλθε στην πολιτική ατζέντα μετά το 2000 ως συνάρτηση της επίσημης απασχόλησης και της νομιμοποίησης των μεταναστών.

Τον Ιούλιο του 2000, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εξέδωσε εγκύκλιο με αρ. πρωτ.Υ4α οικ.8992/13.7.2000 που απεύθυνε στ Νοσοκομεία του ΕΣΥ και το ΕΚΑΒ ΜΕ ΘΕΜΑ: «Ίατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη των αλλοδαπών» σύμφωνα με την οποία ο νόμιμος μετανάστης εφόσον κατέχει βιβλιάριο υγείας εκδιδόμενο από το ασφαλιστικό ταμείο στο οποίο είναι εγγεγραμμένος μπορεί να έχει δωρεάν πρόσβαση στο ΕΣΥ. Η Εγκύκλιος όμως αυτή ξεσήκωσε θύελλα αντιδράσεων διότι θέτει αυστηρούς περιορισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας σε αλλοδαπούς οι οποίοι δεν διαθέτουν νομιμοποιητικά έγγραφα.

Σύμφωνα με τον μεταναστευτικό νόμο του 2001(N.2910/2001) χορηγήθηκαν επίσημα ίσα δικαιώματα με αυτά των Ελλήνων στους αλλοδαπούς καταγόμενοι από τρίτες χώρες που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα, όσον αφορά την κοινωνική προστασία και εθνική ασφάλιση. Οι παροχές που δικαιούται ο ξένος ασφαλισμένος και τα εξαρτημένα μέλη της οικογένειας του είναι ίδιες με αυτές των Ελλήνων ασφαλισμένων όπως ή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ,η νοσοκομειακή περίθαλψη, το επίδομα μητρότητας ,ασθένειας, ατυχήματος ,η χορήγηση σύνταξης και λοιπές παροχές.(MIGHEALTHNET, Μάρτιος 2009). Πρέπει να λάβουμε όμως υπόψη ότι λόγω της μεγάλης εστίασης της άτυπης εργασίας οι μετανάστες οι οποίοι διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα στερούνταν κοινωνικής ασφάλισης και επομένως πρόσβασης δωρεάν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας .

Οι παλιννοστούντες από χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης και οι μετανάστες ελληνικής καταγωγής(ομογενείς) με Αλβανική υπηκοότητα έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους Έλληνες, οπότε και πρόσβαση στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας εφόσον προσκομίσουν τα απαραίτητα έγγραφα

Με το **Προεδρικό Διάταγμα 668/18.5.2005** ρυθμίζεται και το θέμα των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο. Εφόσον προσκομίσουν την εν ισχύ προσφυγική τους ταυτότητα οι πρόσφυγες και την κάρτα αίτησης ασύλου οι αιτούντες άσυλο αποκτούν τα ίδια δικαιώματα με τους Έλληνες όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Αν έχουν μικρό εισόδημα ή είναι ανασφάλιστοι τότε έχουν δικαίωμα φαρμακευτικής κάλυψης και πρόσβασης δωρεάν σε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη. Επίσης το ίδιο ισχύει και για τους αλλοδαπούς των οποίων η είσοδός τους και παραμονή στην Ελλάδα έχει εγκριθεί για ανθρωπιστικούς λόγους. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι αλλοδαποί ασθενείς με HIV ή άλλες μεταδοτικές ασθένειες, οι οποίοι εφόσον η θεραπεία για τις ασθένειές τους δεν γίνονται στην χώρα προέλευσης τους ,έχουν το δικαίωμα δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και νοσηλείας στην Ελλάδα.

Ζήτημα δημιουργείται με τους, « άτυπους μετανάστες» τους αλλοδαπούς οι οποίοι δεν βρίσκονται νόμιμα στην Ελλάδα. Σύμφωνα με το νόμο (**Άρθρο 84/Ν.3386/2005**):

Οι δημόσιες υπηρεσίες, τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης, οι οργανισμοί και επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας και οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης υποχρεούνται να μην παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε υπηκόους τρίτης χώρας, οι οποίοι δεν έχουν διαβατήριο ή άλλο ταξιδιωτικό έγγραφο που αναγνωρίζεται από διεθνείς συμβάσεις, θεώρηση εισόδου ή άδεια διαμονής και γενικά δεν αποδεικνύουν ότι έχουν εισέλθει και διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα. Εξαιρούνται τα νοσοκομεία, θεραπευτήρια και κλινικές, όταν πρόκειται για υπηκόους τρίτων χωρών που εισάγονται εκτάκτως( σε περιπτώσεις μόνο επείγοντος περιστατικού) για νοσηλεία και τα ανήλικα παιδιά.

Η διάταξη όμως αυτή καθίσταται προβληματική ,γιατί είναι δύσκολο να οριστεί « η έκτακτη/επείγουσα» ιατρική περίθαλψη και ποια περιστατικά υπάγονται σε αυτήν.(ΕΕΔΑ: Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου,2007). Με αυτόν τον νόμο αδιευκρίνιστο μένει σε περιπτώσεις τις οποίες πρέπει να διασφαλιστεί η υγεία της εγκύου και του εμβρύου η οποία δεν είναι ανήλικη. Επίσης όταν πρέπει οι αλλοδαποί αυτοί να κάνουν κάποια δαπανηρή

θεραπεία ή επέμβαση όταν πάσχουν από χρόνια νόσημα αλλά δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα. Ακόμα και οι ασυνόδευτοι ανήλικοι αντιμετωπίζουν σοβαρό πρόβλημα γιατί ενώ δικαιούνται πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, δεν υπάρχουν οι κατάλληλοι χώροι υποδοχής τους. Αποτέλεσμα αυτού είναι να ζουν σε άθλιες συνθήκες οι οποίες θέτουν σε κίνδυνο την υγεία τους (HumanRightsWatch).

Με τον νόμο **4368/2016 και την ΚΥΑ Α3(γ)ΓΠ/οικ 25132/4-4-2016** θεσπίζεται πρώτη φορά το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.(Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Ν4368/2016).

Δικαιούχοι των παροχών αυτών είναι:

α) οι δικαιούχοι διεθνούς προστασίας (αναγνωρισμένοι πρόσφυγες και δικαιούχοι επικουρικής προστασίας) και οι ανιθαγενείς και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα) είτε είναι κάτοχοι άδειας διαμονής σε ισχύ είτε εκκρεμεί η έκδοση απόφασης επί αιτήσεως ανανέωσης του καθεστώτος διεθνούς προστασίας ή επί ενδικοφανούς προσφυγής ή ενδίκου μέσου κατά απορριπτικής της αιτήσεως ανανέωσης απόφασης ή κατά το χρόνο κατά τον οποίον υπάρχει δικαίωμα ενδικοφανούς προσφυγής ή ενδίκου μέσου,

β) όσοι διαμένουν στην Ελλάδα με καθεστώς παραμονής για ανθρωπιστικούς ή εξαιρετικούς λόγους και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα), σύμφωνα με το άρθρο 28 του π.δ. 114/2010 (Α'195) είτε του ν. 3386/2005 (Α'212) είτε του ν. 4251/2014 (Α'80) είτε αυτοί είναι κάτοχοι άδειας διαμονής σε ισχύ, είτε εκκρεμεί η έκδοση απόφασης επί αιτήσεως ανανέωσης του καθεστώτος διεθνούς προστασίας ή επί ενδικοφανούς προσφυγής ή ενδίκου μέσου κατά απορριπτικής της αιτήσεως ανανέωσης απόφασης ή κατά το χρόνο κατά τον οποίο υπάρχει δικαίωμα ενδικοφανούς προσφυγής ή ενδίκου μέσου,

γ) αιτούντες διεθνούς προστασίας και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα) από την ημερομηνία εκδήλωσης της βούλησης υποβολής αιτήματος διεθνούς προστασίας (αρχικού ή μεταγενέστερου) και μέχρις ότου η απόφαση επί του αιτήματος διεθνούς προστασίας τους καταστεί τελεσίδικη δηλαδή με απόφαση του αρμοδίου δικαστηρίου επί αιτήσεως ακυρώσεως κατά απόφασης επιτροπής προσφυγών ή αν παρέλθει άπρακτη η προθεσμία υποβολής του ενδίκου μέσου της αίτησης ακύρωσης,

δ) θύματα των εγκλημάτων των άρθρων 323, 323Α, 349, 351 και 351Α του Ποινικού Κώδικα (σύμφωνα με το ΠΔ. 233/2003 (Α'233), που είναι ανασφάλιστοι και για όσο χρονικό διάστημα διαρκούν τα μέτρα προστασίας και αρωγής και αλλοδαποί που εμπίπτουν στις διατάξεις του ν. 3875/2010 (Α'158) «Κύρωση και εφαρμογή της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών κατά του Διεθνικού Οργανωμένου Εγκλήματος» και για όσο διάστημα διαρκούν τα μέτρα προστασίας και αρωγής. Πολίτες τρίτων χωρών, κάτοχοι γραπτής βεβαίωσης απόφασης αναβολής απομάκρυνσης κατ' εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 4 του άρθρου 24 του ν. 3907/2011 (Α'7). Για την παροχή των υπηρεσιών της παρούσας ρύθμισης προς τους δικαιούχους απαιτείται η κατοχή από αυτούς Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ).

### **Βασικοί Ασφαλιστικοί Οργανισμοί:**

Οι τρεις βασικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί στους οποίους είναι ασφαλισμένοι σημαντικός αριθμός αλλοδαπών είναι οι εξής: ΙΚΑ,ΟΑΕΕ-ΤΕΒΕ και ΟΓΑ.

### **ΙΚΑ:(Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων)**

#### **Ο κανονισμός του ΙΚΑ είναι ο εξής:**

«Ασφαλισμένος στο ΙΚΑ είναι οποιοδήποτε πρόσωπο παρέχει εξαρτημένη εργασία, ανεξάρτητα από την υπηκοότητα του ή την ιθαγένεια του». Οπότε σύμφωνα με αυτό στο ΙΚΑ ασφαλίζονται όλοι οι αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες οι οποίοι έχουν άδεια παραμονής και εργασίας και προσφέρουν εξαρτημένη εργασία ,ανεξάρτητα από την σύμβαση που έχουν αλλά και την ιδιότητα του εργοδότη. Αλλά και με έγγραφο του ΙΚΑ (Δ21/121/21-9-93) αναφέρεται ότι η ασφάλιση των αλλοδαπών ,οι οποίοι δεν έχουν άδεια παραμονής και εργασίας, είναι υποχρεωτική έστω και αν η εργασία τους θεωρείται παράνομη.

Για να ασφαλιστεί ο αλλοδαπός πρέπει να έχει αριθμό μητρώου ασφάλισης και ατομικό βιβλιάριο υγείας τα οποία εκδίδονται από το οικείο υποκατάστημα του ΙΚΑ.

Δικαιώματα παροχών Από το ΙΚΑ είναι τα εξής: 1. Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη 2. Νοσοκομειακή περίθαλψη 3. Επιδόματα ασθενείας, ατυχήματος, μητρότητας κ.ά. 4. Σύνταξη

Οι μετανάστες ασφαλισμένοι πρέπει να έχουν τουλάχιστον 150 ημέρες ασφάλισης για να μπορέσουν να ανανεώσουν την άδεια παραμονής τους και το βιβλιάριο υγείας ,αλλιώς πρέπει να τις εξαγοράσουν.

Σύμφωνα με την (Μαράτου –Αλιπράντη. Λ και Γκαζόν Ε.2005) ο συνολικός αριθμός ασφαλισμένων αλλοδαπών σε κοινές επιχειρήσεις και οικοδομοτεχνικά έργα στο ΙΚΑ ήταν (242.142) από τους οποίους 130.510 ήταν αλβανικής καταγωγής και μετά ακολουθούσαν οι υπόλοιπες εθνικότητες.

### **ΤΕΒΕ-ΟΑΕΕ:(Ταμείο Επαγγελματιών& Βιοτεχνών Ελλάδος)**

Οι αλλοδαποί που ασφαλιζονται στο ΤΕΒΕ έχουν τα ίδια δικαιώματα και υποχρεώσεις με τους Έλληνες πολίτες .Για να γίνει η εγγραφή τους στο ΤΕΒΕ εκτός τα δικαιολογητικά τα οποία όλοι πρέπει να προσκομίσουν, οι ομογενείς της Αλβανίας (Βορειοηπειρώτες) πρέπει να προσκομίσουν φωτοαντίγραφο του ειδικού δελτίου ταυτότητάς τους και οι αλλοδαποί άλλων χωρών εκτός (Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χάρτη με τις οποίες η Ελλάδα έχει υπογράψει διακρατικές συμβάσεις, πρέπει να προσκομίσουν την άδεια παραμονής τους η οποία να είναι σε ισχύ ή βεβαίωση έκδοσης αυτής.

### **ΟΓΑ: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων**

Οι αλλοδαποί σύμφωνα με τον νόμο (Ν.2639/98) μπορούν να ασφαλιστούν στο ταμείο του ΟΓΑ εφόσον απασχολούνται στην αγροτική οικονομία συστηματικά και όχι περιστασιακά , έχουν κατά κύριο βιοποριστικό επάγγελμα την απασχόληση αυτή και έχουν λάβει άδεια άσκησης εργασίας.

Για την εγγραφή τους στα Μητρώα του Κλάδου και για να έχουν ασφάλιση θα πρέπει οι εργοδότες τους να προσκομίσουν Υπεύθυνες Δηλώσεις από τις οποίες να διαπιστώνεται ότι έχουν οι αλλοδαποί συμπληρώσει **75 ημέρες απασχόλησης από1/1/98 και μετά.**

Όπως οι Έλληνες πολίτες έτσι και οι αλλοδαποί έχουν τα ίδια δικαιώματα και υποχρεώσεις. Έχουν τις ίδιες παροχές , ασφαλιζονται οι ίδιοι και καλύπτουν ασφαλιστικά και τις οικογένειές τους και δικαιούνται περίθαλψη από τον οργανισμό εφόσον βέβαια έχουν άδεια παραμονής στη χώρα σε ισχύ.

Σύμφωνα με την έκθεση (Μαράτου- Αλιπράντη Λ και Γκαζόν Ε,2005) ο συνολικός αριθμός ασφαλισμένων αλλοδαπών στον Ο.Γ.Α ήταν 44.689.

### **3.3 Το προφίλ υγείας των μεταναστών:**

Στην Ελλάδα ελάχιστες είναι οι μελέτες οι οποίες έχουν γίνει για να ερευνηθούν τα προβλήματα υγείας των μεταναστών. Οπότε το γνωστικό αντικείμενό μας γύρω από το προφίλ υγείας των μεταναστών είναι περιορισμένο και ελάχιστα τα επιδημιολογικά δεδομένα τα οποία έχουν προκύψει από κάποιες έρευνες.

Οι πιο πολλές ερευνητικές εργασίες έχουν επικεντρωθεί στην εξέταση επιπολασμού λοιμωδών νοσημάτων, όπως φυματίωσης, ηπατίτιδας και της HIV λοίμωξης στον πληθυσμό των μεταναστών.

Οι (Κανακί κ.α...,2005, Κωνσταντινίδης κ.α...,2000, Παιωνίδης κ.α.1995) σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών τους φαίνεται μια στατιστικά σημαντική ανοδική τάση του ποσοστού των μεταναστών στο σύνολο των ασθενών με φυματίωση.

Σύμφωνα με τους (Καναβάκη κ.α 2007)η συχνότητα απομόνωσης της αντοχής του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης, όσον αφορά πρώτης γραμμής αντιφυματικά φάρμακα, παρουσιάζει σταδιακή αύξηση, με σημείο αιχμής το 2000. Μετά ακολουθεί κάμψη σταδιακά ,διαγράφοντας τροχιά παράλληλη με αυτή του μεταναστευτικού κύματος. Το ποσοστό της αντοχής όσον αφορά την (ριφαμπικίνη 6,4% και την ισονιαζίδη 13%) είναι μεγαλύτερο στον πληθυσμό των μεταναστών από το ποσοστό της αντοχής του μυκοβακτηριδίου στους Έλληνες. Ενώ η πολυαντοχή MDR έχει ποσοστό υψηλότερο στον πληθυσμό των μεταναστών από τον πληθυσμό των Ελλήνων ασθενών (4,9 % και 2,7% αντίστοιχα).

Όσον αφορά την ηπατίτιδα οι (Pantazis κ.α.2008) ως αποτέλεσμα της έρευνας αυτής διαπιστώνουν ότι στον γενικό πληθυσμό ο επιπολασμός της ηπατίτιδας Β μειώνεται διαχρονικά λόγω της προσπάθειας ενημέρωσης , προφύλαξης και μέτρων πρόληψης, αλλά οι ομάδες πληθυσμού όπως οι μετανάστες παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ηπατίτιδας Β για τα οποία χρειάζεται επιδημιολογική παρακολούθηση και παρέμβαση. Επίσης και η μελέτη των (Ρούσσο κ.α. 2010)παρουσιάζει παρόμοια αποτελέσματα ιδίως για ομάδες μεταναστών από την Αλβανία και την Ασία που κατοικούν στην Αττική.

Ακόμα και στις πρόσφατες μελέτες των (Paraventsis και συν 2010) και (Kanavaki και συν 2006) φαίνεται αυτή η στατιστικά σημαντική ανοδική τάση των ασθενών με φυματίωση και ιδιαίτερα ανησυχητικά τα ποσοστά της πολυανθεκτικής μορφής της νόσου.

Στην ανασκόπηση των (Γαλανάκη κ.α.1998), η οποία έγινε κατά την εξαετία 1990-1995 σε παιδιά αλβανικής καταγωγής στην παιδιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων έδειξε ότι τα παιδιά αλβανικής υπηκοότητας τα οποία διέμεναν στην Ελλάδα νοσηλεύονταν κυρίως για τις νόσους Ηπατίτιδα Β αλλά και β-μεσογειακή αναιμία.

Σχετικά με την HIV λοίμωξη ο ( Nikolopoulos κ.α 2005) αναφέρουν ότι την τελευταία δεκαετία το ποσοστό των αναφερόμενων κρουσμάτων σε μετανάστες παρουσιάζει μια αυξητική τάση και έχει διαφορετική εικόνα όσον αφορά τον τρόπο μετάδοσης από αυτή που παρατηρείται στους Έλληνες. Στην πλειοψηφία των μεταναστών ο τρόπος μετάδοσης οφείλεται στην ετεροσεξουαλική επαφή.

Αξίζει όμως εδώ να αναφερθούμε σε ένα λοιμώδες νόσημα που προκαλείται από το παράσιτο << πλασμώδιο >> της ελονοσίας. Μεταδίδεται κυρίως μέσω δήγματος (τσιμπήματος) μολυσμένου κουνουπιού. Η ελονοσία ενδημεί σε σχεδόν 100 χώρες, κυρίως της υποσαχάριας Αφρικής και της Ασίας. Στην Ελλάδα η νόσος εκριζώθηκε το 1974, μετά από επίπονο και εντατικό πρόγραμμα καταπολέμησης(1946-1960). Από τότε ,καταγράφονται στην Ελλάδα ετησίως γύρω στα 20-50 περιστατικά. Τα οποία σχετίζονται – στη μεγάλη τους πλειονότητα – με ταξίδι ή παραμονή σε ενδημική για την ελονοσία χώρα (εισαγόμενα περιστατικά).Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση επιτήρησης του ΚΕΕΛΠΝΟ τα κρούσματα για το 2015 έφτασαν τα 85 εκ των οποίων τα 79 ήταν εισαγόμενα και τα 6 εγχώρια.(ΚΕΕΛΠΝΟ).

Όπως καταδεικνύουν τα επιδημιολογικά δεδομένα ακόμα και από την τελευταία έκθεση, το ενδεχόμενο επανεγκατάστασης της νόσου είναι υπαρκτό. Κυρίως σε περιοχές όπου συνδυάζεται η παρουσία κουνουπιών με την παρουσία ασθενών που προέρχονται από ενδημικές για την ελονοσία χώρες.



Άλλο ένα πρόβλημα υγείας το οποίο αντιμετωπίζουν οι μετανάστες στην Ελλάδα είναι η επιβάρυνση της ψυχικής τους υγείας. Παράγοντες οι οποίοι επιβαρύνουν την ψυχική υγεία είναι σύμφωνα με (Χατζηπουλίδη Γ,κ.α 2009 και (Madiakosκ.α 2008) η μαζική εισροή των μεταναστών ,η ανεπαρκής οργάνωση των υποδομών υποδοχής μεταναστών αλλά και τα φαινόμενα γκετοποίησης.

Όπως αναφέρει ο Μπουφίδης Σ παρουσιάζοντας στοιχεία από 240 περιστατικά στα οποία προσέφεραν υπηρεσίες ψυχικής υγείας κατά το διάστημα 1997-1999 οι Γιατροί χωρίς Σύνορα: « Η πολιτισμική αλλαγή που υφίστανται οι μετανάστες, πρόσφυγες και άλλες κοινωνικές ομάδες κάτω από την επίδραση μιας διαφορετικής κουλτούρας στον τρόπο ζωής, στη γλώσσα, στην επικοινωνία στην εργασία, η ματαίωση των προσδοκιών τους ,η βίαιη προσαρμογή τους στις συνθήκες του τόπου , η ξеноφοβία ,οι προσωπικοί τους φόβοι και το φαινόμενο ρατσισμού που αναπτύσσεται ,τους οδηγούν όλα αυτά σε διαταραχή της ψυχικής τους ισορροπίας, σε απόσυρση και ψυχοκοινωνική μειονεξία».(Μπουφίδης Σ.1999).

Η ( EmkePouliopoulos 2001) αναφέρει ότι άλλος ένας παράγοντας ο οποίος επιδρά στην φυσική και ψυχική υγεία του ατόμου και επιφέρει (ψυχολογικά τραύματα, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και κίνδυνο πρόωμης εγκυμοσύνης είναι το φαινόμενο της διακίνησης trafficking για σεξουαλική εκμετάλλευση.

Στο προφίλ υγείας των μεταναστών στην Ελλάδα πρέπει να προστεθεί άλλο ένα πρόβλημα υγείας όπως αναφέρουν και ο(Nies και συν,2011) ότι οι μετανάστες αποτελούν υψηλή ομάδα κινδύνου για εργατικά ατυχήματα , τραυματισμούς και μυοσκελετικά προβλήματα . Αυτό συμβαίνει διότι και τα δύο φύλα μεταναστών εργάζονται ως ανειδίκευτοι εργάτες –τιες στον αγροτικό τομέα ή σε οικοδομές και μεγάλο ποσοστό αυτών δεν δηλώνεται και δεν ασφαρίζεται. ( Γαλάνης κ.α.2012). Αυτό διαπιστώνεται και από τις έρευνες όπου σύμφωνα με το (Εργατοϋπαλληλικό Κέντρο Αθήνας,2004) οι αλλοδαποί κατέχουν την πρώτη θέση στην λίστα των εργατικών ατυχημάτων με ποσοστό 50% αυξημένη πιθανότητα ατυχήματος.

Επίσης οι( Alexεκ.α 2003) διαπίστωσαν μετά από έρευνα την περίοδο 1996-2000 για ατυχήματα στον αγροτικό τομέα ότι μια από τις ευπαθείς ομάδες ήταν οι μετανάστες , στους οποίους παρουσιάζονταν κακώσεις βαριές και πολλαπλές λόγω τραυματισμού στα άνω άκρα κατά τον χειρισμό μηχανημάτων και λόγω πτώσεων. Την περίοδο 1996-2000 καταγράφηκαν 4,326 κακώσεις.

### **3.4 Το ελληνικό σύστημα υγείας- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

#### **3.4.1 Το ελληνικό σύστημα υγείας**

Κρίνεται αναγκαίο ,πριν ασχοληθούμε με την έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα και τις υπηρεσίες η οποία προσφέρει στους μετανάστες, να γίνει μια αναφορά στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Το Ελληνικό σύστημα υγείας ως μεικτό και οι φορείς στους οποίους στηρίζεται είναι το Εθνικό Σύστημα Υγείας, τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης και σε έναν μικρότερο βαθμό στον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και στην ιδιωτική ασφάλιση. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχει κάλυψη ιατρική στον πληθυσμό τον οποίο νόμιμα διαμένει στην χώρα και τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΓΑ,ΙΚΑ, ΤΕΒΕ, και άλλα) τα οποία παρέχουν πρωτίστως πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους ασφαλισμένους. Η ασφάλιση στην Ελλάδα κρίνεται ως υποχρεωτική και καλύπτει αυτούς που εργάζονται ,τους συνταξιούχους και τα εξαρτημένα μέλη. Όσοι αλλοδαποί προέρχονται από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης γίνονται ρυθμίσεις οι οποίες εξασφαλίζουν την ασφαλιστική τους κάλυψη σε συνεργασία με τα ασφαλιστικά ταμεία των χωρών από τις οποίες προέρχονται. Τον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας αντιπροσωπεύουν τα ιδιωτικά νοσοκομεία, ιατρεία και μαιευτήρια.

Οι Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας προσφέρονται δωρεάν σε κέντρα υγείας, στα αγροτικά ιατρεία τα οποία υπάγονται στα κέντρα υγείας, σε δημοτικά πολυϊατρεία, σε πολυϊατρεία τα οποία ανήκουν σε μη κυβερνητικές οργανώσεις και στα εξωτερικά ιατρεία και τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων. Όσον αφορά το κόστος παροχής δευτεροβάθμιας περίθαλψης και φαρμακευτικής κάλυψης το καλύπτουν τα ασφαλιστικά ταμεία για τους ασφαλισμένους. Η κάλυψη γίνεται είτε εξ' ολοκλήρου είτε ένα ποσό. Ενώ όσον αφορά τους Έλληνες ανασφάλιστους με χαμηλό εισόδημα υπάρχει η δυνατότητα έκδοσης βιβλιαρίου απορίας το οποίο παρέχει δωρεάν ιατροφαρμακευτική κάλυψη.

Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από τον κεντρικό προϋπολογισμό του κράτους, αλλά και από τις εισφορές των εργοδοτών και των ασφαλισμένων στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης Όμως παρόλα αυτά οι δαπάνες των ιδιωτών αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το 50% της συνολικής δαπάνης για την υγεία. Οι δαπάνες αυτές είναι οι εξής:

α) Ο ασθενής πρέπει να αποδώσει το ποσοστό συμμετοχής του, ανάλογα με τον τύπο κοινωνικής ασφάλισης του για την κάλυψη της δαπάνης υπηρεσιών οι οποίες παρέχονται από το ΕΣΥ. Οι ανασφάλιστοι είναι υποχρεωμένοι να καλύπτουν το συνολικό κόστος και αν χρειαστεί να γίνει νοσηλεία τότε πρέπει να προκαταβάλουν το 50%.

β) αλλά πρέπει ο ασθενής να καλύψει και την δαπάνη όταν κάνει χρήση υπηρεσιών υγείας σε ιδιωτικά ιατρεία, διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά νοσοκομεία.

Ενώ η Ελλάδα έχει ένα δημόσιο σύστημα υγείας το οποίο προσφέρει κάλυψη συνολικά στον πληθυσμό το ποσοστό πληρωμών από τα ιδιωτικά νοικοκυριά παραμένει το υψηλότερο στην Ευρώπη ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για την περίθαλψη. Με στοιχεία για το 2011 τα οποία δημοσίευσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης στη συνολική δαπάνη για την υγεία ανέρχεται σε ποσοστό 34% παρά την ύφεση ύψους 25%.(Π.Ο.Υ). Σύμφωνα με τον πίνακα των χωρών του ΟΟΣΑ με τις υψηλότερες κατά κεφαλήν ιδιωτικές δαπάνες υγείας σε σχέση με το εισόδημα των πολιτών ο Έλληνας δαπανά το 4,76% του εισοδήματός του για ιδιωτικές δαπάνες υγείας, ανεξάρτητα από τα ποσά που πληρώνει μέσω φορολογίας και ασφαλιστικών εισφορών για την υγεία.(Ο.Ο.Σ.Α).

### **3.4.2 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:**

#### **α) Ορισμός**

Στην παρούσα εργασία θα ασχοληθούμε με την έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ειδικότερα με την σχέση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και παροχή υπηρεσιών σε μετανάστες.

Σύμφωνα με το ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ 12/4/2017

ΜΕΤΤΑΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, την θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Το Κράτος

έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του.

### **β) Αρχές – Υπηρεσίες οι οποίες διέπουν την Π.Φ.Υ**

Οι αρχές είναι οι εξής:

. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.):

- α) Αποτελεί πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας.
- β) Παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, προαγωγής και φροντίδας της υγείας.
- γ) Εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας κατευθύνοντας τον πολίτη προς τα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας.
- δ) Σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπειά τους, στο πλαίσιο των κανόνων βιοηθικής και ιατρικής δεοντολογίας.

. Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν:

- α) Όλες τις σχετικές υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του πολίτη σε νοσηλευτικό ίδρυμα.
- β) Την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας.
- γ) Την παροχή πρώτων βοηθειών.
- δ) Την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας.
- ε) Την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα.
- στ) Την τακτική παρακολούθηση και τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα.
- ζ) Τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής και κατ' οίκον φροντίδας υγείας, καθώς και τις υπηρεσίες αποκατάστασης.
- η) Τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας - παιδιού.
- θ) Την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας.
- ι) Τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
- ια) Την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη.

ιβ) Την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.

Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ αναπτύσσονται ,οργανώνονται ,διαρθρώνονται και λειτουργούν με βάση τις αρχές της δωρεάν καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, της διασφάλισης της ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, της συνέχειας της φροντίδας υγείας, της προσέγγισης αποκλεισμένων και ευπαθών κοινωνικών ομάδων, της ευθύνης και λογοδοσίας των παρόχων υπηρεσιών υγείας, της εγγύτητας των υπηρεσιών στον τόπο κατοικίας, διαμονής ή εργασίας, της διασύνδεσης με λοιπές υπηρεσίες υγείας, της ορθολογικής παραπομπής σε άλλες μονάδες ή υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. ή συμβεβλημένων παρόχων για διάγνωση, θεραπεία, νοσηλεία ή περαιτέρω φροντίδα. Επίσης οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ διαρθρώνονται, αναπτύσσονται, οργανώνονται και λειτουργούν με βάση τις αρχές της διατομεακής συνεργασίας με τοπικούς κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς, της ενεργούς συμμετοχής στην ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών της κοινότητας καθώς και της αγωγής υγείας της κοινότητας αυτής.

Σύμφωνα με την( Διακήρυξη της AlmaAta, 1978) η Π.Φ.Υ εκτός όλων των παραπάνω αρχών αντανακλά τα κοινωνικοπολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά καθώς και τις οικονομικές συνθήκες μιας χώρας και βάσει αυτών αναπτύσσεται. Εμπλέκει και όλους τους σχετικούς τομείς της εθνικής και κοινοτικής ανάπτυξης, πέραν του τομέα της υγείας, όπως : την κτηνοτροφία ,την γεωργία, την βιομηχανία, την εκπαίδευση κ.α και προάγει την συνεργασία αυτών. Αξιοποιεί πλήρως τοπικές ,εθνικές και άλλες διαθέσιμες πηγές για την συμμετοχή στον σχεδιασμό ,οργάνωση, εφαρμογή και τον έλεγχο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Έτσι με αυτόν τον τρόπο με την κατάλληλη εκπαίδευση αναπτύσσει την ικανότητα της κοινότητας να συμμετέχει.

Όλες οι χώρες με πνεύμα συνεργασίας και προσφοράς πρέπει να συμπράττουν και να εξασφαλίζουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για όλους κάτι το οποίο ωφελεί άμεσα και κάθε άλλη χώρα. Οι κυβερνήσεις των χωρών πρέπει να διαμορφώνουν σχέδια δράσης και εθνικές πολιτικές και στρατηγικές με σκοπό την προώθηση και στήριξη της Π.Φ.Υ. ως τμήμα ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας και σε συντονισμό με άλλους φορείς και τομείς.

### **γ)Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Π.Φ.Υ:**

Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται μέσα από ένα ενιαίο, ολοκληρωμένο και αποκεντρωμένο σύστημα που οργανώνεται, διοικείται και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος. Στο πρώτο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες Π.Φ.Υ. από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.), τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Περιφερειακά Πολυδύναμα Ιατρεία, τα Περιφερειακά Ειδικά Ιατρεία και τα Τοπικά Ιατρεία. Τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Περιφερειακά Πολυδύναμα Ιατρεία, τα Περιφερειακά Ειδικά Ιατρεία και τα Τοπικά Ιατρεία δύνανται να μετονομάζονται σε Το.Μ.Υ., εφόσον η σύνθεση του προσωπικού το επιτρέπει, με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε. και σύμφωνη γνώμη του Κε.Σ.Υ.Πε. Το πρώτο επίπεδο παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. περιλαμβάνει τους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες σε μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και ως συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. σύμφωνα με τις αρχές του άρθρου 1. Στο δεύτερο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας. Τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου και οι Μονάδες Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας. Επίσης Π.Φ.Υ παρέχεται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων αλλά και στα πολυϊατρεία των Μ.Κ.Ο.

### **3.4.3Χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από μετανάστες**

Η παροχή Υπηρεσιών Υγείας και η πρόσβαση των μεταναστών σε αυτές αποτελεί μια βασική παράμετρο για να ενταχθούν στην Ελληνική κοινωνία προς αποφυγή του κοινωνικού τους αποκλεισμού αλλά και για την διασφάλιση της Δημόσιας Υγείας συνολικά. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας(Π.Φ.Υ) έχει χαρακτηριστεί ως ο ακρογωνιαίος λίθος για ένα ολοκληρωμένο και άρτιο υγειονομικό σύστημα μιας σύγχρονης χώρας. Ο ρόλος των δομών της Π.Φ.Υ είναι πολύ σημαντικός για την πρόληψη των νοσημάτων, την αντιμετώπιση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας και την αποκατάσταση της υγείας των μεταναστών.

Σύμφωνα με τους (Lahana E, NiakasD.2013 και NiesM, McEwenM.2011) η χρήση των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ από τους μετανάστες θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ελλιπής .Κυρίως γιατί οι μετανάστες χρησιμοποιούν τις δομές της Π.Φ.Υ για ένα οξύ πρόβλημα υγείας το

οποίο αντιμετωπίζουν και λιγότερο για να ενημερωθούν για την πρόληψη ενός νοσήματος ή την χρόνια αποκατάσταση αυτού. Η κοινωνία των μεταναστών δεν συμμετέχει σε προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας οπότε δεν γνωρίζει και την σημασία του προσυμπτωματικού ελέγχου.

Προληπτικές εξετάσεις όπως μαστογραφία, τεστ Παπανικολάου, εξέταση για τον έλεγχο προστατικού αντιγόνου και αντιγριπικός εμβολιασμός πραγματοποιούνται λιγότερο συχνά. Ο τακτικός εμβολιασμός παραμένει σε μικρό ποσοστό τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά.(Γαλάνης Π, και άλλοι ,2012).

Σε μελέτη των (Μαστραπά Ε, και συν 2013) σε παιδιατρικό πληθυσμό ενός Κέντρου Υγείας της Περιφέρειας σχετικά με το αν έχουν εμβολιαστική κάλυψη τα παιδιά των μεταναστών διαπιστώθηκε ότι ένα ποσοστό 52% δεν τηρούν πιστά τα επαναληπτικά σχήματα εμβολίων όσον αφορά το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών.

Σύμφωνα με τους(Nikolopoulos Ν και συν2005, και PantazisDκαι συν2008 ) παρατηρείται περιορισμένη προσέλευση από τους μετανάστες σε δομές της Π.Φ.Υ όταν πρόκειται για την διερεύνηση λοιμώδη νοσήματα όπως HIV, Φυματίωση και Ηπατίτιδα Α,Β,С. Λόγω φόβου να μην αντιμετωπίσουν εργασιακό και κοινωνικό αποκλεισμό είτε με την υποψία, είτε ως φορείς λοιμώδους νοσήματος ,δεν μεταβαίνουν σε Πρωτοβάθμιες δομές αλλά αντίθετα επιστρέφουν στην χώρα προέλευσής τους για αντιμετώπιση ,θεραπεία του νοσήματος.

Ο Δυτικός τρόπος ζωής αλλά και η διαφορετική νοοτροπία, ήθη και έθιμα καθώς και τα διαφορετικά πολιτισμικά, θρησκευτικά και πολιτιστικά πιστεύω τους ωθούν τους μετανάστες από Αφρικανικές και Ανατολικές χώρες να μην αποδέχονται τις Υπηρεσίες Υγείας. Οι Μουσουλμάνες αντιτίθεται στην επίδειξη του σώματος τους σε Επαγγελματίες Υγείας. Επίσης οι μετανάστες αντιτίθεται στην χρήση του ειδικού υλικοτεχνικού εξοπλισμού ο οποίος χρειάζεται κατά την εξέτάσή τους αλλά και στην ίδια την εξέταση τους όταν ο Επαγγελματίας Υγείας ο οποίος θα τους εξετάσει είναι άτομο αντίθετου φύλου.(Galanis Petall,2013).

### **3.4.4 Προβλήματα των μεταναστών στη χρήση Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας**

#### **Υγείας**

Οι μετανάστες κατά την έλευσή τους στην Ελλάδα έρχονται αντιμέτωποι με το θέμα του βιοπορισμού τους αλλά και με δυσμενείς συνθήκες κοινωνικές, πολιτιστικές και πολιτικές. Το υγειονομικό σύστημα της χώρας και κατ' επέκταση η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με στην οποία αναφερόμαστε στην παρούσα εργασία, έχει μικρή απήχηση στο μεταναστευτικό πληθυσμό και δεν συγκεντρώνει λόγω κάποιων παραγόντων, την προτίμηση των μεταναστών.

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας είναι η δυσκολία επικοινωνίας των ασθενών με τους Επαγγελματίες Υγείας, η χρήση της γλώσσας και η μη επαρκής κατανόηση των ιατρικών όρων. Η ελλιπής γνώση της ελληνικής γλώσσας από την θέση των μεταναστών και η μη επαρκής γνώση της γλώσσας επικοινωνίας της χώρας του μετανάστη από την μεριά των Επαγγελματιών Υγείας επηρεάζουν την προσβασιμότητα των αλλοδαπών σε Υπηρεσίες Υγείας. Ο Επαγγελματίας Υγείας δεν μπορεί να προωθήσει ένα πλάνο οδηγιών συμβουλών ή ένα θεραπευτικό πλάνο διότι δεν είναι κατανοητά από τους μετανάστες δημιουργώντας αίσθημα ανικανοποίησης, ανασφάλειας, αβεβαιότητας αυτών ως προς τις Υπηρεσίες Υγείας. (Woodward A, et al, 2013).

Η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού όπως (διερμηνείς, διαπολιτισμικοί διαμεσολαβητές), η έλλειψη εξειδικευμένων και σωστά διαμορφωμένων δομών και ή έλλειψη τεχνογνωσίας (έλλειψη εκτύπωσης ενημερωτικών φυλλαδίων σε γλώσσες από τις εθνικότητες που προέρχονται οι αλλοδαποί) εμποδίζει το ιατρικό και κατ' επέκταση διοικητικό προσωπικό να προσφέρει περίθαλψη και να ανταπεξέλθει στις ανάγκες των αλλοδαπών. Οι ανάγκες αυτές φυσικά είναι διαφορετικές από αυτές του ελληνικού πληθυσμού λόγω της διαφορετικής κουλτούρας, γλώσσας και ψυχοκοινωνικών δεδομένων τα οποία είναι χαρακτηριστικά της εθνικότητάς τους. Οι μετανάστες και ιδιαίτερα οι πρόσφυγες πηγαίνοντας σε μια ξένη χώρα αντιμετωπίζουν τραυματικές εμπειρίες κατά την διάρκεια του ταξιδιού αλλά και φόβο και ανασφάλεια για την βίαιη προσαρμογή τους σε μια χώρα όπου αισθάνονται ξένοι. Έρχονται αντιμέτωποι με ρατσιστικές συμπεριφορές αλλά αντιμετωπίζουν και την άγνοια των



λειτουργιών υγείας σχετικά με τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητές τους (π.χ η μουσουλμάνα γυναίκα αρνείται να εξεταστεί από άντρα γιατρό).

Σύμφωνα με την(EuropeanCommission,2006) στα πλαίσια της μελέτης «EqualityinHealth: GreekNationalReport»στην έρευνα η οποία έγινε με ερωτηματολόγιατα οποία μοιράστηκαν στο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό νοσοκομείων της Αττικής ,τα στοιχεία τα οποία συλλέχθηκαν παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Στην ερώτηση μεταξύ ποιών χαρακτηριστικών των ασθενών, μπορεί να οδηγήσει σε διάκριση, η φυλή και η εθνικότητα ήταν η δημοφιλέστερη απάντηση με ποσοστό 58,7%. Στην ερώτηση αν θεωρούν απαραίτητο οι γυναίκες ασθενείς οι οποίες λόγω θρησκείας και κουλτούρας έχουν την ιδιαιτερότητα να εξετάζονται από γυναίκες γιατρούς ένα ποσοστό περίπου 20% από τους ερωτώμενους απάντησαν ότι δεν το θεωρούν απαραίτητο. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το ποσοστό 41,5% το οποίο απάντησε ότι τα άτομα που ανήκουν σε μειονοτικές ομάδες θεωρούν ότι κάνει κατάχρηση του συστήματος κοινωνικών παροχών.

Ένα εν δυνάμει εμπόδιο το οποίο περιορίζει την προσβασιμότητα των μεταναστών στις δομές της Π.Φ.Υ είναι οι ίδιες οι δομές οι οποίες έχουν ένα δικό τους οργανωτικό πλαίσιο, δικό τους φορέα και πηγή χρηματοδότησης. Πολλές από αυτές τις δομές είναι απομακρυσμένες και σε δυσπρόσιτες τοποθεσίες. Αυτό έχει άμεση επίπτωση στους μετανάστες οι οποίοι απασχολούνται σε αγροτικές εργασίες .Οι μετανάστες αυτοί μετακινούνται συχνά σε περιοχές κατά βάση αγροτικές, για την εξεύρεση εποχικών αγροτικών εργασιών κάτι το οποίο έχει ως αποτέλεσμα να διακατέχονται από αρνητικά συναισθήματα όπως άγχος ,φόβος ανασφάλεια ,καχυποψία τα οποία τους αποστρέφουν από την αναζήτηση παροχής υπηρεσιών υγείας. Έτσι δεν είναι δυνατόν να αναπτυχθεί ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας και οι μετανάστες κάνουν χρήση των υπηρεσιών και των δομών Π.Φ.Υ μόνο όταν πρόκειται για οξύ περιστατικό.( Γαλάνης Π., κ.α 2012 και Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού Αναγνωστοπούλου Α. 2008).

Μια σημαντική παράμετρος η οποία αποθαρρύνει και θέτει περιορισμό στην προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ είναι το υψηλό οικονομικό κόστος ,δηλαδή η υψηλή ιδιωτική οικονομική δαπάνη. Ένα μεγάλο ποσοστό μεταναστών παραμένουν ανασφάλιστοι ακόμη και αυτοί που έχουν άδεια παραμονής κατά το νόμιμο καθεστώς. Το κόστος πληρωμής σε περίπτωση νοσηλείας μπορεί να είναι πολύ υψηλό γι αυτούς διότι πρέπει οι ίδιοι να πληρώσουν το ποσό ,δίνοντας προκαταβολή το 50% του ποσού περίθαλψης. Αρκετοί

μετανάστες δεν δικαιούνται βιβλιάρια οικονομικής απορίας και δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να απευθυνθούν σε ιδιωτικά θεραπευτήρια.

Τα στοιχεία της έρευνας των (Μαράτου –Αλιπράντη ,Λ και Γκαζόν Ε,2005) έδειξαν για τους αλλοδαπούς ότι αντιμετωπίζουν ανασφάλεια οικονομική σε βαθμό μεγαλύτερο από τον γηγενή πληθυσμό διότι τα χαμηλότερα εισοδήματά και το ποσοστό κατοχής ίδιας κατοικίας είναι πολύ μικρότερο για αυτούς .Για τους αλλοδαπούς το ποσοστό είναι 11,1% σε αντίθεση με τους Έλληνες το οποίο είναι 75%. Οπότε τα προβλήματα υγείας είναι πολύ πιθανό να είναι γι 'αυτούς μια έκτακτη ανασφάλεια την οποία να μην είναι σε θέση οικονομικά να την αντιμετωπίσουν.

Επίσης η ελλιπής οργάνωση και ενημέρωση του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας αλλά και των άλλων κρατικών υπηρεσιών σχετικά με το σε ποιο νομικό καθεστώς υπάγονται και είναι τα επιμέρους δικαιώματα της κάθε κατηγορίας αλλοδαπών ,όπως πρόσφυγες ή αλλοδαποί αιτούντες άσυλο δημιουργεί ένα μεγάλο εμπόδιο στην πρόσβαση αλλοδαπών σε υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και υγείας. Για μεγάλα χρονικά διαστήματα παρεμποδίζεται η πρόσβαση αλλοδαπών σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας λόγω εκτεταμένης καθυστέρησης έκδοσης ή ανανέωσης αδειών παραμονής ή για τους αιτούντες άσυλο καθυστέρηση έκδοσης του ειδικού δελτίου. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι αποτελούν παραμέτρους αποθάρρυνσης των μεταναστών να χρησιμοποιήσουν την Π.Φ.Υ είναι οι τα χρόνια προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας, όπως οι ανεπαρκείς και ελλιπώς στελεχωμένες από προσωπικό υποδομές, σε συνδυασμό με την γραφειοκρατία και τις λίστες αναμονής λόγω ελλιπούς οργανωτικού πλαισίου παροχής προγραμμάτων πρόληψης ,αγωγής υγείας και θεραπείας.(HatziprokopiouP.2004).

Σύμφωνα με μελέτη στην Ελλάδα του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου Πρόσβασης στην Υγεία των Γιατρών του Κόσμου(Γιατροί του Κόσμου- Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο2007) διαπιστώνεται αυτή η άγνοια και η ελλιπής πληροφόρηση των μεταναστών σχετικά με τα δικαιώματά τους στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Η μελέτη αυτή αφορούσε 112 άτομα τα οποία επισκέφτηκαν τις δύο πολυκλινικές σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη της Μη Κυβερνητικής Οργάνωσης Γιατροί του Κόσμου. Σε ερώτηση αν γνωρίζουν για την ύπαρξη υπηρεσιών ελέγχου για τον ιό του HIV, ένα ποσοστό 83,7% απάντησε ότι δεν γνωρίζει ότι έχει δικαίωμα να κάνει χρήση αυτών των υπηρεσιών. Σε σύγκριση με τις άλλες χώρες μελέτης το ποσοστό είναι σημαντικά υψηλό.

Το αποτέλεσμα της παραπάνω μελέτης μπορεί να θεωρηθεί ως άρνηση του δικαιώματος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που αφορά κυρίως τους μετανάστες χωρίς χαρτιά. Σε γενικό πλαίσιο δεν είναι ευρέως γνωστό και υπάρχει ελλιπής ενημέρωση των αλλοδαπών από τις κρατικές υπηρεσίες ότι σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 266/1999 δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη οι αιτούντες άσυλο και οι πρόσφυγες αλλά και οι αλλοδαποί των οποίων η έγκριση για είσοδο και παραμονή έχει γίνει για ανθρωπιστικούς λόγους. Σε αυτόν τον νόμο υπάγονται και οι αλλοδαποί ασθενείς με HIV οι οποίοι μπορούν να έχουν δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και νοσηλεία εφόσον δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστεί η θεραπεία αυτή στην χώρα από την οποία προέρχονται.

Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι λόγω ανασφάλειας, φόβου και επιφυλακτικότητας οι μετανάστες «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα» κάνουν χρήση του τομέα επειγόντων περιστατικών των δομών όταν η κατάσταση της υγείας τους χειροτερεύσει. Οπότε όμως έτσι από την μεριά του ιατρού υπάρχει αδυναμία παρακολούθησης του περιστατικού αλλά και το κόστος περίθαλψης τελικά είναι υψηλότερο.

Οι συνέπειες περιορισμένης προσβασιμότητας των αλλοδαπών στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ μπορεί να είναι ιδιαίτερα δυσμενείς για την υγεία τους αλλά και να δημιουργήσει κατ' επέκταση δυσμενείς επιπτώσεις στην Δημόσια Υγεία γενικότερα με τον κίνδυνο εμφάνισης και εξάπλωσης λοιμωδών νοσημάτων.

### **3.4.5 Εξειδικευμένες υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες:**

Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν έχει αναπτυχθεί και ενταχθεί ακόμα ένα οργανωτικό πλαίσιο ανάπτυξης πρακτικών διαπολιτισμικής προσέγγισης. Δεν υπάρχει δυνατότητα παροχής διερμηνέα και δεν είναι δυνατόν να παρέχονται πληροφορίες στον αλλοδαπό σε άλλες γλώσσες εκτός της Ελληνικής.

Σημαντικό ρόλο και έργο επιτελούν υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα αλλά και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) οι οποίες παρέχουν δωρεάν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Παρέχουν και προσφέρουν υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, συμβουλευτική υποστήριξη για τα ζητήματα αυτά καθώς και ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε πρόσφυγες, μετανάστες «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα» και σε μειονότητες. Κάποιες από τις ΜΚΟ είναι οι εξής:

Οι Γιατροί του Κόσμου και η PRAKSIS με πολυϊατρεία στην Αθήνα ,την Θεσσαλονίκη προσφέρουν φαρμακευτική κάλυψη, ιατρικές υπηρεσίες και συμβουλευτικά προγράμματα για θέματα ένταξης και πρόνοιας, κυρίως σε μετανάστες « χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα» και σε αιτούντες άσυλο οι οποίοι βρίσκονται υπό καθεστώς απέλασης.

Τα Πολυϊατρεία, η «καρδιά» της PRAKSIS, στεγάζονται σε δύο αυτόνομους χώρους σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη και παρέχουν ασταμάτητα από το 1996 δωρεάν και χωρίς διακρίσεις:

:

- Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Γενικό Ιατρείο, Γυναικολογική παρακολούθηση, Οδοντιατρική κάλυψη, Παιδιατρικό Ιατρείο
- Φαρμακευτική περίθαλψη
- Ψυχοκοινωνική υποστήριξη

Το 2015 επισκέφθηκαν τις ιατρικές υπηρεσίες των Πολυϊατρείων Αθήνας και Θεσσαλονίκης συνολικά **33.467** ασθενείς .Το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρικών πράξεων αφορούσε στο γενικό ιατρείο. Μεγάλο ποσοστό επίσης αφορούσε σε ασθενείς που επισκέφθηκαν τα φαρμακεία των Πολυϊατρείων Αθήνας και Θεσσαλονίκης προκειμένου να τους χορηγηθούν δωρεάν φάρμακα. Στην Αθήνα 11.337 έλαβαν δωρεάν φάρμακα από το Πολυϊατρείο και 6.044 στην Θεσσαλονίκη από τις υποστηρικτικές υπηρεσίες του φαρμακείου. Από τα στατιστικά δεδομένα παρατηρείται διαφοροποίηση τόσο στις χώρες προέλευσης όσο και στις πληθυσμιακές κατηγορίες των ασθενών των δύο Πολυϊατρείων, κυρίως λόγω της γεωγραφικής τους θέσης.

Το έτος 2015, από την Κοινωνική Υπηρεσία Αθήνας και Θεσσαλονίκης εξυπηρετήθηκαν συνολικά **14.061** άτομα. Η Ελλάδα λόγω οικονομικής κρίσης ανήκει στις κύριες χώρες προέλευσης στα Πολυϊατρεία της PRAKSIS σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, μαζί με Αφγανιστάν, Συρία και Αλβανία.

Αναφορικά με τα αιτήματα που δέχθηκαν οι κοινωνικές υπηρεσίες, στην πλειοψηφία τους αφορούσαν την οικονομική ενίσχυση και την κάλυψη των βασικών βιοτικών αναγκών (αιτήματα στέγασης, νομικά, κοινωνικοπρονοιακά, ιατρικά κ.λπ.).

Για την κάλυψη των παραπάνω αναγκών, η Κοινωνική Υπηρεσία των Πολυιατρείων παρείχε ψυχοκοινωνική υποστήριξη, παραπομπή τους σε άλλες υπηρεσίες και οργανώσεις και διαμεσολάβηση με υπηρεσίες και κοινωνικούς φορείς για τη διευκόλυνση της πρόσβασης και την εξειδικευμένη υποστήριξή τους. (PRAKSIS Αναφορά δράσης 2015)

Οι Γιατροί του Κόσμου από το 1997 στην Αθήνα και από το 2001 στην Θεσσαλονίκη λειτουργούν «Ανοιχτά Πολυιατρεία» στα οποία εθελοντικά νοσηλευτές, γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Στο Πολυιατρείο στην Αθήνα περιθάλπονται περίπου, κατά μέσο όρο 14.000 ασθενείς ετησίως από γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων όπως (καρδιολόγους, παιδίατρους, παθολόγους κ.α) με κύριες χώρες προέλευσης των ασθενών το Ιράκ, Αφγανιστάν, Μπαγκλαντές, Αφρικανικές χώρες αλλά και από Βουλγαρία, Πολωνία, Αλβανία και Ουκρανία.

Η Μη Κυβερνητική Οργάνωση Γιατροί Χωρίς Σύνορα, με τη χρήση διερμηνέων επισκέπτονται τον άτυπο καταυλισμό προσφύγων στην Πάτρα όπου ζουν άτομα αφγανικής καταγωγής, μετανάστες «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα» και παρέχουν περίθαλψη και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επίσης οργανώνουν δράσεις όπως ενημερώσεις πληθυσμού για ασθένειες και προσωπική υγιεινή. Μέσα στο 2016 περισσότεροι από 157.000 άνθρωποι έφτασαν στην Ελλάδα. Έπειτα από το κλείσιμο της λεγόμενης «Βαλκανικής Οδού», περίπου 50.000 πρόσφυγες και μετανάστες παραμένουν στην ηπειρωτική χώρα και 8.000 στα νησιά.

**Στη Σάμο:** Παρέχουν στέγαση και εξειδικευμένη φροντίδα σε 20 περίπου ευάλωτες οικογένειες σε προσωρινές δομές στο Βαθύ και έχουμε ξεκινήσει πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών ψυχικής φροντίδας για το σύνολο του προσφυγικού πληθυσμού που παραμένει στο νησί.

**Στη Λέσβο:** Με κινητές ιατρικές μονάδες, προσφέρουν εξειδικευμένη φροντίδα σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα και ψυχολογική υποστήριξη στον καταυλισμό του Καρα Τεπέ.

**Στη Βόρεια Ελλάδα:** Με κινητές ιατρικές μονάδες, παρέχουν ιατρική φροντίδα στους ανθρώπους που ζουν στους καταυλισμούς στην Ήπειρο και υπηρεσίες φροντίδας ψυχικής υγείας σε 6 κέντρα φιλοξενίας προσφύγων στην ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλονίκης.

Στην Κεντρική Ελλάδα: Κινητή μονάδα επισκέπτονται το κέντρο φιλοξενίας προσφύγων των Θερμοπυλών μία φορά την εβδομάδα, παρέχοντας υπηρεσίες ψυχικής φροντίδας και συμβουλευτικής σε θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας.

**Στην Αττική:** Παρέχουμε υπηρεσίες υγείας στον καταυλισμό προσφύγων στο Ελληνικό και στην περιοχή της πλατείας Βικτωρίας. Υπηρεσίες φροντίδας ψυχικής υγείας παρέχονται ακόμη στα κέντρα της Μαλακάσας, του Λαυρίου και του Αγίου Ανδρέα. Επίσης, φροντίζουμε για την ιατρική περίθαλψη, την ψυχοκοινωνική υποστήριξη και παρέχουμε νομική βοήθεια σε πρόσφυγες που έχουν υποστεί βασανιστήρια.

Επίσης ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός και το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες παρεμβαίνουν σε φορείς και υπηρεσίες για την κοινωνική ένταξη αιτούντων άσυλο και προσφύγων ,για θέματα υγείας, προσφέρουν συνοδεία σε νοσοκομεία αλλά και υλική αρωγή όπως τρόφιμα ,επιδόματα.

Αναφορά εδώ πρέπει να γίνει στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. το οποίο λειτουργεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας.

Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου που ιδρύθηκε με το Νόμο 2071/92 και λειτουργεί από το 1992. Είναι άμεσα εποπτευόμενο και χρηματοδοτούμενο από το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Το ΚΕΕΛΠΝΟ έχει ως κύριους σκοπούς:

Την προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας μέσω της ενημέρωσης του κοινού και τη χάραξη εθνικής στρατηγικής για την πρόληψη της μετάδοσης νοσημάτων.

**Στην χάραξη της εθνικής αυτής στρατηγικής υπάγονται τα παρακάτω προγράμματα**

- Αξιολόγηση των κινδύνων στην Δημόσια Υγεία από μετακινούμενους πληθυσμούς
- Την επιδημιολογική επιτήρηση των λοιμωδών νοσημάτων μέσω των συστημάτων επιτήρησης και συγκεκριμένα: του συστήματος υποχρεωτικής δήλωσης, του συστήματος παρατηρητών νοσηρότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (sentinel), του εργαστηριακού συστήματος επιτήρησης και την παρέμβαση στους χώρους υγείας.
- Την αντιμετώπιση εκτάκτων κινδύνων Δημόσιας Υγείας.
- Την υποστήριξη ειδικών πληθυσμιακών ομάδων (μετακινούμενων πληθυσμών & Trafficking).

- Την επίβλεψη για την εξασφάλιση υγιούς και ασφαλούς περιβάλλοντος.

Για τους λαθρομετανάστες έχει γίνει πρόβλεψη του ΚΕΕΛΠΝΟ για οργάνωση δομών στις οποίες θα γίνεται άμεση παρέμβαση σε περιπτώσεις άμεσων αφίξεων αλλοδαπών.

Για την επίτευξη των σκοπών αυτών το ΚΕΕΛΠΝΟ συνεργάζεται στενά με συναρμόδια υπουργεία, συντονιστικούς φορείς, τοπική αυτοδιοίκηση, πανεπιστημιακά ιδρύματα, εργαστήρια και φορείς Δημόσιας Υγείας της Ελλάδας και του εξωτερικού όπως Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης Νοσημάτων – ECDC, Αμερικανικό Κέντρο Πρόληψης Νοσημάτων – CDC κ.ά.

Άλλες πρωτοβουλίες υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας αφορούν προγράμματα ψυχικής υγείας τα οποία ξεκίνησαν μετά το 2000. Τέτοια προγράμματα όπως το «Ψυχαδέλφεια» και «Ψυχαργώ» προβλέπουν την λειτουργία Κέντρων Ημέρας στις δομές των οποίων παρέχονται ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες σε μετανάστες και πρόσφυγες αλλά και σε άλλες ευπαθείς ομάδες.

Στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργώ» η οργάνωση «Συν-ειρμός» ξεκίνησε από τα τέλη του 2007 την λειτουργία του Κέντρου Ημέρας Βαβέλ το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας αποκλειστικά των μεταναστών ή παρέχει συμβουλευτική στήριξη σε μετανάστες οι οποίοι λόγω των συνθηκών που βιώνουν υπάρχει κίνδυνος εκδήλωσης προβλημάτων ψυχικής υγείας. Οι υπηρεσίες παρέχονται από ψυχολόγους, ψυχιάτρους, διερμηνείς και πολιτισμικούς διαμεσολαβητές.

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει μελέτες με θέμα το μεταναστευτικό ζήτημα και κατ'επέκταση την υγεία των μεταναστών. Το Εθνικό Κέντρο Ερευνών, το Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής, η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας είναι μερικοί από τους φορείς οι οποίοι έχουν ασχοληθεί με έρευνες για το μεταναστευτικό ζήτημα.

Όλες οι παραπάνω προσπάθειες, εναλλακτικές του ΕΣΥ παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε μετανάστες είναι αξιόλογες και πρέπει να στηρίζονται και να εμψυχώνονται οι Επαγγελματίες Υγείας να προσφέρουν εθελοντικά τις υπηρεσίες τους. Σε καμία όμως περίπτωση δεν μπορούν να υποκαταστήσουν το Εθνικό Σύστημα Υγείας και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Κρίνεται αναγκαίο να ληφθούν συντονισμένα μέτρα τα οποία θα επιτρέπουν την πρόσβαση των μεταναστών «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα» στην

πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ένα σωστά εκπαιδευμένο με γλωσσικές δεξιότητες προσωπικό, η μείωση της γραφειοκρατίας, η σωστή ενημέρωση των μεταναστών γύρω από ζητήματα υγείας, κοινωνικής πρόνοιας και η ανάπτυξη προγραμμάτων απόκτησης πολιτισμικής ευαισθησίας από τους Επαγγελματίες Υγείας ,είναι μερικά από τα μέτρα τα οποία θα επιτύχουν την αποτελεσματική πρόσβαση των μεταναστών στην ΠΦΥ, την ένταξή τους στην ελληνική κοινωνία αλλά και την διασφάλιση της Δημόσιας Υγείας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΛΑΚΩΝΙΑΣ

#### 4.1 Ιστορική Αναδρομή

Το μεταναστευτικό κύμα προς τον Νομό Λακωνίας ξεκίνησε από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, εξαιτίας της αθρόας εισροής οικονομικών μεταναστών και της μόνιμης διαβίωσής τους όπως και σε ολόκληρη την χώρα. Μέχρι σήμερα έχουν υπάρξει διακυμάνσεις στον αριθμό και την εθνικότητα των μεταναστών. Οι πρώτοι μετανάστες στην Λακωνία ήταν Ιρακινής καταγωγής. Οι πρώτες ομάδες Κούρδων παράνομων μεταναστών εμφανίστηκαν το 1996 και ήταν αποτέλεσμα του πολέμου στο Ιράκ αλλά και των διώξεων που αντιμετώπιζαν από το τουρκικό κράτος. Ενδεικτικό της κατάστασης είναι ότι από το 1995 έως τον Νοέμβριο του 1997 υπολογίζεται σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Δημοσίας Τάξεως ότι εισήλθαν παράνομα στην Ελλάδα 22.451 Ιρακινοί υπήκοοι.

Μετά τους Ιρακινούς ακολούθησε η εγκατάσταση στην Λακωνία των μεταναστών Αλβανικής, Βουλγαρικής και Ρουμανικής καταγωγής. Από τα τέλη του 2009 και αρχές του 2010 άρχισαν να έρχονται οι πρώτοι μετανάστες Πακιστανικής καταγωγής.

Οι μετανάστες στην Λακωνία απασχολούνται σε διάφορους τομείς όπως τον αγροτικό τομέα, τον τομέα των οικοδομικών κατασκευών κυρίως οι άντρες και ως οικιακοί βοηθοί ή σε συγκεκριμένες δραστηριότητες στον τουριστικό τομέα οι γυναίκες. Ανάλογα με τον Δήμο στον οποίο εγκαθίστανται απασχολούνται και στους αντίστοιχους τομείς απασχόλησης που έχουν αναπτυχθεί εκεί. Στον Δήμο Ανατολικής Μάνης κύριος τομέας απασχόλησης είναι αυτός των οικοδομικών κατασκευών και οι κατασκευές κατοικιών και ξενοδοχειακών επιχειρήσεων με την χρήση πέτρας ως υλικό. Στον Δήμο Ευρώτα κυριαρχεί η απασχόληση μεταναστών στον αγροτικό τομέα με ένα μεγάλο αριθμό μεταναστών Πακιστανικής καταγωγής να έχει εγκατασταθεί και να εργάζονται ως εργάτες στα χωράφια. Φυσικά κυριαρχεί το φαινόμενο της αδήλωτης εργασίας και της μη ασφαλιστικής κάλυψη των Πακιστανών. Στους υπόλοιπους δήμους οι μετανάστες εργάζονται σε διάφορους από τους παραπάνω τομείς απασχόλησης.

Στον Δήμο Ευρώτα οι Πακιστανοί εγκαθίστανται είτε σε παλιά ακατοίκητα σπίτια μέσα στα χωράφια είτε σε σπίτια μέσα σε οικισμούς. Χαρακτηριστικό όμως είναι το γεγονός ότι διαμένουν πολλά άτομα μαζί σε πολύ μικρούς χώρους κάτι το οποίο δημιουργεί μεγάλο πρόβλημα ως προς το θέμα διαβίωσης τους. Δυσκολίες μεγάλες παρουσιάζονται στην κάλυψη των βιοτικών τους αναγκών, με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα να μην τηρούνται οι στοιχειώδεις όροι υγιεινής λόγω της έλλειψης χώρων υγιεινής. Αυτή όμως η κατάσταση αυξάνει σοβαρά τον κίνδυνο εξάρσης και μετάδοσης σοβαρών ασθενειών όπως την εμφάνιση κρουσμάτων ελονοσίας από την εγκατάστασή τους το 2009 και τα επόμενα χρόνια.

#### **4.2 Παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες του Νομού Λακωνίας.**

Υπηρεσίες και φορείς οι οποίοι προσφέρουν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Λακωνία σε όλους τους πολίτες είναι τα Κέντρα Υγείας με τα Περιφερειακά ιατρεία τους. Στον Δήμο Ανατολικής Μάνης, ο οποίος σύμφωνα με την απογραφή του 2011 έχει 12.900 μόνιμους κατοίκους, λειτουργούν δύο Κέντρα Υγείας, το Κέντρο Υγείας Αρεόπολης και το Κέντρο Υγείας Γυθείου. Στον Δήμο Ευρώτα ο οποίος έχει 18.050 μόνιμους κατοίκους σύμφωνα με την απογραφή, λειτουργεί το Κέντρο Υγείας Βλαχιώτη και στον Δήμο Μονεμβασίας με 22.000 μόνιμους κατοίκους λειτουργεί το Κέντρο Υγείας Νεάπολης.

Δευτεροβάθμια Περίθαλψη παρέχουν τα δύο νοσοκομεία του νομού τα οποία είναι η Γενική Νοσηλευτική Μονάδα Μολάων και το Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης τα οποία προσφέρουν περίθαλψη και νοσηλεία σε περιστατικά τα οποία δεν μπορεί να καλύψει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Πρωτοβάθμια περίθαλψη στον Δήμο Ευρώτα παρέχει το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Κλιμάκιο του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. με πρόγραμμα του ΕΣΠΑ και του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, με την υποστήριξη των τοπικών αρχών από το 2011 και σε κάθε περίοδο μετάδοσης δραστηριοποιήθηκε στην ενεργητική αναζήτηση κρουσμάτων ελονοσίας στην περιοχή του Δήμου Ευρώτα Λακωνίας, με στόχο την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία τους. Στην περιοχή του Δήμου Ευρώτα όπως είπαμε παραπάνω ζουν και εργάζονται σημαντικός αριθμός μεταναστών από χώρες ενδημικές για την ελονοσία, κατά την θερινή περίοδο. Σύμφωνα με τον απολογισμό του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ το 2009 στον Δήμο Ευρώτα παρουσιάστηκαν 6 κρούσματα ελονοσίας, το 2010 παρουσιάστηκε 1 κρούσμα, το 2011 τα κρούσματα έφτασαν τα 36, το 2012 είχαμε 10 κρούσματα, το 2013-2014 κανένα, το 2015 ένα

κρούσμα και το 2016 έως τον Σεπτέμβριο παρουσιάστηκαν 11 κρούσματα. Από το 2015 και μετά το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. με την υποστήριξη της Περιφέρειας Πελοποννήσου και με επαγγελματίες υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας συνεχίζουν την ενεργητική αναζήτηση, διερεύνηση και αντιμετώπιση όλων των κρουσμάτων ελονοσίας με την άμεσα εποπτευόμενη θεραπεία. Από το 2013 και μετά έχουν προβεί σε μαζική προληπτική χορήγηση σχήματος ανθελονοσιακής αγωγής σε μετανάστες από ενδημικές χώρες π.χ Πακιστάν που ζούσαν στον Δήμο Ευρώτα Λακωνίας αφού είχε γίνει πρώτα ενημέρωση και συγκατάθεσή τους μέσα στα πλαίσια εφαρμογής της άμεσα εποπτευόμενης θεραπείας. Το κλιμάκιο αυτό με περιοδικές επισκέψεις πόρτα –πόρτα κάνουν καταγραφή των οικιών των μεταναστών, τους ενημερώνουν για την ελονοσία και τα μέτρα προστασίας που πρέπει να πάρουν, κάνουν έλεγχο για συμπτώματα ελονοσίας αλλά και εργαστηριακό έλεγχο στα άτομα με συμπτώματα ελονοσίας.

Από το 2012 και μετά το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. έχει ξεκινήσει την προμήθεια Κέντρων Υγείας και Μονάδων Υγείας τα οποία δέχονται μεγάλους πληθυσμούς μεταναστών από ενδημικές χώρες, με την διανομή με (RapidDiagnosticTests) δηλαδή με Δοκιμασίες Ταχείας Διάγνωσης ελονοσίας με στόχο να γίνεται έγκαιρη διάγνωση κρουσμάτων, έτσι ώστε εγκαίρως να ξεκινάει η θεραπεία.

Το κλιμάκιο του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ στον Δήμο Ευρώτα Νομού Λακωνίας βρίσκεται σε συνεργασία με το Κέντρο Υγείας Βλαχιώτη τόσο για την έγκαιρη διάγνωση όσο και για την θεραπεία κρουσμάτων ελονοσίας. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό εκτελεί τις Δοκιμασίες Ταχείας Διάγνωσης ελονοσίας, εκτελεί αιμοληψίες σε περιστατικά ύποπτα για εμφάνιση ελονοσίας και ειδοποιεί το κλιμάκιο του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ για να αποφασίσουν από κοινού ανάλογα με την κλινική εικόνα του ασθενή για την θεραπεία του. Εάν το κρούσμα είναι θετικό είτε ξεκινά κατ' οίκον θεραπεία και παρακολουθείται, αλλιώς εάν η κατάσταση του ασθενούς χρήζει νοσηλείας μεταφέρεται στο νοσοκομείο Σπάρτης για περαιτέρω έλεγχο. Σε αρνητικό τεστ παρακολουθείται από τους παραπάνω φορείς για πιθανή εμφάνιση συμπτωμάτων μετέπειτα.

## **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **4.3 Σκοπός της μελέτης**

Βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας, αφού είδαμε μέσα από μια ιστορική αναδρομή πότε έγινε η έλευση των πρώτων μεταναστών στην Λακωνία ,τις εθνικότητες των μεταναστών, τους τομείς απασχόλησής τους αλλά και ποιοι φορείς παρέχουν σε αυτούς υπηρεσίες υγείας είναι ό εξής :

- Καταγραφή και διερεύνηση του βαθμού χρήσης υπηρεσιών υγείας στα κέντρα υγείας του ΝΟΜΟΥ ΛΑΚΩΝΙΑΣ από αλλοδαπούς-μετανάστες.
- Καταγραφή του νοσολογικού φάσματος – προφίλ Υγείας μεταναστών και η διερεύνηση των δεδομένων που προκύπτουν από αυτό.
- Ενημέρωση σχετικά με τις ειδικές ανάγκες των μεταναστών ώστε να είναι σε θέση οι επαγγελματίες υγείας να παρέχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας.
- Καταγραφή και αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης όσον αφορά την χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας –κέντρα υγείας από αλλοδαπούς έτσι ώστε οι αντίστοιχοι φορείς υγείας και οι πολιτικοί φορείς να γνωρίζουν που εντοπίζονται τα προβλήματα και πως μπορούν να αντιμετωπιστούν.
- Η διατύπωση προτάσεων που στοχεύουν στην βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης και να οδηγήσουν στην καλύτερη διαχείριση –παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες.

### **4.4Υλικό και Μέθοδος:**

Η μελέτη αυτή είναι μια αναδρομική μελέτη με στόχο την καταγραφή και διερεύνηση του βαθμού χρήσης υπηρεσιών υγείας –πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από αλλοδαπούς ,του ποσοστού αυτού και του νοσολογικού φάσματος των αλλοδαπών. Οπότε πραγματοποιήθηκε μια μελέτη στα ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΛΑΚΩΝΙΑΣ με πληθυσμό στόχο τους αλλοδαπούς-μετανάστες. Η αναδρομική αυτή μελέτη αφορούσε αναδρομή 3 έτη πίσω ,έτη 2014-2016. Η συλλογή δεδομένων έγινε με την καταγραφή του αριθμού μεταναστών που προσήλθαν στα κέντρα υγείας και βασικό εργαλείο συλλογής δεδομένων ήταν τα βιβλία καταγραφής περιστατικών κατά την προσέλευση ασθενών στα κέντρα

υγείας. Επίσης σε μια φόρμα καταγράφηκε η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, ο φορέας ασφάλισης εάν υπήρχε καθώς και ο λόγος προσέλευσης στο αντίστοιχο κέντρο υγείας.

#### **4.5 Ηθική και Δεοντολογία:**

Κίνδυνοι για τους συμμετέχοντες δεν υπήρξαν. Τηρήθηκαν θεμελιώδεις κανόνες ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας. Κρίθηκε όμως αναγκαίο να ζητηθεί άδεια από τις αρμόδιες αρχές, από τον αρμόδιο φορέα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ο οποίος στην προκειμένη περίπτωση είναι η 6<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Δ.Υ.Π.Ε. Εδόθη άδεια στις 9/2/2017, με αριθμό πρωτοκόλλου 4238, για την είσοδο και πραγματοποίηση μελέτης στα αντίστοιχα κέντρα υγείας ΝΟΜΟΥ ΛΑΚΩΝΙΑΣ

#### **4.6 Ανάλυση δεδομένων:**

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας τα στατιστικά πακέτα SPSS21 και statistica8.

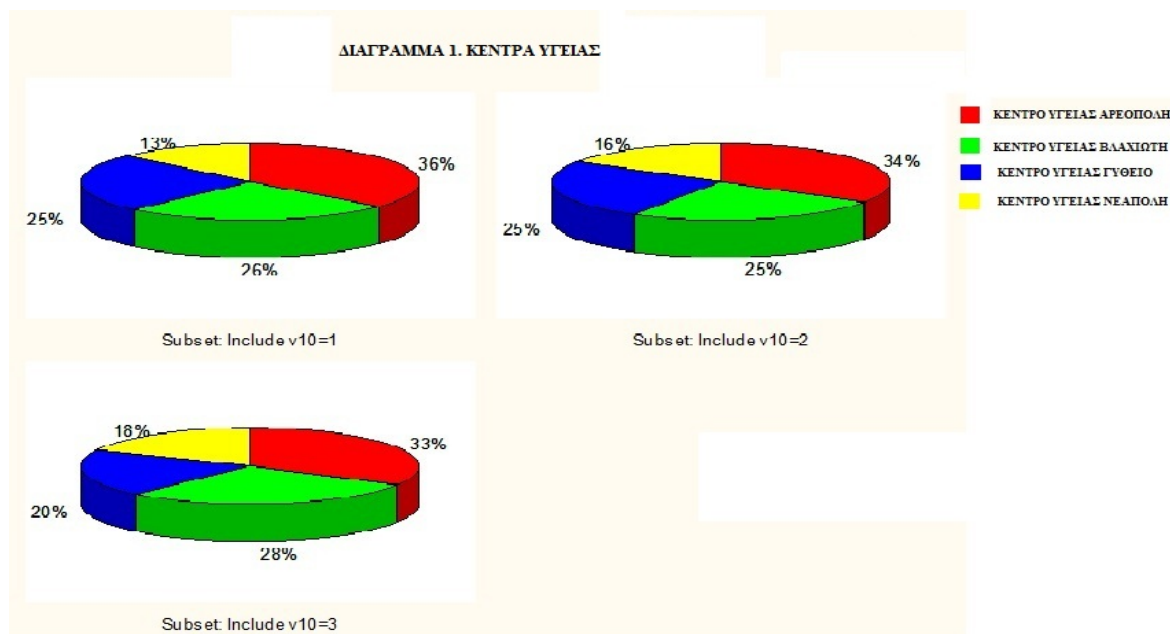
## ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

### 1.ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ

Τα κέντρα υγείας Λακωνίας τα έτη 2014-2016 επισκέφτηκαν 7078 μετανάστες. Το έτος **2014** σύνολο 1780 μετανάστες εκ των οποίων 644(36%) το κέντρο υγείας Αρεόπολης. Το κέντρο υγείας Βλαχιώτη επισκέφτηκαν 460(26%) άτομα. Το κέντρο υγείας Γυθείου άτομα 446(25%) ενώ το κέντρο υγείας Νεάπολης(4) άτομα 230(13%). Το **2015** σύνολο 2416 άτομα επισκέφτηκαν τα κέντρα υγείας εκ των οποίων 819(34%) το κέντρο υγείας Αρεόπολης, το κέντρο υγείας Βλαχιώτη 596(25%)μετανάστες, το κέντρο υγείας Γυθείου 613(25%) μετανάστες ενώ το κέντρο υγείας Νεάπολης 388(16%) μετανάστες το επισκέφτηκαν το έτος 2015.Όσον αφορά το έτος **2016** το κέντρο υγείας Αρεόπολης 958(33%)μετανάστες το επισκέφτηκαν, το κέντρο υγείας Βλαχιώτη 820(28%)μετανάστες. Το κέντρο υγείας Γυθείου 585(20%) μετανάστες ενώ το κέντρο υγείας Νεάπολης 519 (18%) μετανάστες για το έτος 2016.

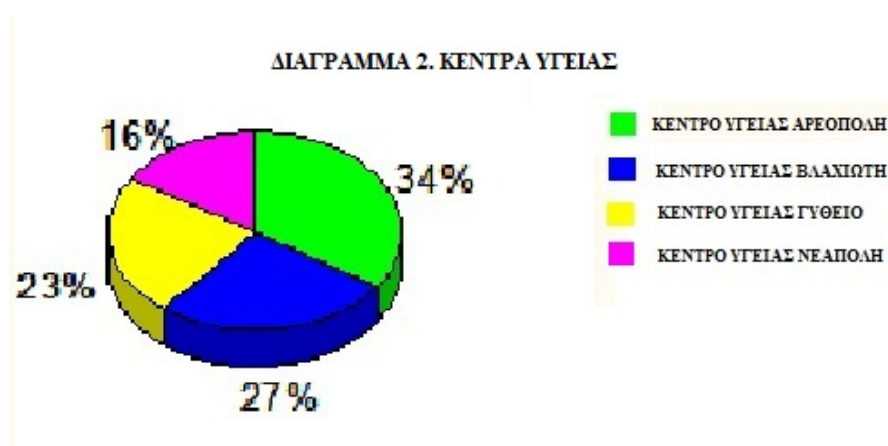
ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ					
ΕΤΟΣ	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΕΟΠΟΛΗΣ	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΛΑΧΙΩΤΗ	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΥΘΕΙΟΥ	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΠΟΛΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>2014</b>	644	460	446	230	1780
2015	819	596	613	388	2416
2016	958	820	585	519	2882
AllGrps	2421	1876	1644	1137	7078

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ



### 1 Απεικονιστική προσέγγιση κέντρα υγείας ανά έτος

Το κέντρο υγείας Αρεόπολης την τριετία 2014-2016 επισκέφτηκαν 2421(34%) μετανάστες. Το κέντρο υγείας Βλαχιώτη 1876(27%)μετανάστες για την τριετία. Το κέντρο υγείας Γυθείου μετανάστες σύνολο1644(23%) τα 3 αυτά χρόνια, ενώ το κέντρο υγείας Νεάπολης 1137 ποσοστό(16%) μετανάστες.



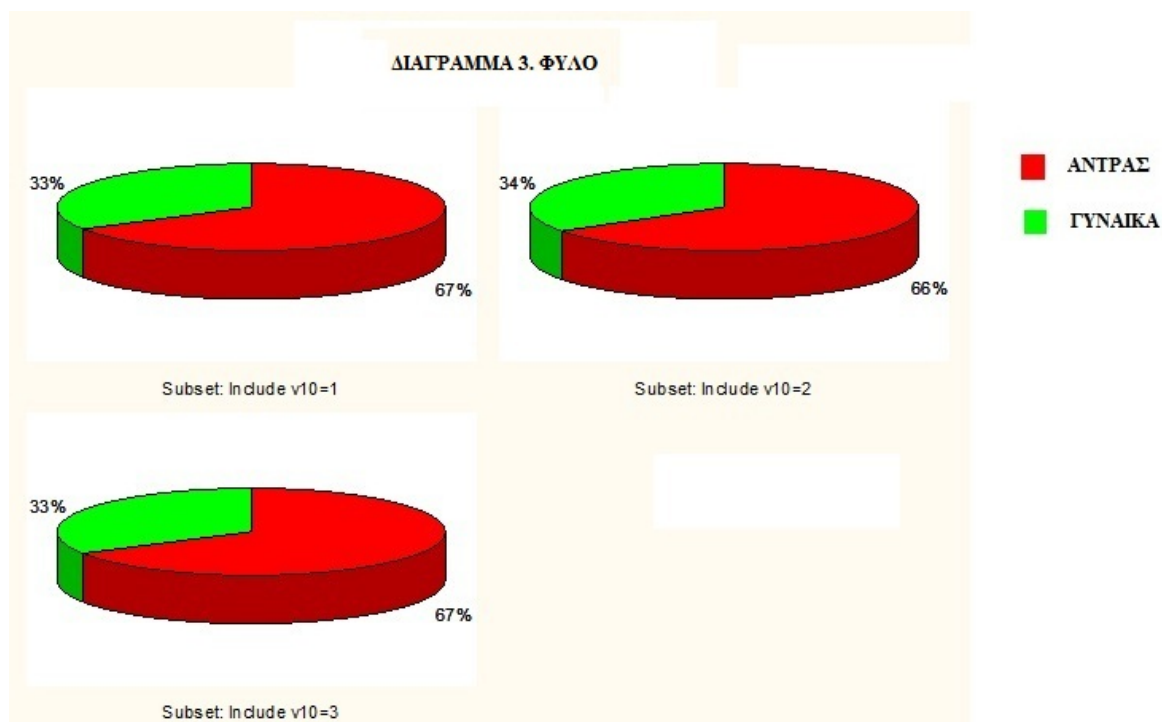
### Απεικονιστική προσέγγιση κέντρα υγείας την τριετία 2014-2016

## 2.ΦΥΛΟ

Από τους 1780 μετανάστες οι οποίοι επισκέφτηκαν τα κέντρα υγείας Λακωνίας το έτος **2014** οι 1186(67%) ήταν άντρες και 594(33%) ήταν γυναίκες. Το έτος **2015** σύνολο 2416 άτομα επισκέφτηκαν τα κέντρα υγείας εκ των οποίων 1589(66%) ήταν άντρες και 827(34%) γυναίκες. Το έτος **2016** σύνολο 2882 άτομα επισκέφτηκαν τα κέντρα υγείας και από αυτά 1922(67%) ήταν άντρες και 960(33%) ήταν γυναίκες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.ΦΥΛΟ ΑΝΑ ΕΤΟΣ

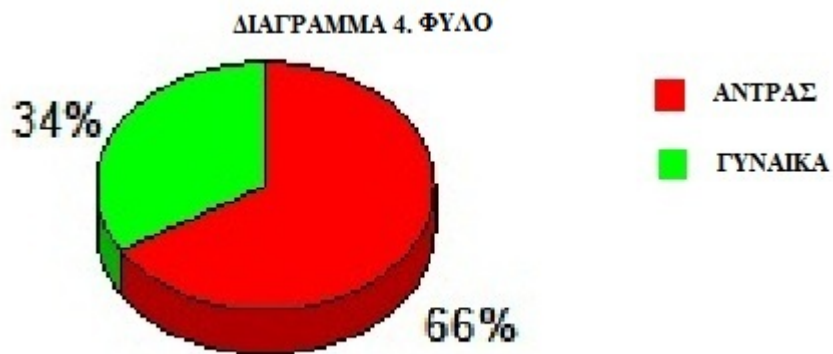
ΦΥΛΟ				
ΕΤΟΣ	ΦΥΛΟ ΑΝΤΡΑΣ	ΦΥΛΟ ΓΥΝΑΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ	
2014	1186	594	1780	
2015	1589	827	2416	
2016	1922	960	2882	
ΣΥΝΟΛΙΚΑ	4697	2381	7078	



**Απεικονιστική προσέγγιση φύλο ανά έτος**



Την τριετία **2014-2016** σύνολο 4697 (66%) άντρες μετανάστες και 2381(34%) γυναίκες επισκέφθηκαν τα κέντρα υγείας Λακωνίας.



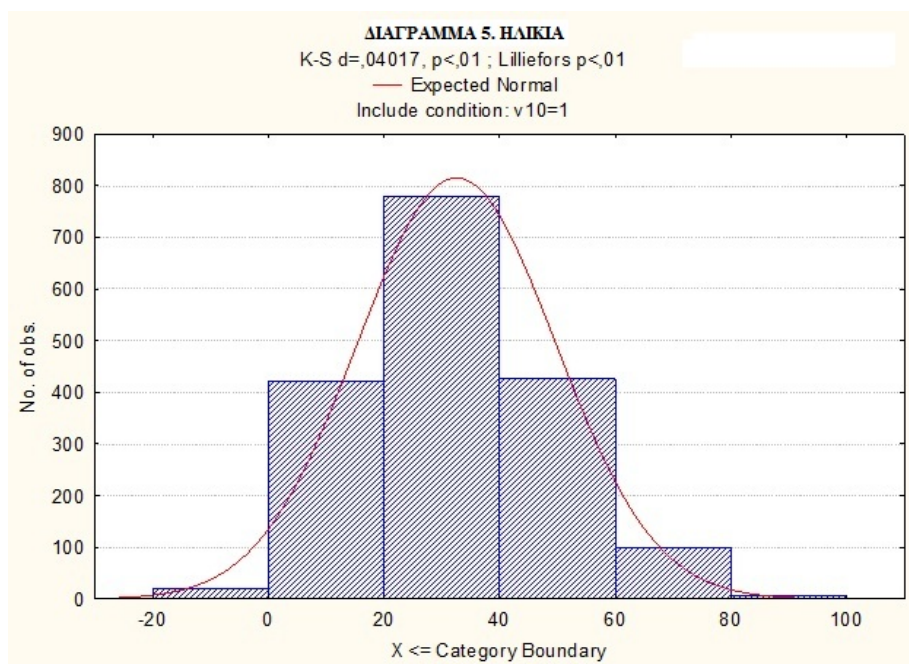
**Απεικονιστική προσέγγιση φύλο την τριετία**

### 3.ΗΛΙΚΙΑ

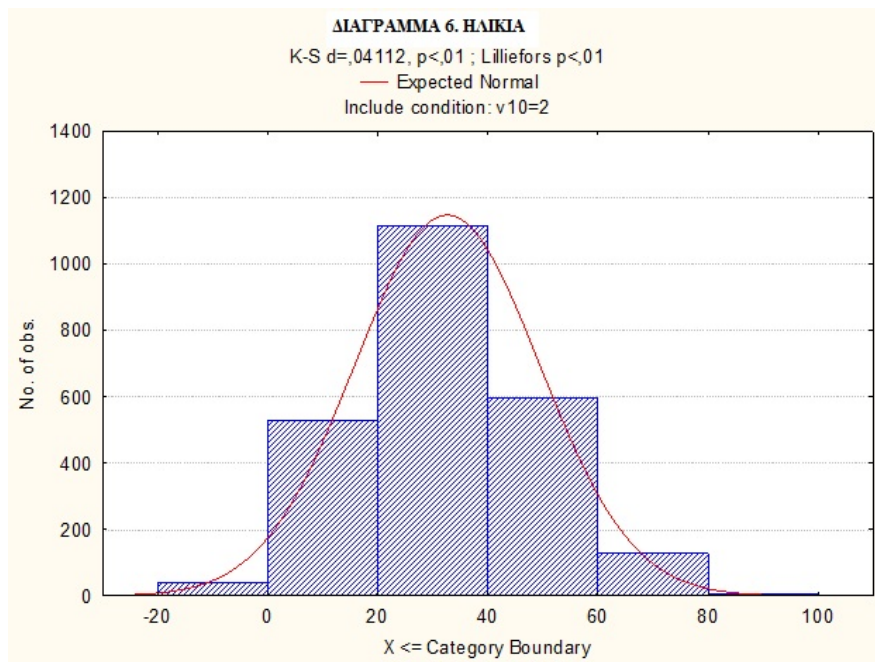
Το έτος **2014** 1753 μετανάστες οι οποίοι επισκέφθηκαν τα κέντρα υγείας Λακωνίας η μέση ηλικία τους ήταν στα 32,6 έτη με ηλικιακή κατανομή από ηλικία 0 έως 88 ετών. Το έτος **2015** σύνολο 2416 άτομα επισκέφθηκαν τα κέντρα υγείας με μέση ηλικία πάνω κάτω τα 32,6 έτη και ηλικιακή κατανομή από ηλικία 1 μηνών έως 93 ετών. Όσον αφορά το έτος **2016** σύνολο 2850 μετανάστες επισκέφθηκαν τα κέντρα υγείας με μέση ηλικία πάνω κάτω τα 32,6 έτη και ηλικίες 0 έως 93ετών. Την τριετία 2014-2016 σύνολο 7051 μετανάστες επισκέφθηκαν τα κέντρα υγείας εκτός 27 περιπτώσεων των οποίων δεν έχει καταγραφεί η ηλικία και στο σύνολο αυτό η μέση ηλικία ήταν πάνω κάτω τα 32,6 έτη με ηλικιακή κατανομή 0 ετών έως 93 ετών.

ΕΤΟΣ	ΗΛΙΚΙΑ				
	Valid N	Mean	Minimum	Maximum	Std.Dev.
2014	1753	32,56	1	88	17,158
2015	2416	32,64	1	93	16,807
2016	2850	32,70	1	93	17,009
ΣΥΝΟΛΙΚΑ	7051	32,65	1	93	16,975

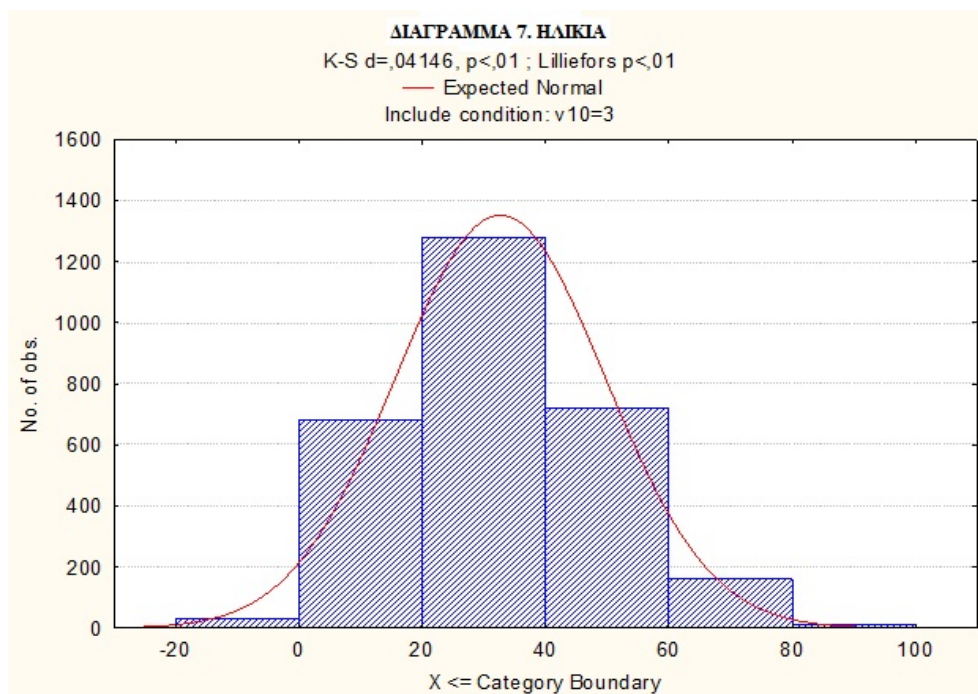
ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΗΛΙΚΙΑ ΑΝΑ ΕΤΟΣ



### **Απεικονιστική προσέγγιση της μέσης ηλικίας το έτος 2014**

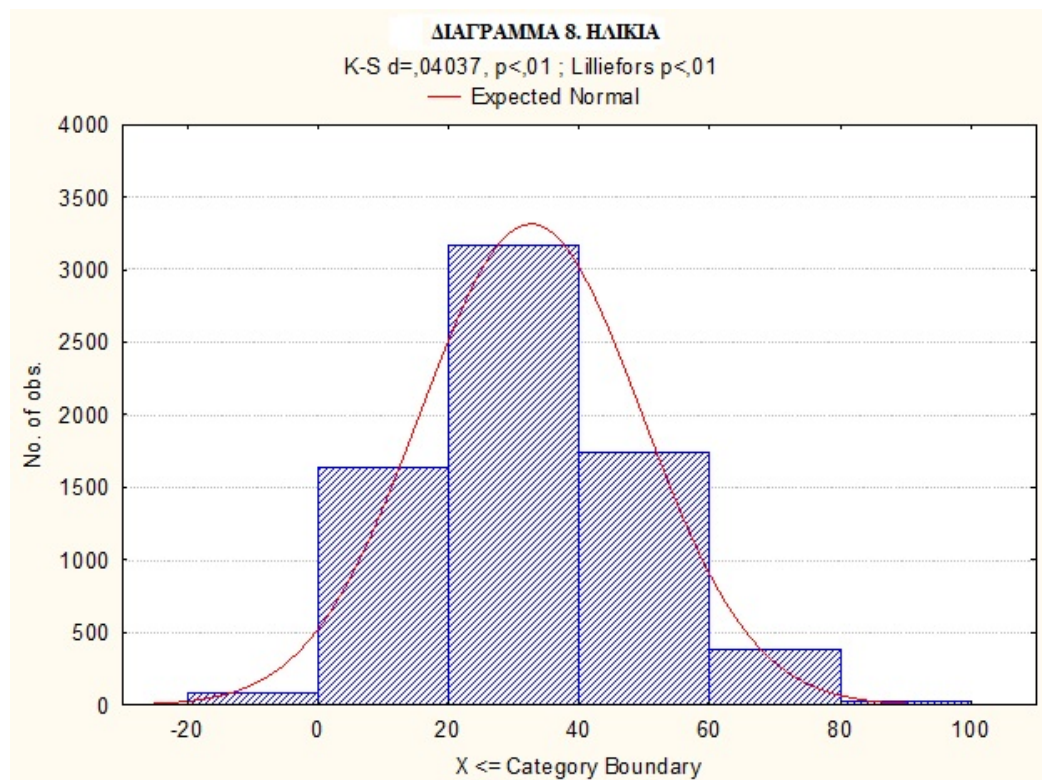


**Απεικονιστική προσέγγιση της μέσης ηλικίας το έτος 2015**



**Απεικονιστική προσέγγιση της μέσης ηλικίας το έτος 2016**

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 4 .ΗΛΙΚΙΑ ΤΡΙΕΤΙΑ 2014-2016



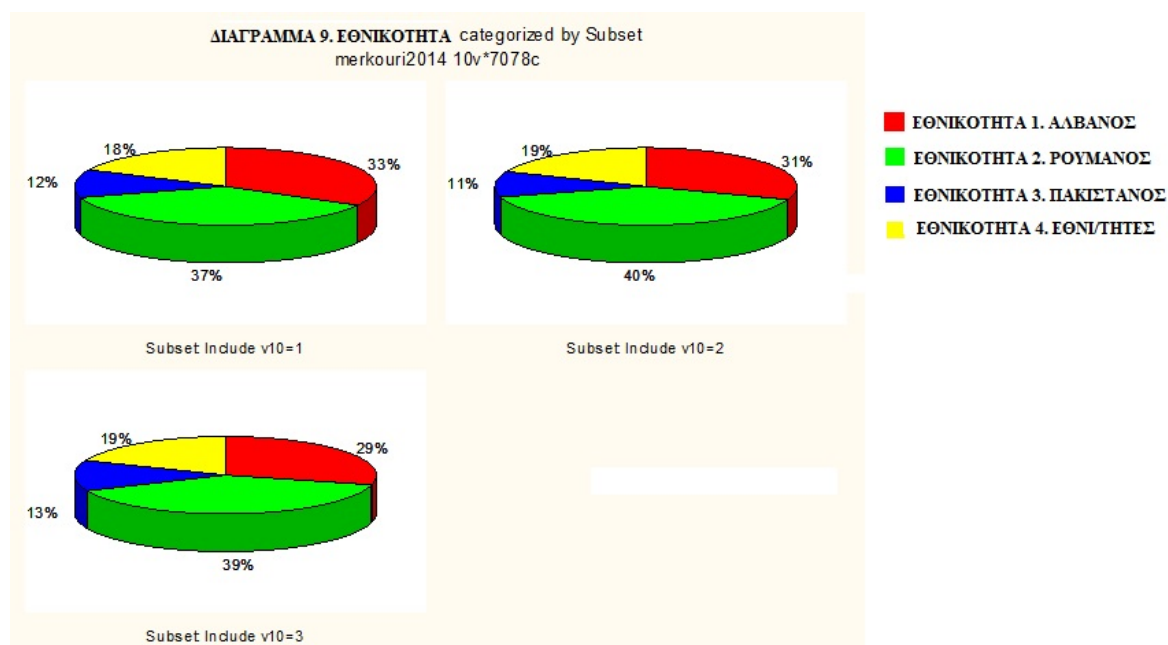
#### Απεικονιστική προσέγγιση της ηλικίας την τριετία 2014-2016

#### 4.ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ

Το έτος **2014** σύνολο 1780 άτομα επισκέφτηκαν τα κέντρα υγείας εκ των οποίων 588(33%) ήταν Αλβανοί, 644(37%) μετανάστες ήταν Ρουμανικής καταγωγής, άτομα 209(12%) Πακιστανικής εθνικότητας και 319(18%) ήταν άλλη εθνικότητα. Το έτος **2015** σύνολο 2416 μετανάστες επισκέφτηκαν τα κέντρα υγείας εκ των οποίων 737(31%) ήταν Αλβανοί, άτομα 968(40%) ήταν Ρουμάνοι, άτομα 260(11%) ήταν Πακιστανοί και 451(19%) μετανάστες άλλης εθνικότητας. Το **2016** σύνολο 2882 μετανάστες είχαν πρόσβαση στα κέντρα υγείας Λακωνίας οι 836(29%) ήταν Αλβανικής καταγωγής, μετανάστες 1133(39%) ήταν Ρουμάνοι, ενώ Πακιστανοί 371(13%) και 542(19%) άλλης εθνικότητας.

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ					
ΕΤΟΣ	ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ ΑΛΒΑΝΟΣ	ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ ΡΟΥΜΑΝΟΣ	ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ ΠΑΚΙΣΤΑΝΟΣ	ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ ΑΛΛΗ	ΣΥΝΟΛΟ
2014	588	664	209	319	1780
2015	737	968	260	451	2416
2016	836	1133	371	542	2882
ΣΥΝΟΛΙΚΑ	2161	2765	840	1312	7078

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ ΑΝΑ ΕΤΟΣ



#### Απεικονιστική προσέγγιση της εθνικότητας ανά έτος

Την τριετία **2014-2016** μετανάστες 2161(31%) ήταν Αλβανικής καταγωγής, άτομα 2765(39%) ήταν Ρουμάνοι, 840(12%) Πακιστανοί και 1312(19%) άλλης εθνικότητας.



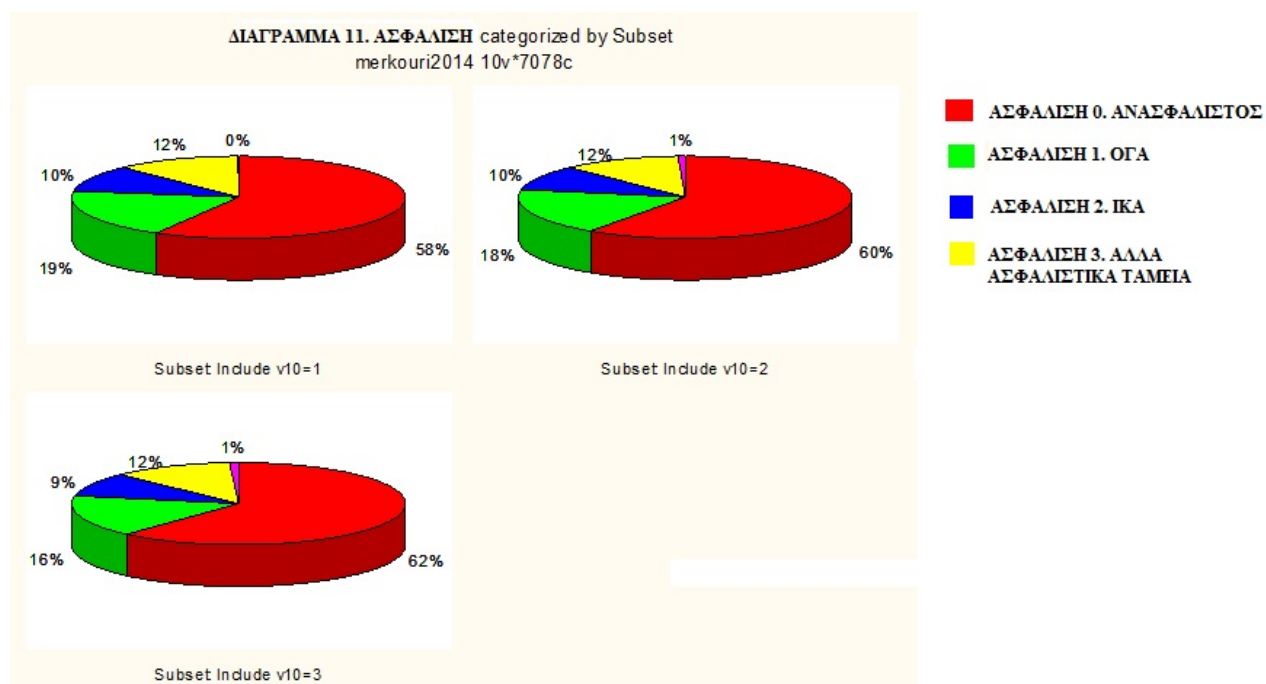
**Απεικονιστική προσέγγιση της εθνικότητας την τριετία**

## 5.ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Το έτος **2014** 1780 μετανάστες είχαν πρόσβαση στα κέντρα υγείας εκ των οποίων οι 1035 μετανάστες (58%) ήταν ανασφάλιστοι , οι 342(19%) είχαν ασφάλιση ΟΓΑ , 186(10%) ΙΚΑ και 217 άλλο ασφαλιστικό ταμείο. Το έτος **2015** 2416 μετανάστες επισκέφτηκαν τα κέντρα υγείας εκ των οποίων 1439(60%) ήταν ανασφάλιστοι(0), 444(18%) είχε ασφάλιση ΟΓΑ, μετανάστες 238(10%) είχε ΙΚΑ και 295(12%) άλλο ασφαλιστικό ταμείο. Το έτος **2016** 2882 μετανάστες είχαν πρόσβαση στα κέντρα υγείας με 1776(62%) να είναι ανασφάλιστοι ,μετανάστες 471(16%) με ασφάλιση ΟΓΑ, 272(9%) είχαν ασφάλιση ΙΚΑ και 363(12%) άλλο ασφαλιστικό ταμείο

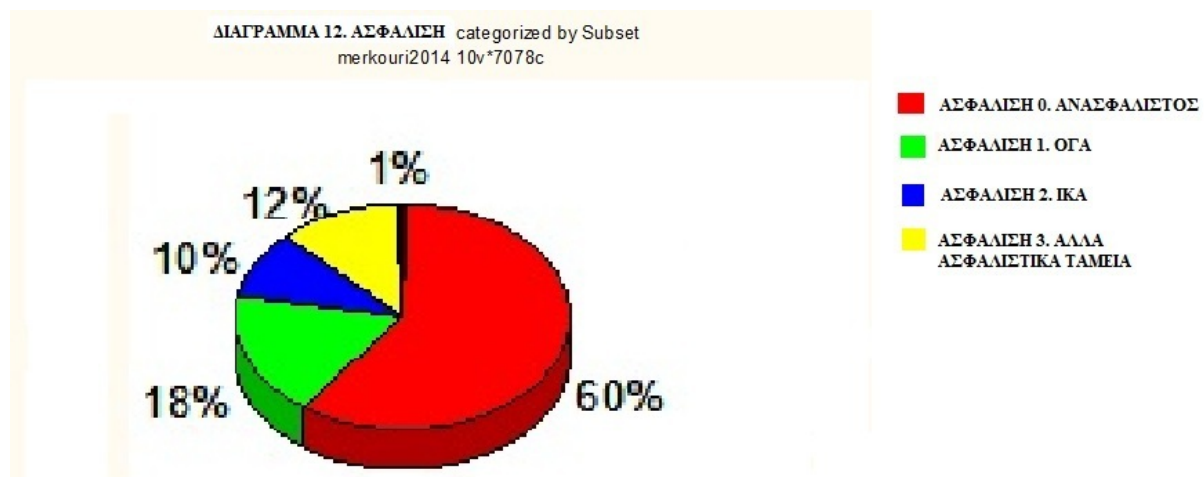
ΑΣΦΑΛΙΣΗ		ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΟΓΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΙΚΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΛΛΗ	ΣΥΝΟΛΟ	
ΕΤΟΣ							
2014		1035	342	186	217	1780	
2015		1439	444	238	295	2416	
2016		1776	471	272	363	2882	
ΣΥΝΟΛΙΚΑ		4250	1257	696	875	7078	

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΝΑ ΕΤΟΣ



### Απεικονιστική προσέγγιση ασφάλισης ανά έτος

Την τριετία **2014-2016** σύνολο 4250(60%) μετανάστες κατά την επίσκεψή τους στα κέντρα υγείας ήταν ανασφάλιστοι, μετανάστες 1257(18%) είχαν ασφάλιση ΟΓΑ, 696(10%) ασφάλιση ΙΚΑ και 875(12%) άλλο ασφαλιστικό ταμείο.



**Απεικονιστική προσέγγιση ασφάλισης για την τριετία 2014-2016**

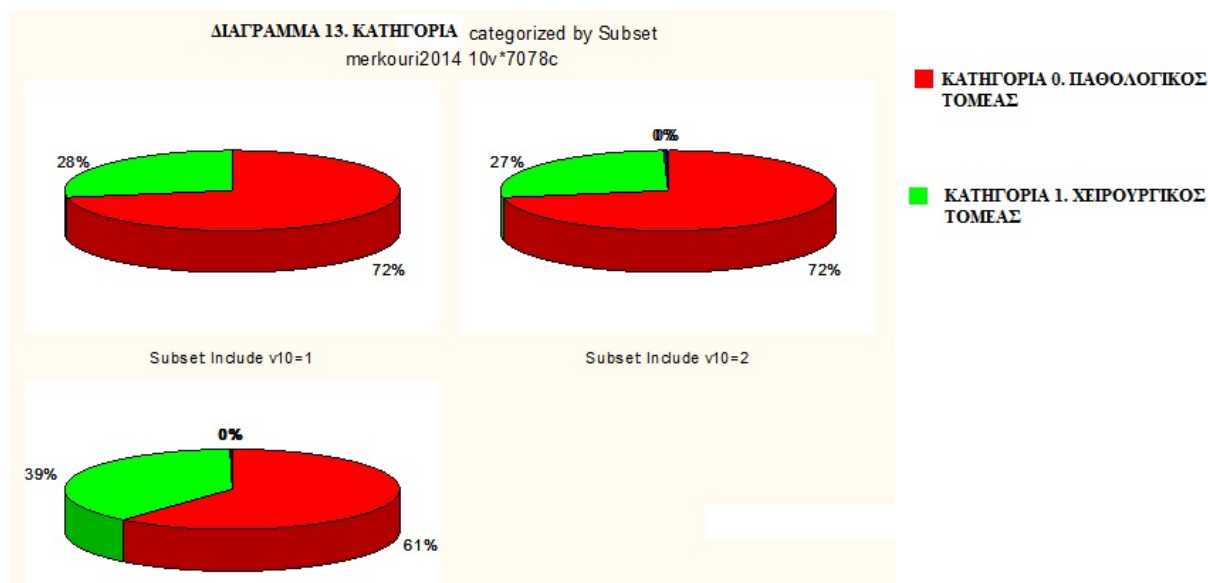


## 6.ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ

Το έτος **2014** σύνολο 1780 περιστατικά επισκέφθηκαν τα κέντρα υγείας Λακωνίας εκ των οποίων 1286(72%) ήταν παθολογικού τομέα και 494(28%) χειρουργικού τομέα. Το έτος **2015** μετανάστες 2416(72%) επισκέφθηκαν τον παθολογικό τομέα των κέντρων υγείας και 674(28%) τον χειρουργικό τομέα. Το έτος **2016** σύνολο 2882 περιστατικά μεταναστών καταγράφηκαν εκ των οποίων 1764(61%) ήταν παθολογικού τομέα και 1117(39%) χειρουργικού τομέα.

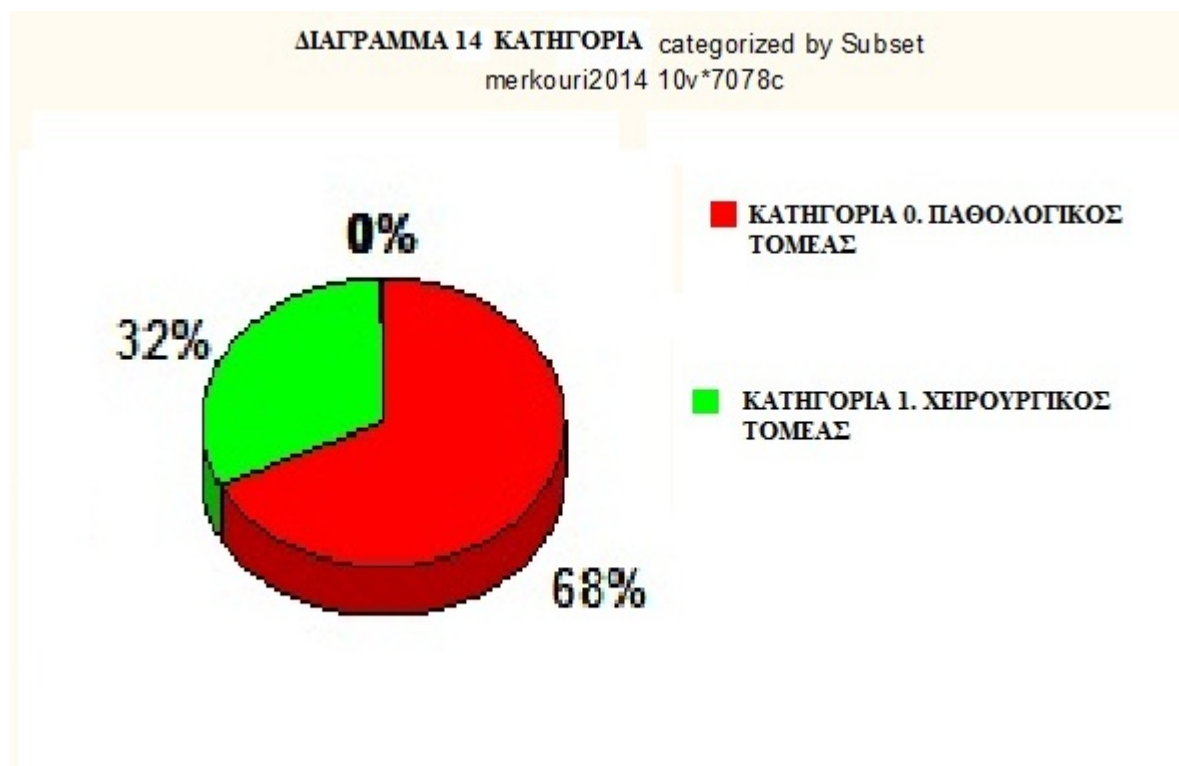
ΕΤΟΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΣΥΝΟΛΟ
2014	1286	494	1780
2015	1742	674	2416
2016	1764	1118	2882
ΣΥΝΟΛΙΚΑ	4792	2286	7078

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΑ ΕΤΟΣ



Απεικονιστική προσέγγιση της κατηγορίας ανά έτος

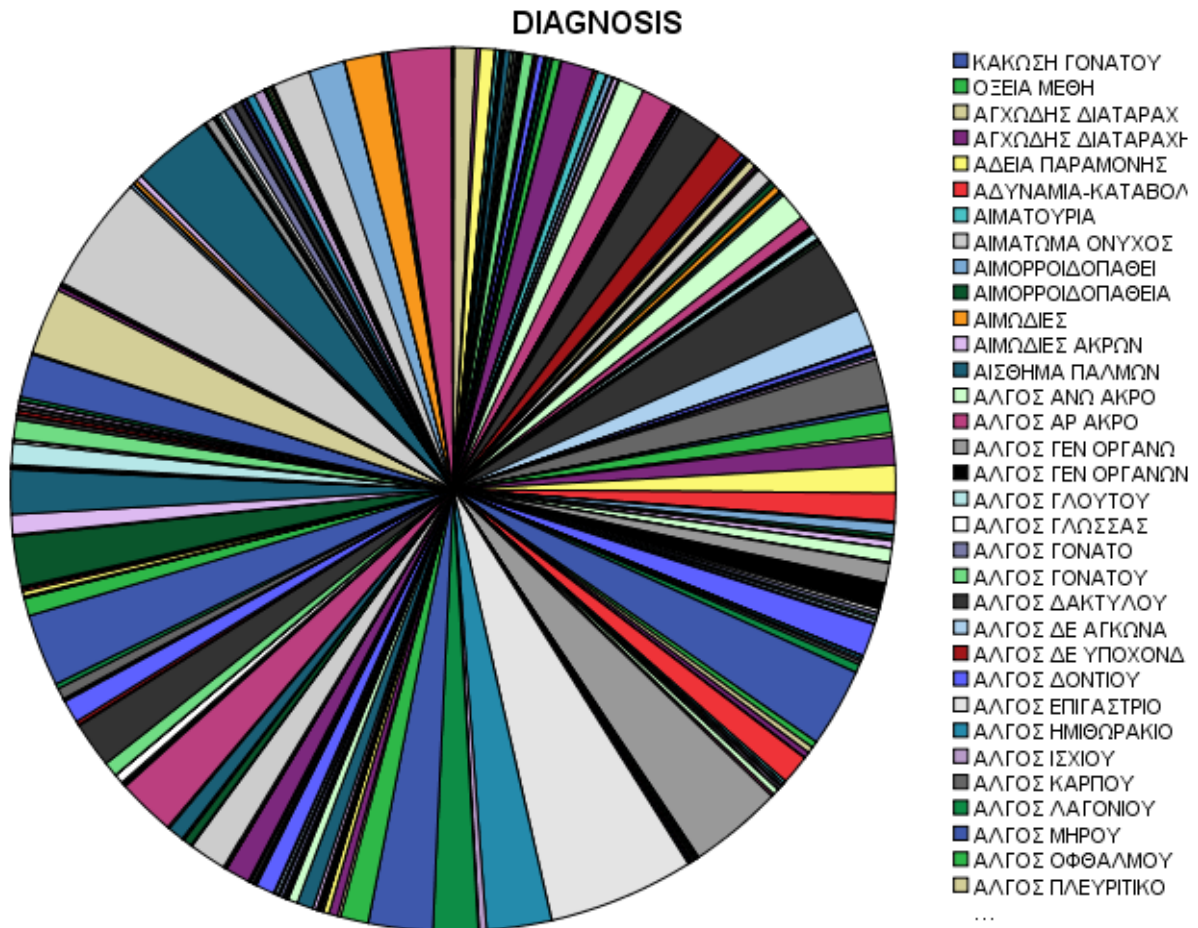
Την τριετία **2014-2016** τα 4792(68%)περιστατικά μεταναστών που επισκέφτηκαν τα κέντρα υγείας ήταν παθολογικού τομέα ενώ τα 2286(32%) περιστατικά χειρουργικού τομέα



**Απεικονιστική προσέγγιση της κατηγορίας την τριετία 2014-2016**

## 7.ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η μη χρήση κωδικών ICD10 κάνει την χρησιμοποίηση των παρακάτω δεδομένων αδύνατη



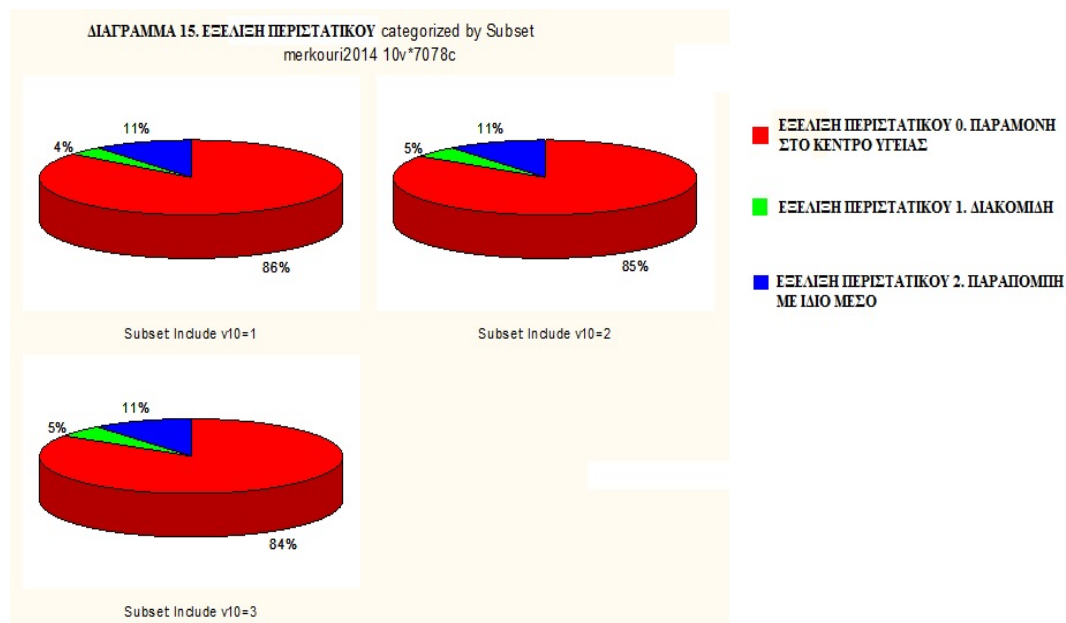
**Απεικονιστική προσέγγιση της διάγνωσης**

## 8.ΕΞΕΛΙΞΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Το έτος **2014** στα 1780 περιστατικά μεταναστών που επισκέφθηκαν τα κέντρα υγείας τα 1626(86%)αντιμετώπιστηκαν στα κέντρα υγείας ,περιστατικά67(4%) διακομίστηκαν με ασθενοφόρο στα νοσοκομεία νομού Λακωνίας,ενώ187(11%) παραπέμφθηκαν με ίδιο μέσο στα αντίστοιχα νοσοκομεία ή ιδιώτες γιατρούς. Το έτος **2015**σύνολο 2416 περιστατικά μεταναστών είχαν πρόσβαση στα κέντρα υγείας νομού Λακωνίας εκ των οποίων2044(85%) αντιμετώπιστηκαν στα αντίστοιχα κέντρα υγείας, περιστατικά118(5%) διακομίστηκαν, ενώ 254(11%) παραπέμφθηκαν σε νοσοκομείο ή ιδιώτη γιατρό. Το έτος **2016** περιστατικά 2882 είχαν πρόσβαση στα κέντρα υγείας εκ των οποίων 2426(84%) αντιμετώπιστηκαν από τους γιατρούς των κέντρων υγείας, περιστατικά 148(5%) διακομίστηκαν με ασθενοφόρο και 308(11%) παραπέμφθηκαν με ίδιο μέσο σε νοσοκομείο ή ιδιώτη γιατρό.

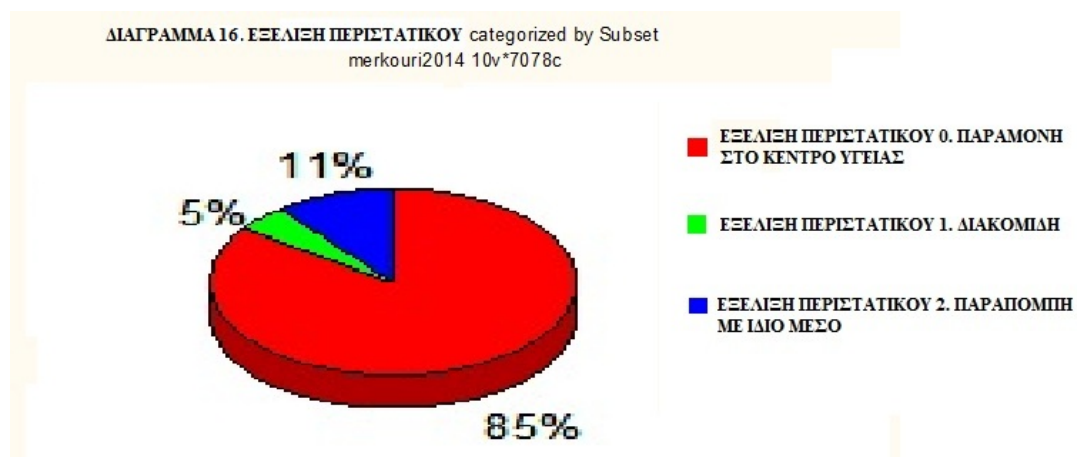
ΕΞΕΛΙΞΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ				
ΕΤΟΣ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ	ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΜΕ ΙΔΙΟ ΜΕΣΟ	ΣΥΝΟΛΟ
2014	1526	67	187	1780
2015	2044	118	254	2416
2016	2426	148	308	2882
ΣΥΝΟΛΙΚΑ	5996	333	749	7078

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.ΕΞΕΛΙΞΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ



Απεικονιστική προσέγγιση της εξέλιξης περιστατικού ανά έτος

Την τριετία **2014-2016** στα 7078 περιστατικά που επισκέφτηκαν τα κέντρα υγείας τα 5996(85%) αντιμετωπίστηκαν από γιατρούς των κέντρων υγείας, περιστατικά μεταναστών 333(5%) διακομίστηκαν με ασθενοφόρο και 749(11%) παραπέμφθηκαν σε νοσοκομείο ή ιδιώτη γιατρό.



**Απεικονιστική προσέγγιση εξέλιξης περιστατικού την τριετία 2014-2016**

## 9. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Αναζητήθηκε διαφορά στην ηλικιακή σύνθεση των πληθυσμών που επισκέφτηκαν τα κέντρα υγείας Λακωνίας ανά έτος. Χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA η οποία έδειξε F 0,38 με  $p = 0,962$ . Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ετών.

### ANOVA

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. ΗΛΙΚΙΑ

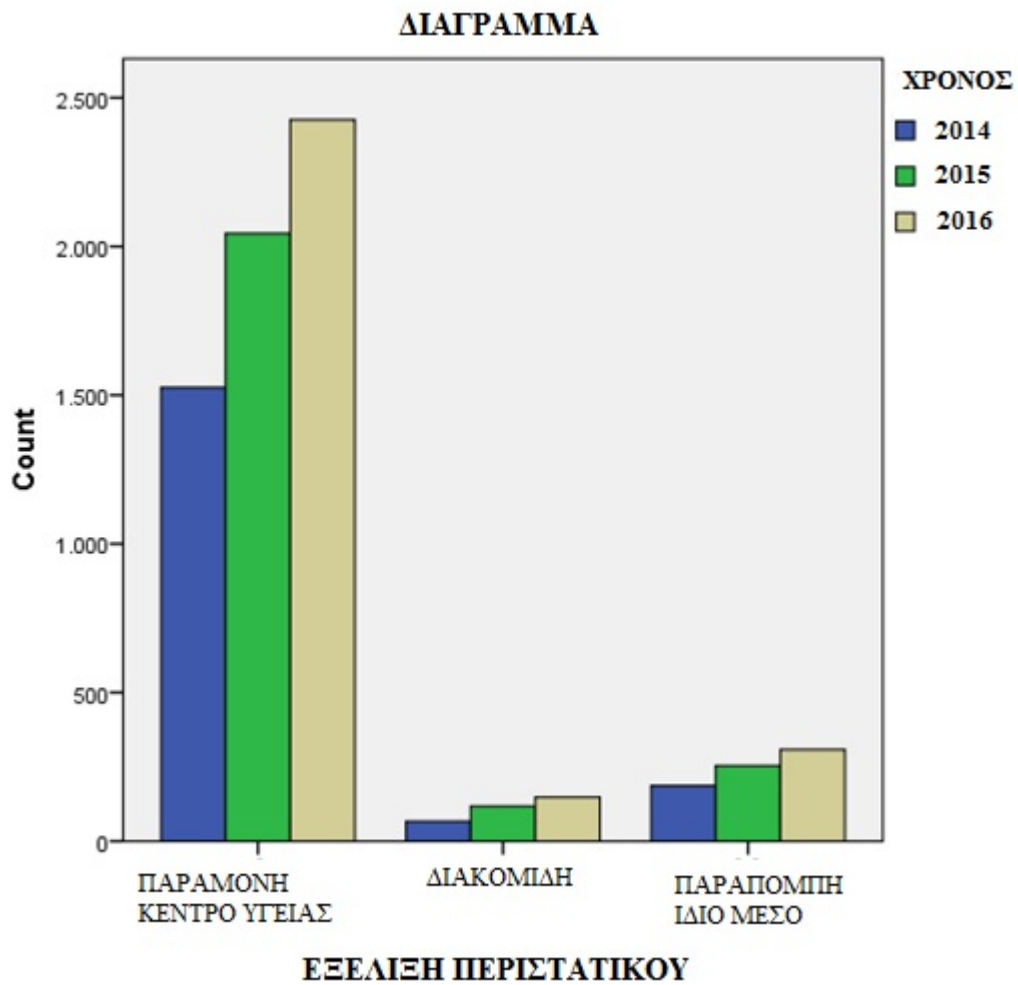
	SumofSquares	df	MeanSquare	F	Sig.
BetweenGroups	22,074	2	11,037	,038	,962
WithinGroups	2031554,153	7048	288,245		
Total	2031576,227	7050			

### Συσχέτιση 1. Εξέλιξη περιστατικού ανά έτος

Αναζητήθηκε διαφορά στην εξέλιξη περιστατικού ανά έτος για όλα τα κέντρα υγείας. Παρατηρήθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά διότι  $p = 0,285$ .

ΠΙΝΑΚΑΣ10.ΕΞΕΛΙΞΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΝΑ ΕΤΟΣ

	ΕΤΟΣ			ΣΥΝΟΛΟ
	2014	2015	2016	
ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	1526	2044	2426	5996
ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ	67	118	148	333
ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΙΔΙΟ ΜΕΣΟ	187	254	308	749
ΣΥΝΟΛΟ	1780	2416	2882	7078



$p=0,285$

Διάγραμμα 17.Απεικονιστική προσέγγιση συσχέτισης εξέλιξης περιστατικού ανά έτος.

## Συσχέτιση 2.Εξέλιξη περιστατικού ανά έτος ανά κέντρο υγείας.

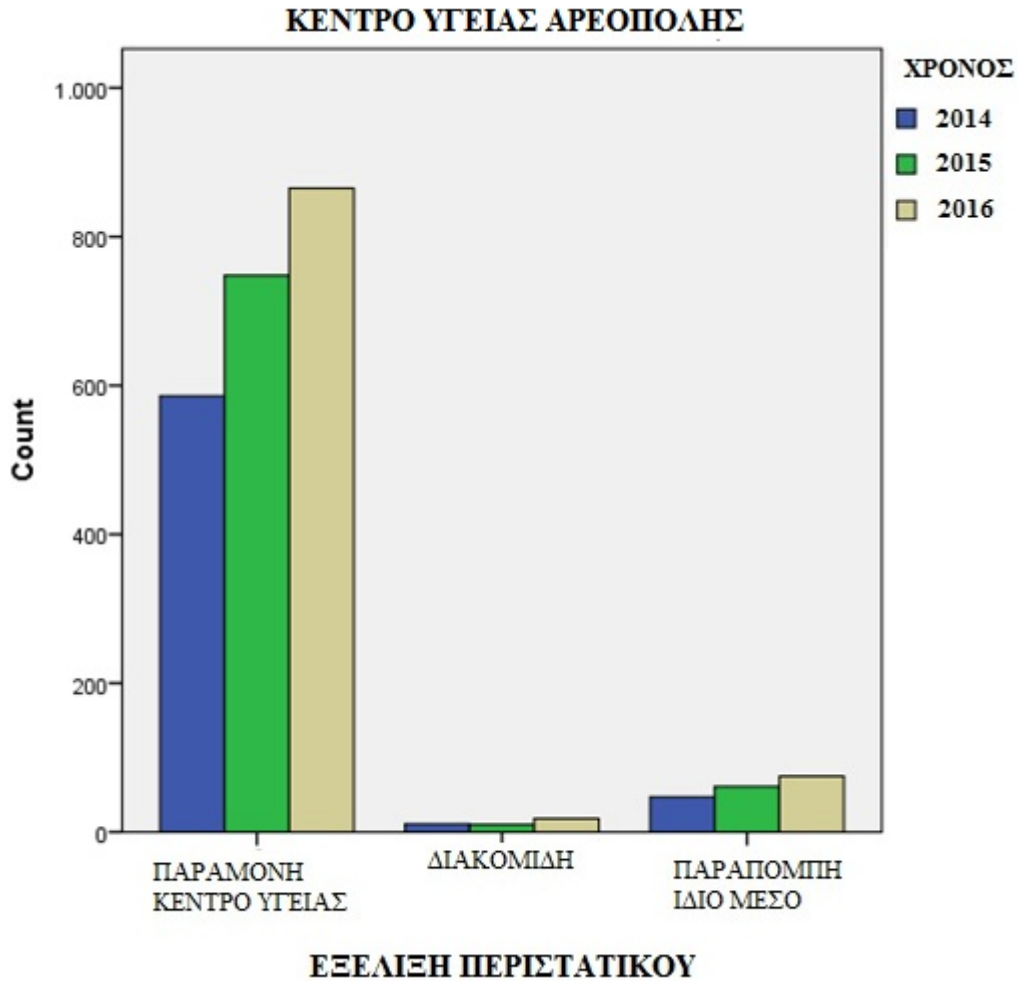
Αναζητήθηκε συσχέτιση της εξέλιξης περιστατικού ανά έτος ανά κέντρο υγείας και συνολικά. Συνολικά όπως είδαμε και παραπάνω δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά διότι  $p=0,285$ . Επίσης και για κάθε κέντρο υγείας ξεχωριστά όπως βλέπουμε στα παρακάτω διαγράμματα δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11.ΕΞΕΛΙΞΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΑΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ**

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ		ΕΤΟΣ			ΣΥΝΟΛΟ
		2014	2015	2016	
ΑΡΕΟΠΟΛΗ	ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	586	748	865	2199
	ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ	11	10	18	39
	ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΙΔΙΟ ΜΕΣΟ	47	61	75	183
	ΣΥΝΟΛΟ	644	819	958	2421
ΒΛΑΧΙΩΤΗ	ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	366	461	632	1459
	ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ	22	45	55	122
	ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΙΔΙΟ ΜΕΣΟ	72	90	133	295
	ΣΥΝΟΛΟ	460	596	820	1876
ΓΥΘΕΙΟ	ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	386	516	504	1406
	ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ	19	35	38	92
	ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΙΔΙΟ ΜΕΣΟ	41	62	43	146
	ΣΥΝΟΛΟ	446	613	585	1644
ΝΕΑΠΟΛΗ	ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	188	319	425	932
	ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ	15	28	37	80
	ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΙΔΙΟ ΜΕΣΟ	27	41	57	125
	ΣΥΝΟΛΟ	230	388	519	1137
ΣΥΝΟΛΟ	ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	1526	2044	2426	5996
	ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ	67	118	148	333
	ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΙΔΙΟ ΜΕΣΟ	187	254	308	749
	ΣΥΝΟΛΟ	1780	2416	2882	7078

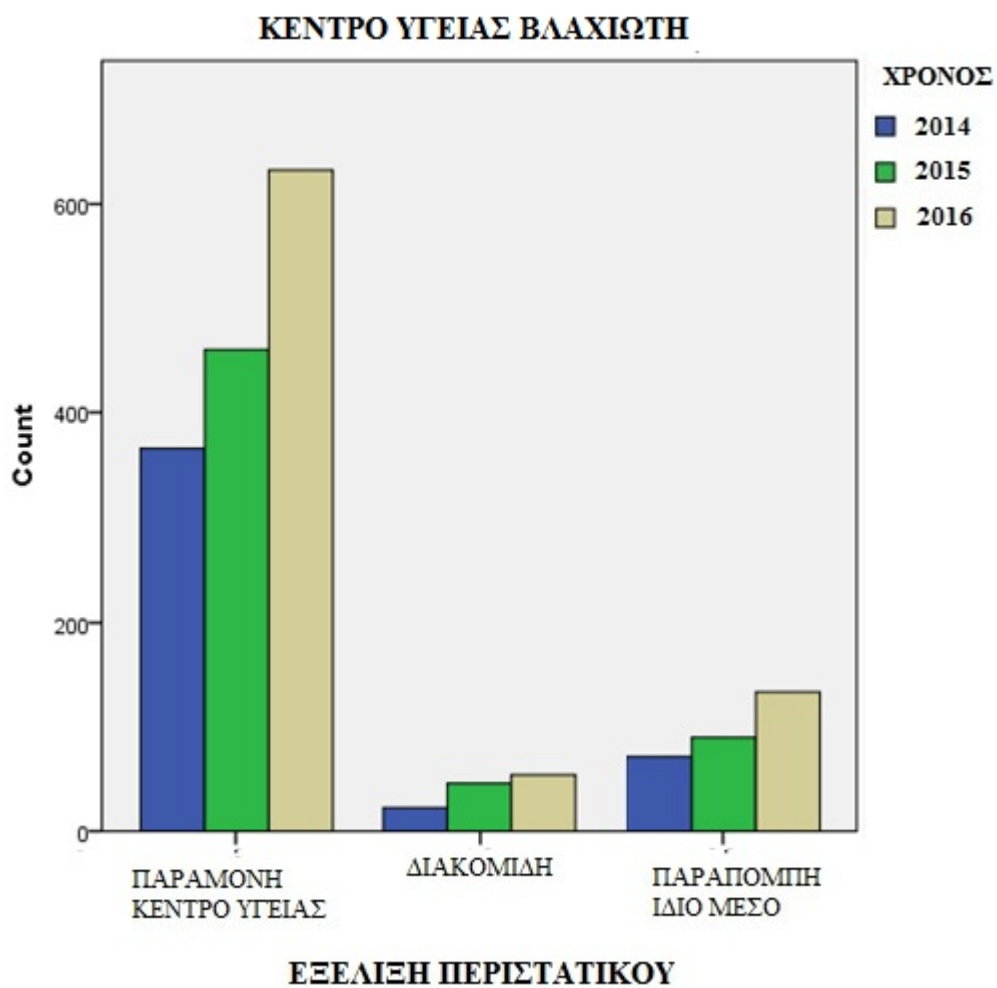


Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά κατά την συσχέτιση εξέλιξης περιστατικού ανά έτος για το κέντρο υγείας Αρεόπολης γιατί  $p=0,834$ .



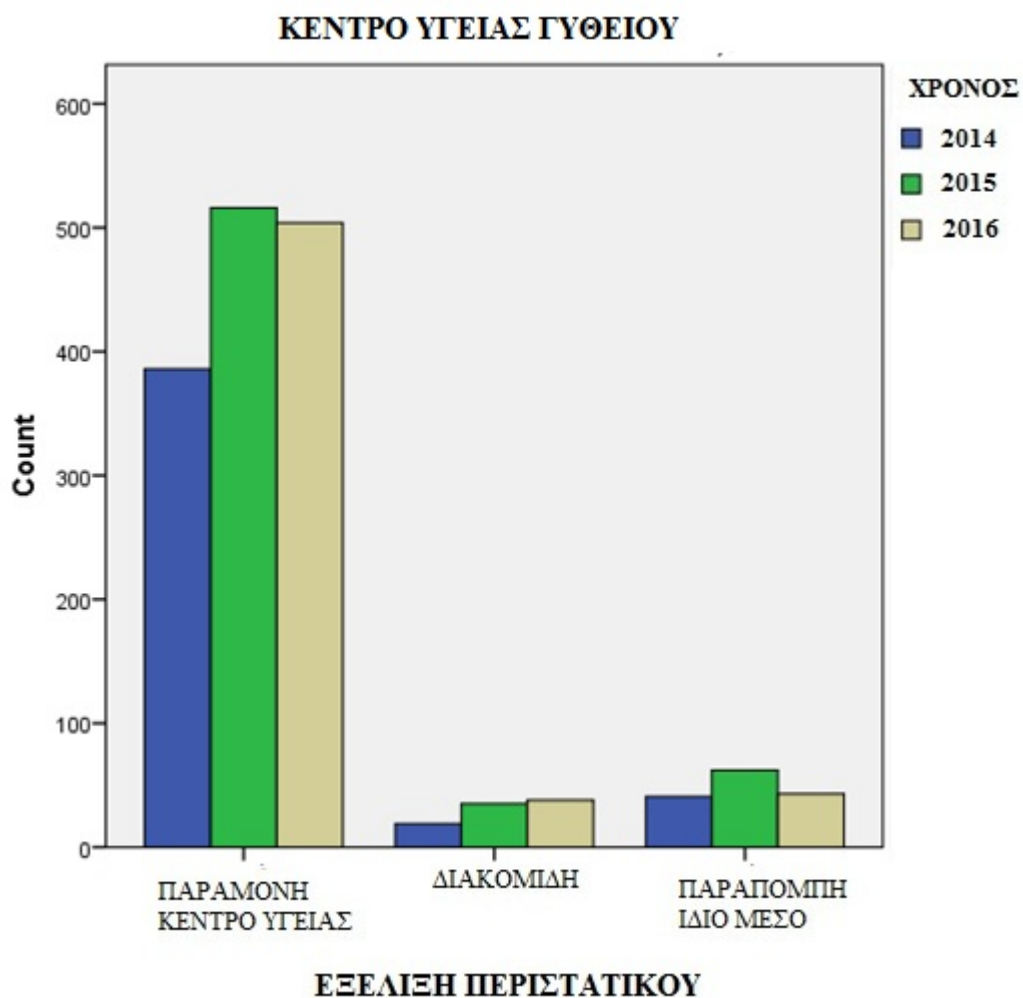
**Διάγραμμα 18 .Απεικονιστική προσέγγιση συσχέτισης εξέλιξης περιστατικού κέντρο υγείας Αρεόπολης ανά έτος.**

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά γιατί  $p=0,451$ .



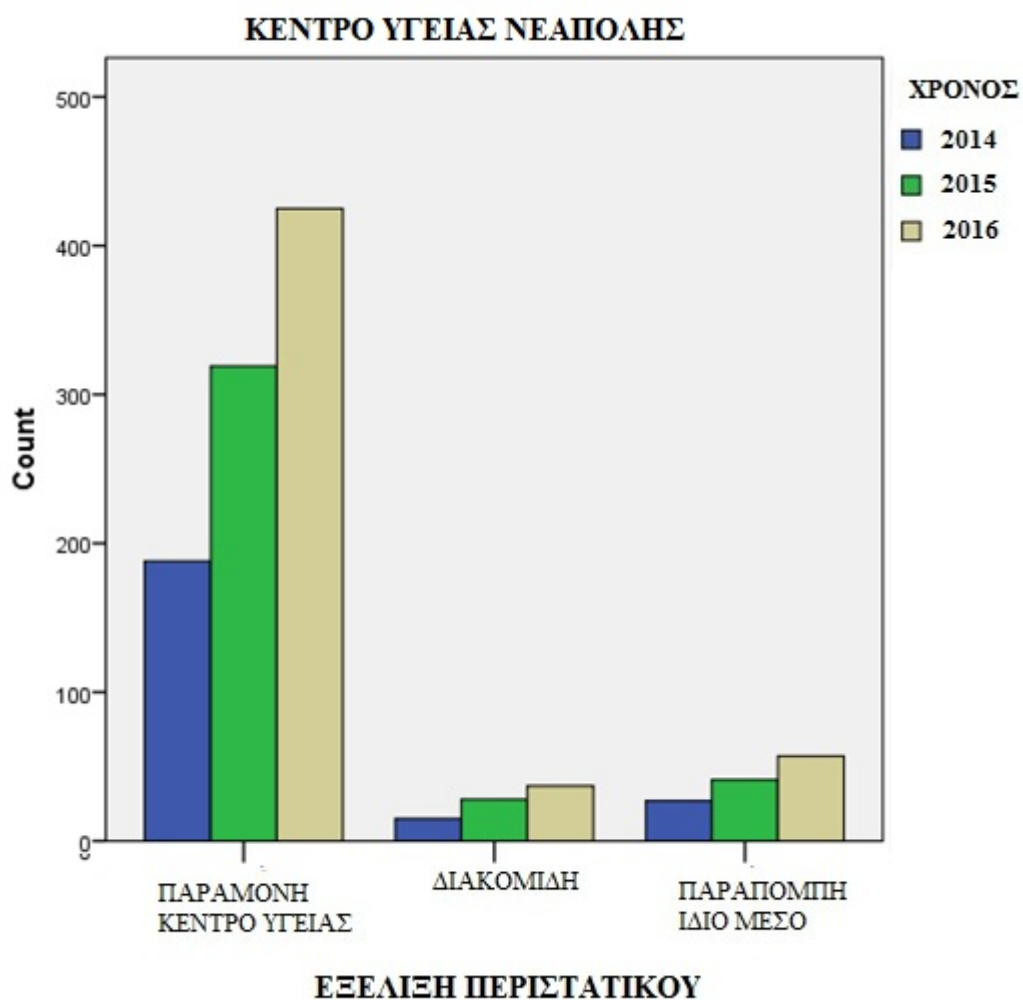
**Διάγραμμα 19 .Απεικονιστική προσέγγιση συσχέτισης εξέλιξης περιστατικού κέντρο υγείας Βλαχιώτη ανά έτος.**

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά κατά την παρακάτω συσχέτιση για κέντρο υγείας Γυθείου διότι  $p=0,274$ .



**Διάγραμμα 20.** Απεικονιστική προσέγγιση συσχέτισης εξέλιξης περιστατικού κέντρο υγείας Γυθείου ανά έτος.

Επίσης και για το κέντρο υγείας Νεάπολης η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική γιατί  $p=0,990$



**Διάγραμμα 21.** Απεικονιστική προσέγγιση συσχέτισης εξέλιξης περιστατικού κέντρο υγείας Νεάπολης ανά έτος.

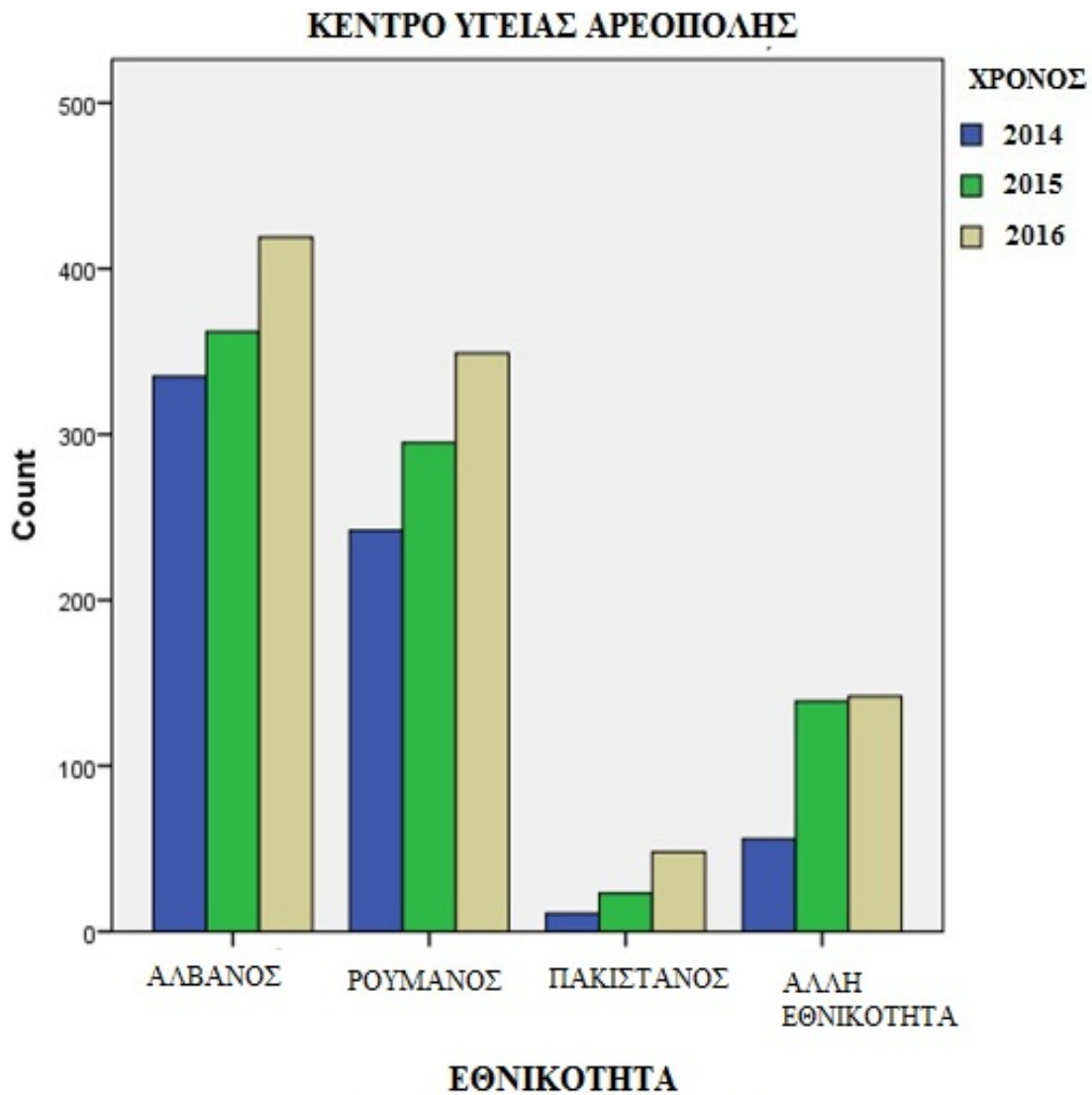
### Συσχέτιση 3. Εθνικότητα ανά έτος ανά κέντρο υγείας.

Αναζητήθηκε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά κατά την συσχέτιση της εθνικότητας ανά έτος ανά κέντρο υγείας και συνολικά. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά συνολικά διότι  $p=0,037$ . Ανά κέντρο υγείας ισχύουν τα παρακάτω όπως αναλύονται πάνω από κάθε διάγραμμα του κάθε κέντρου υγείας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12. ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΑΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ**

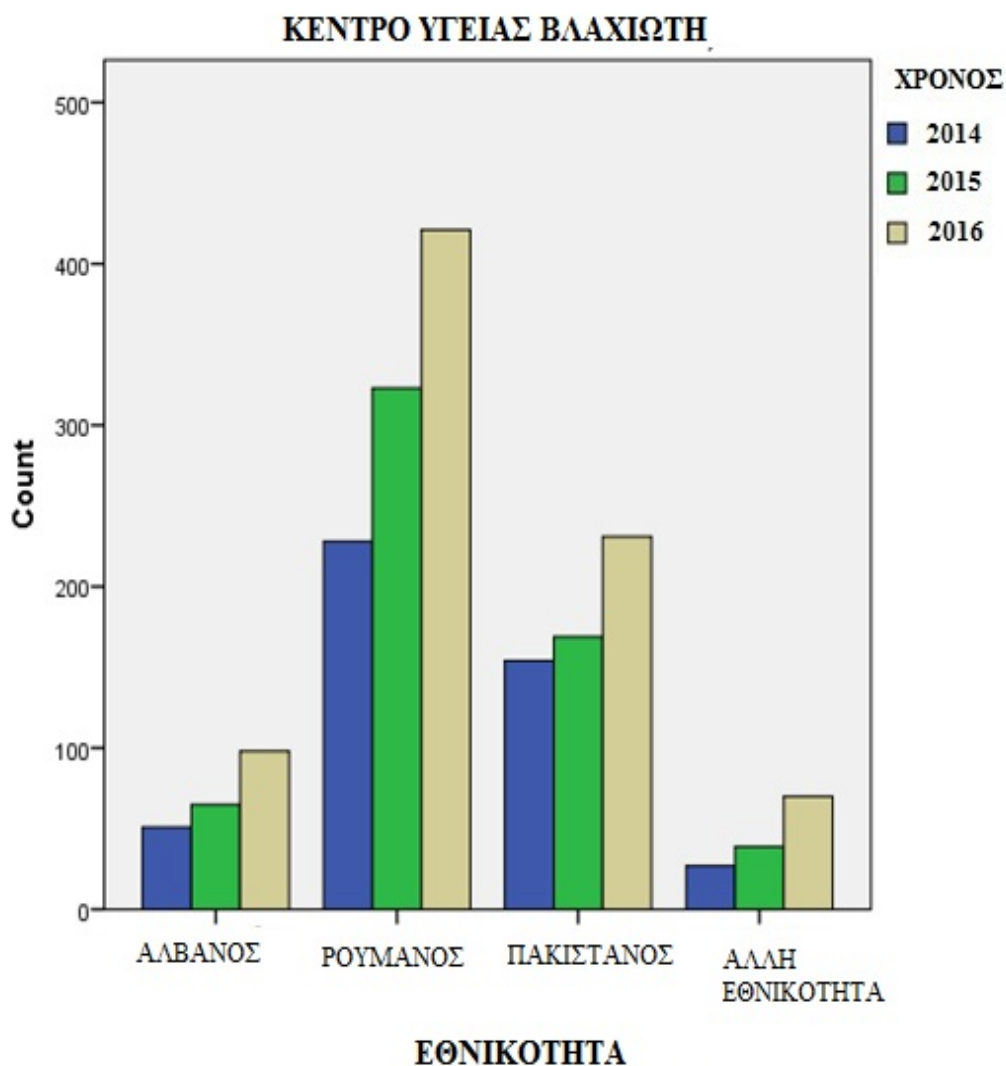
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ		ΕΤΟΣ			ΣΥΝΟΛΟ
		2014	2015	2016	
ΑΡΕΟΠΟΛΗ	ΑΛΒΑΝΟΣ	335	362	419	1116
	ΡΟΥΜΑΝΟΣ	242	295	349	886
	ΠΑΚΙΣΤΑΝΟΣ	11	23	48	82
	ΑΛΛΗ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	56	139	142	337
	ΣΥΝΟΛΟ	644	819	958	2421
ΒΛΑΧΙΩΤΗ	ΑΛΒΑΝΟΣ	51	65	98	214
	ΡΟΥΜΑΝΟΣ	228	323	421	972
	ΠΑΚΙΣΤΑΝΟΣ	154	169	231	554
	ΑΛΛΗ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	27	39	70	136
	ΣΥΝΟΛΟ	460	596	820	1876
ΓΥΘΕΙΟ	ΑΛΒΑΝΟΣ	133	194	172	499
	ΡΟΥΜΑΝΟΣ	144	228	205	577
	ΠΑΚΙΣΤΑΝΟΣ	19	17	18	54
	ΑΛΛΗ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	150	174	190	514
	ΣΥΝΟΛΟ	446	613	585	1644
ΝΕΑΠΟΛΗ	ΑΛΒΑΝΟΣ	69	116	147	332
	ΡΟΥΜΑΝΟΣ	50	122	158	330
	ΠΑΚΙΣΤΑΝΟΣ	25	51	74	150
	ΑΛΛΗ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	86	99	140	325
	ΣΥΝΟΛΟ	230	388	519	1137
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	ΑΛΒΑΝΟΣ	588	737	836	2161
	ΡΟΥΜΑΝΟΣ	664	968	1133	2765
	ΠΑΚΙΣΤΑΝΟΣ	209	260	371	840
	ΑΛΛΗ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	319	451	542	1312
		1780	2416	2882	7078

Αναζητήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά της εθνικότητας ανά έτος για το κέντρο υγείας Αρεόπολης. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά διότι  $p < 0,001$ .



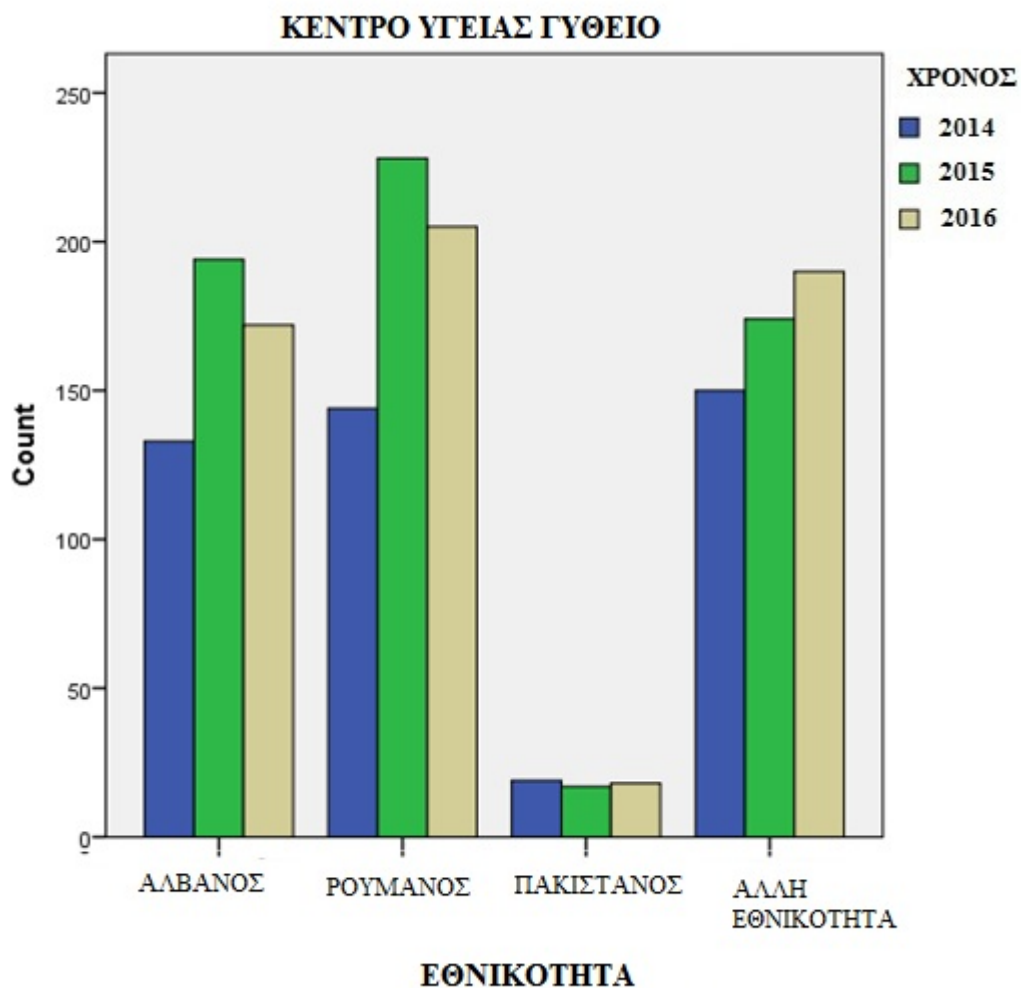
**Διάγραμμα22.** Απεικονιστική προσέγγιση συσχέτισης εθνικότητας κέντρο υγείας Αρεόπολης ανά έτος

Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για το κέντρο υγείας Βλαχιώτη διότι  $p=0,222$ .



**Διάγραμμα 23. Απεικονιστική προσέγγιση συσχέτισης εθνικότητας κέντρο υγείας Βλαχιώτη ανά έτος.**

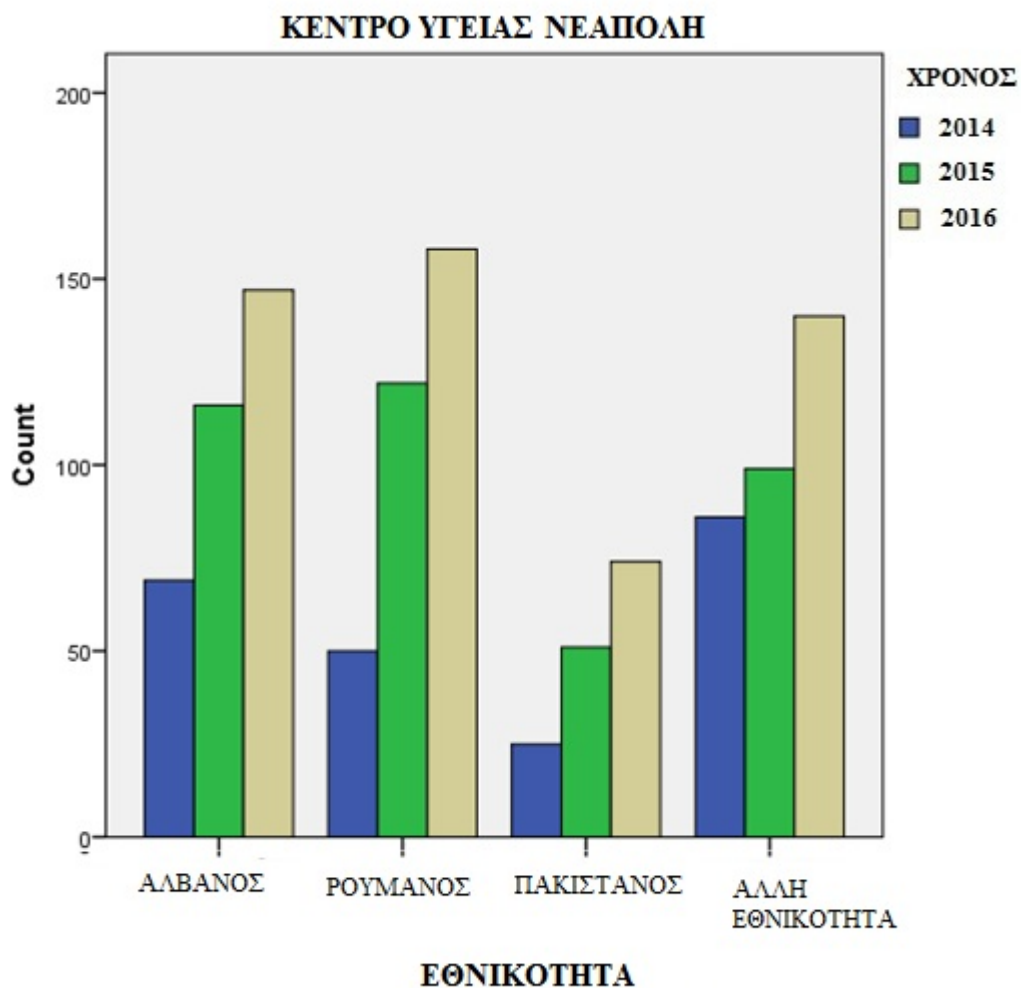
Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά κατά την συσχέτιση για το κέντρο υγείας Γυθείου διότι  $p=0,332$ .



**Διάγραμμα 24.** Απεικονιστική προσέγγιση συσχέτισης εθνικότητας κέντρο υγείας Γυθείου ανά έτος.



Αναζητήθηκε διαφορά κατά την συσχέτιση της μεταβλητής εθνικότητας για το κέντρο υγείας Νεάπολης ανά έτος. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά διότι  $p=0,020$ .



**Διάγραμμα 25.** Απεικονιστική προσέγγιση συσχέτισης εθνικότητας κέντρο υγείας Νεάπολης ανά έτος.

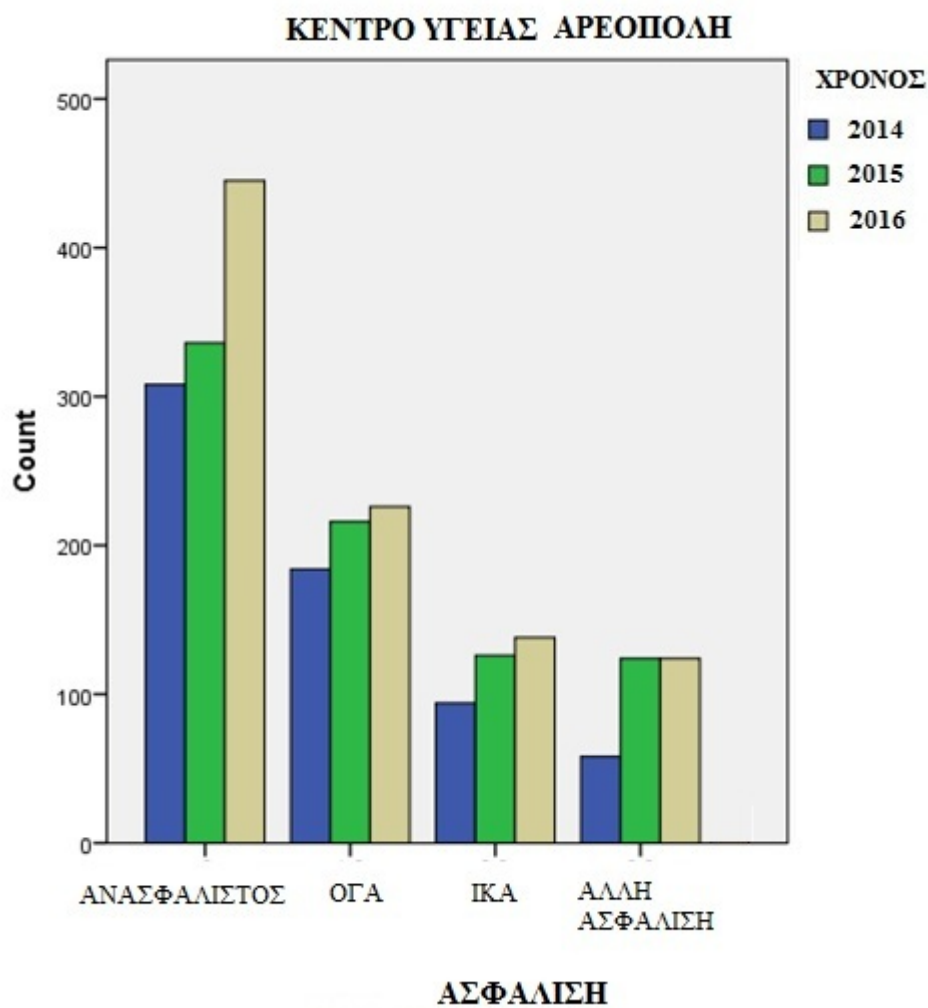
#### Συσχέτιση 4.Ασφάλιση ανά έτος ανά κέντρο υγείας.

Αναζητήθηκε διαφορά κατά την συσχέτιση ασφάλισης ανά έτος για κάθε κέντρο υγείας και συνολικά. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά κάθε έτος και συνολικά διότι  $p=0,004$ .

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13.ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΑΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ**

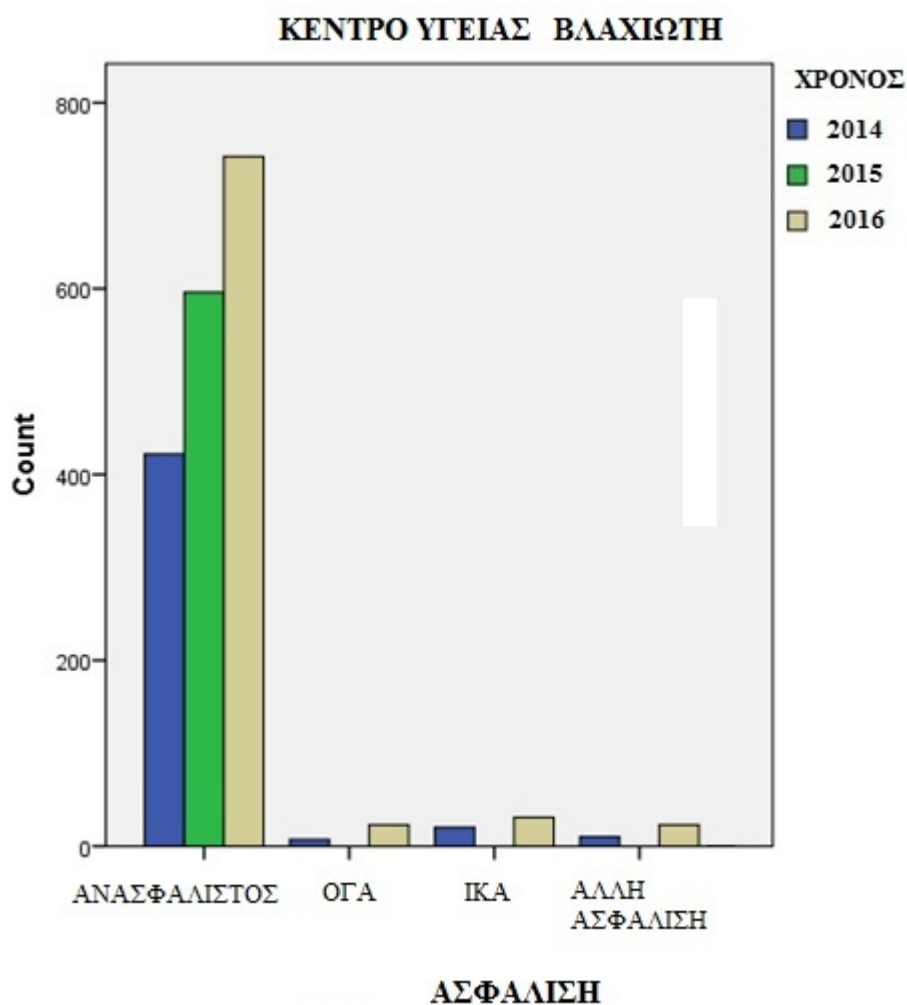
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ		ΕΤΟΣ			ΣΥΝΟΛΟ
		2014	2015	2016	
ΑΡΕΟΠΟΛΗ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ	308	336	445	1089
	ΟΓΑ	184	216	226	626
	ΙΚΑ	94	126	138	358
	ΑΛΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	58	141	149	348
	ΣΥΝΟΛΟ	644	819	958	2421
ΒΛΑΧΙΩΤΗ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ	422	596	742	1760
	ΟΓΑ	7	0	23	30
	ΙΚΑ	20	0	31	51
	ΑΛΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	11	0	24	35
	ΣΥΝΟΛΟ	460	596	820	1876
ΓΥΘΕΙΟ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ	104	216	157	477
	ΟΓΑ	138	168	168	474
	ΙΚΑ	67	96	92	255
	ΑΛΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	137	133	168	438
	ΣΥΝΟΛΟ	446	613	585	1644
ΝΕΑΠΟΛΗ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ	201	291	432	924
	ΟΓΑ	13	60	54	127
	ΙΚΑ	5	16	11	32
	ΑΛΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	11	21	22	54
	ΣΥΝΟΛΟ	230	388	519	1137
ΓΕΝΙΚΟ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ	1035	1439	1776	4250
	ΟΓΑ	342	444	471	1257
	ΙΚΑ	186	238	272	696
	ΑΛΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	217	295	363	875
	ΣΥΝΟΛΟ	1780	2416	2882	7078

Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά κατά την συσχέτιση ασφάλισης ανά έτος για το κέντρο υγείας Αρεόπολης με  $p < 0,001$ .



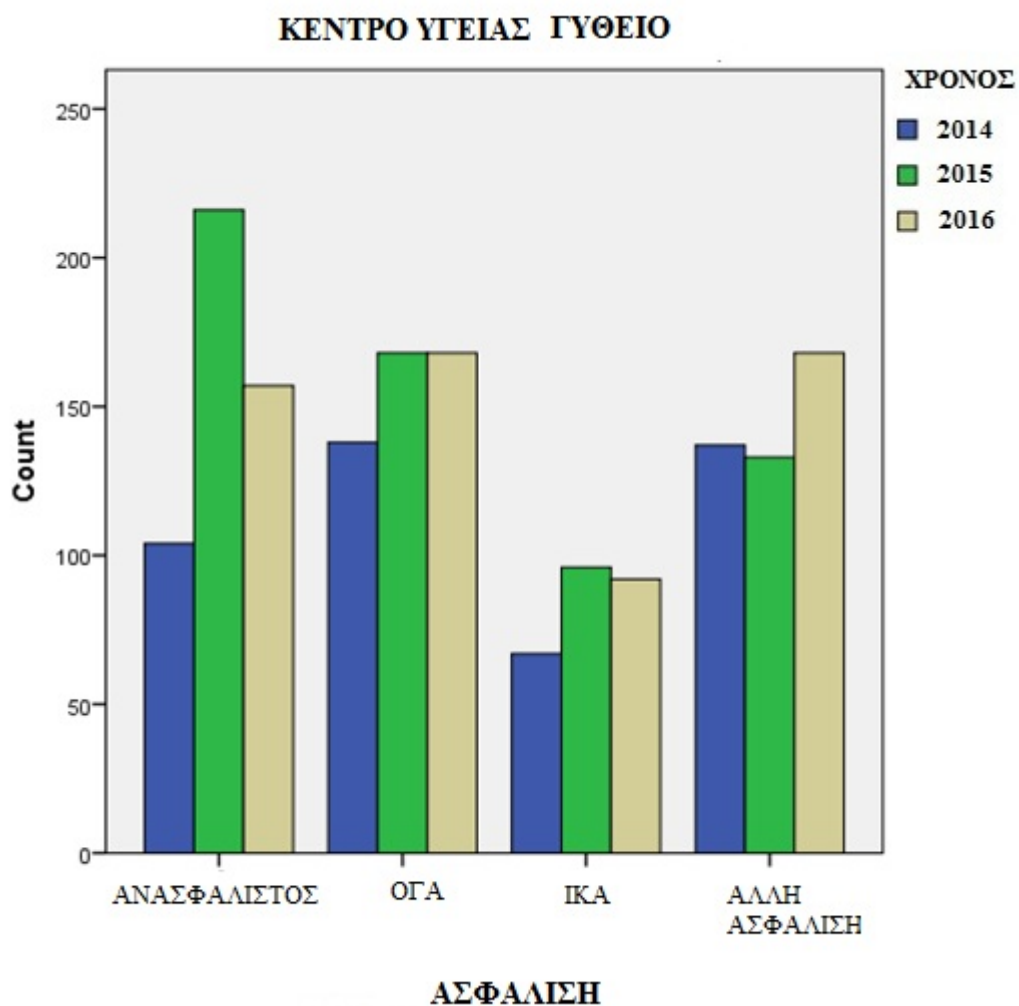
**Διάγραμμα 26.** Απεικονιστική προσέγγιση της συσχέτισης ασφάλισης κέντρο υγείας Αρεόπολης ανά έτος.

Παρατηρήθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά κατά την συσχέτιση με την μεταβλητή ασφάλιση ανά έτος για το κέντρο υγείας Βλαχιώτη διότι  $p < 0,001$ .



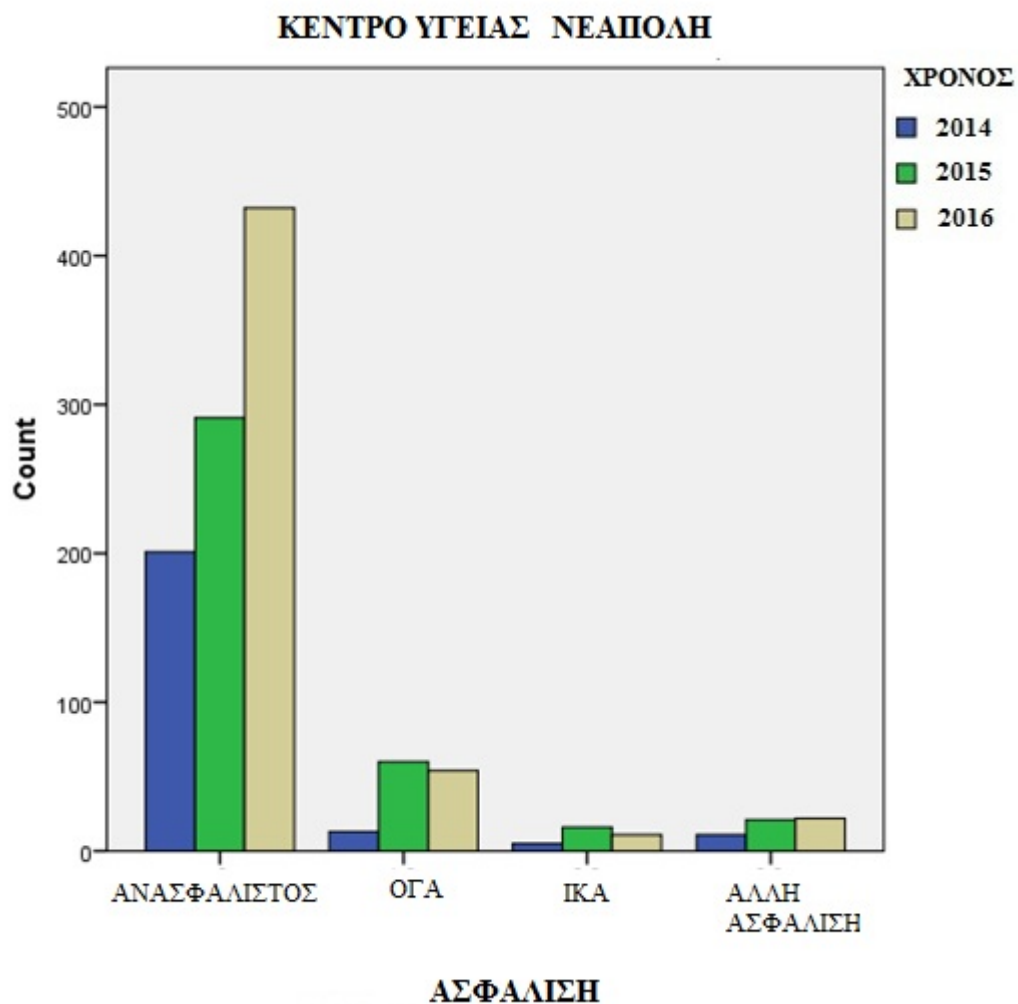
**Διάγραμμα 27.** Απεικονιστική προσέγγιση της συσχέτισης ασφάλισης κέντρο υγείας Βλαχιώτη ανά έτος.

Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά κατά την παρακάτω συσχέτιση και για το κέντρο υγείας Γυθείου διότι  $p < 0,001$ .



**Διάγραμμα 28.** Απεικονιστική προσέγγιση συσχέτισης ασφάλισης κέντρο υγείας Γυθείου ανά έτος.

Επίσης και για το κέντρο υγείας Νεάπολης παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά διότι  $p=0,002$ .



**Διάγραμμα 29.** Απεικονιστική προσέγγιση της συσχέτισης ασφάλισης κέντρο υγείας Νεάπολης ανά έτος.

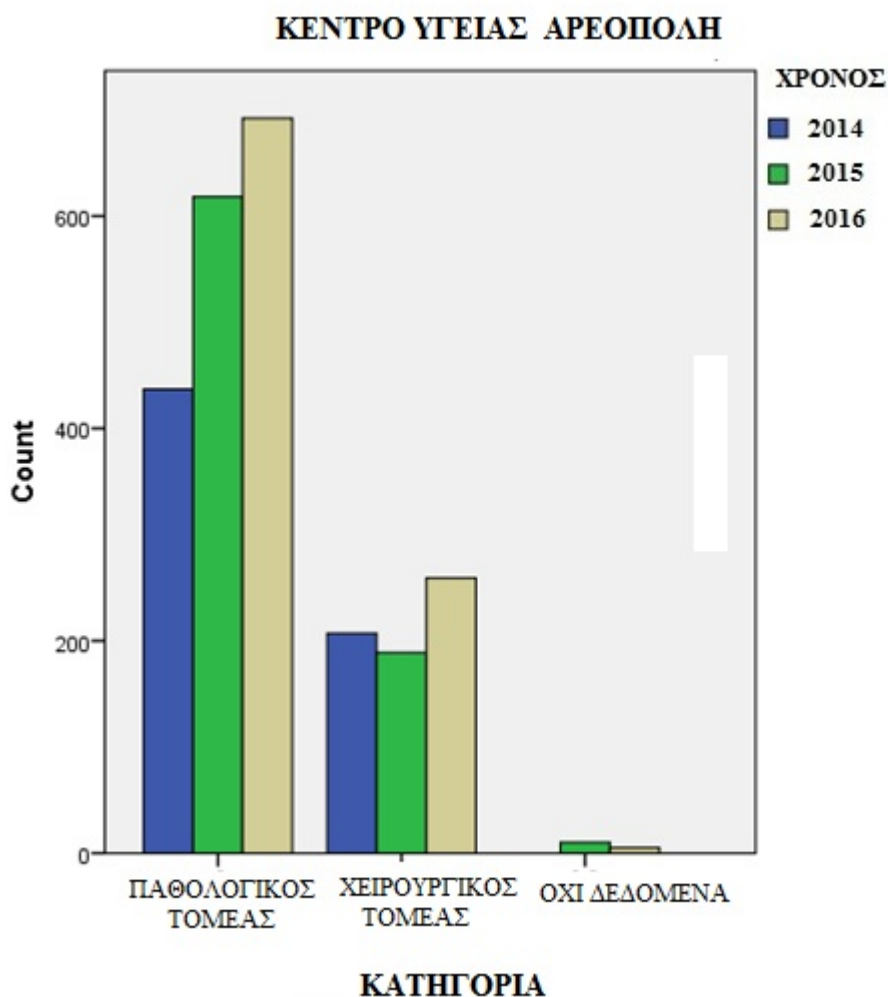
### Συσχέτιση 5. Κατηγορία περιστατικού ανά έτος ανά κέντρο υγείας.

Αναζητήθηκε διαφορά στην συσχέτιση κατηγορίας περιστατικού( παθολογικού ή χειρουργικού) ανά έτος ανά κέντρο υγείας αλλά και συνολικά. Παρατηρήθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά διότι  $p < 0,001$ .

**ΠΙΝΑΚΑΣ 14.ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΑΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ**

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ		ΕΤΟΣ			ΣΥΝΟΛΟ
		2014	2015	2016	
ΑΡΕΟΠΟΛΗ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	437	618	692	1747
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	207	189	259	655
	ΔΕΝ ΕΙΧΑΜΕ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	0	12	7	19
	ΣΥΝΟΛΟ	644	819	958	2421
ΒΛΑΧΙΩΤΗ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	333	480	480	1293
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	127	116	340	583
	ΣΥΝΟΛΟ	460	596	820	1876
ΓΥΘΕΙΟ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	328	360	237	925
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	118	253	348	719
	ΣΥΝΟΛΟ	446	613	585	1644
ΝΕΑΠΟΛΗ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	188	284	355	827
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	42	104	164	310
	ΣΥΝΟΛΟ	230	388	519	1137
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	1286	1742	1764	4792
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	494	662	1111	2267
	ΔΕΝ ΕΙΧΑΜΕ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	0	12	7	19
	ΣΥΝΟΛΟ	1780	2416	2882	7078

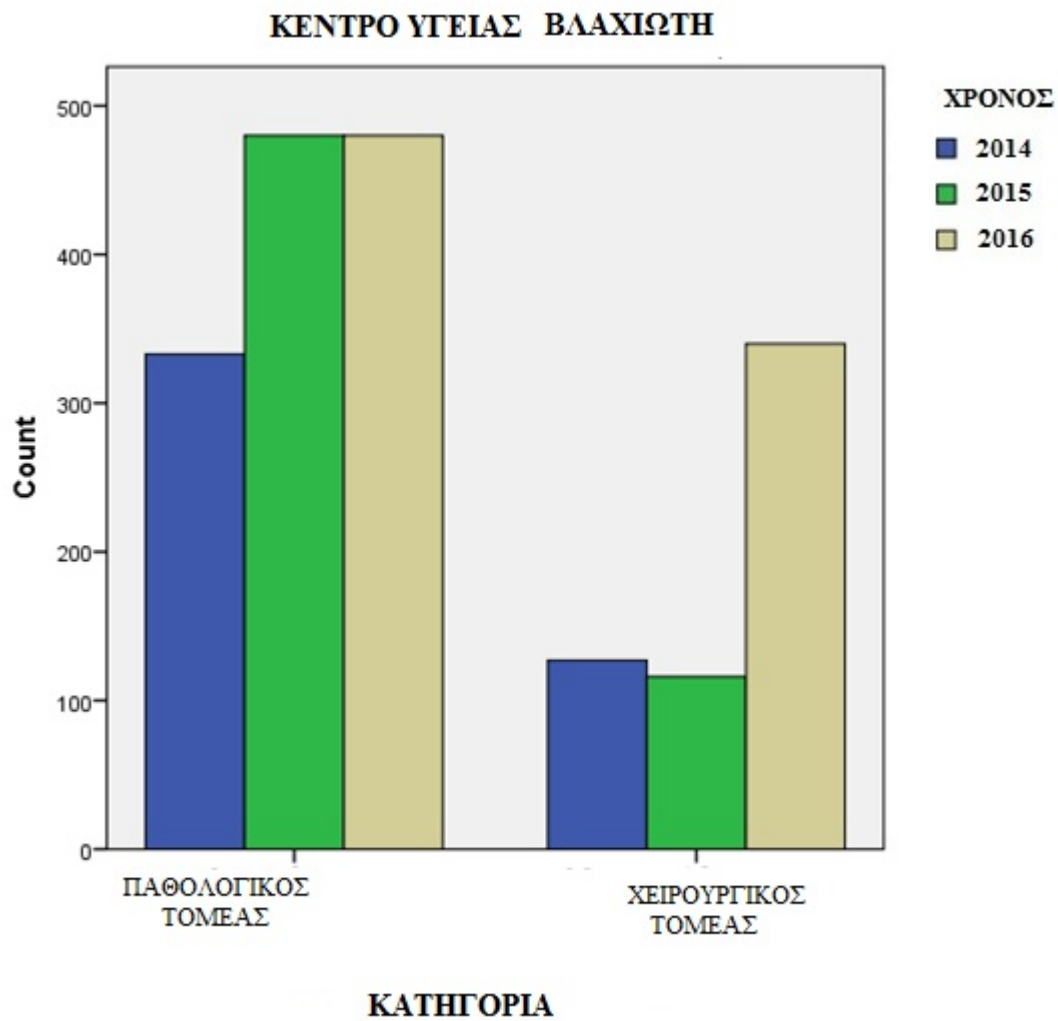
Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά κατά την συσχέτιση κατηγορίας περιστατικού (παθολογικού ή χειρουργικού) ανά έτος για το κέντρο υγείας Αρεόπολης με  $p < 0,001$ .



**Διάγραμμα 30:** Απεικονιστική προσέγγιση συσχέτισης κατηγορίας περιστατικού κέντρο υγείας Αρεόπολης ανά έτος.

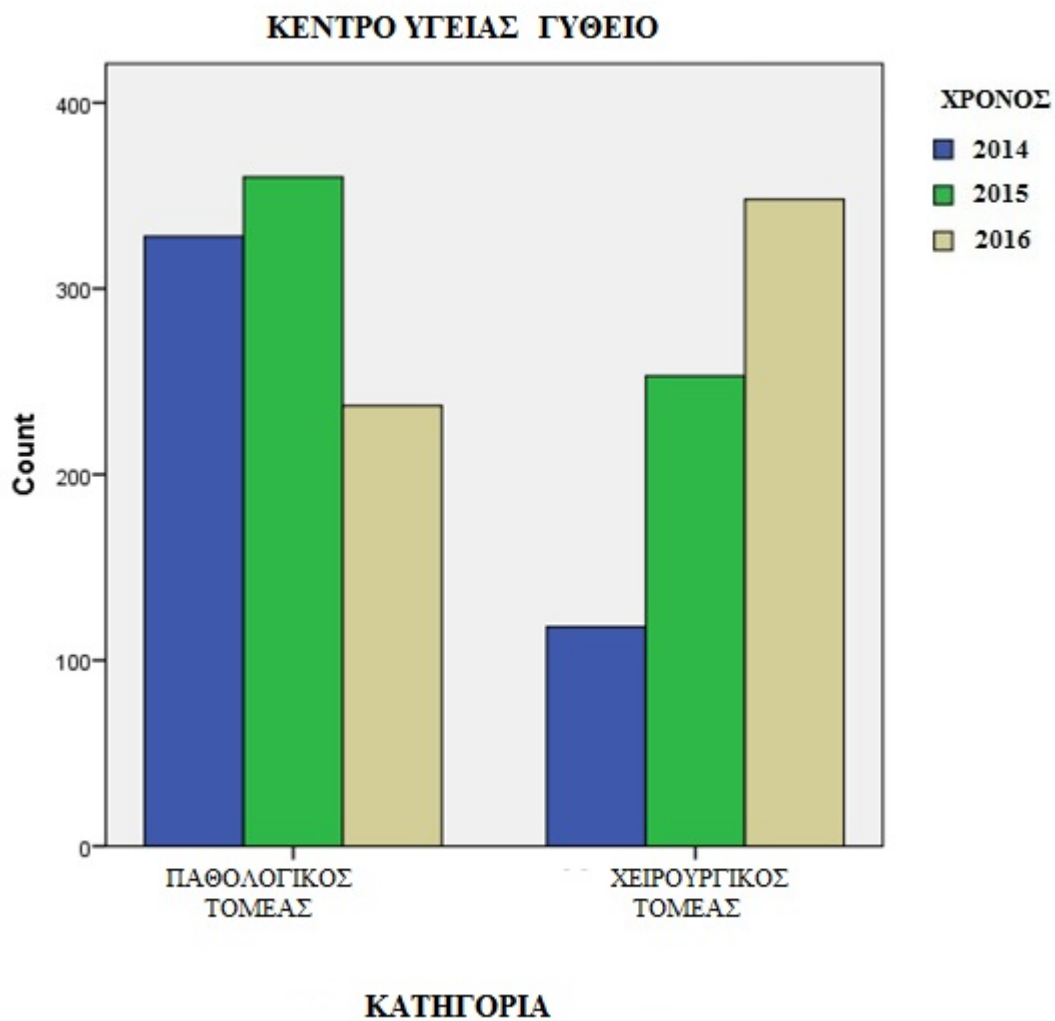


Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά το κέντρο υγείας Βλαχιώτη με  $p < 0,001$ .



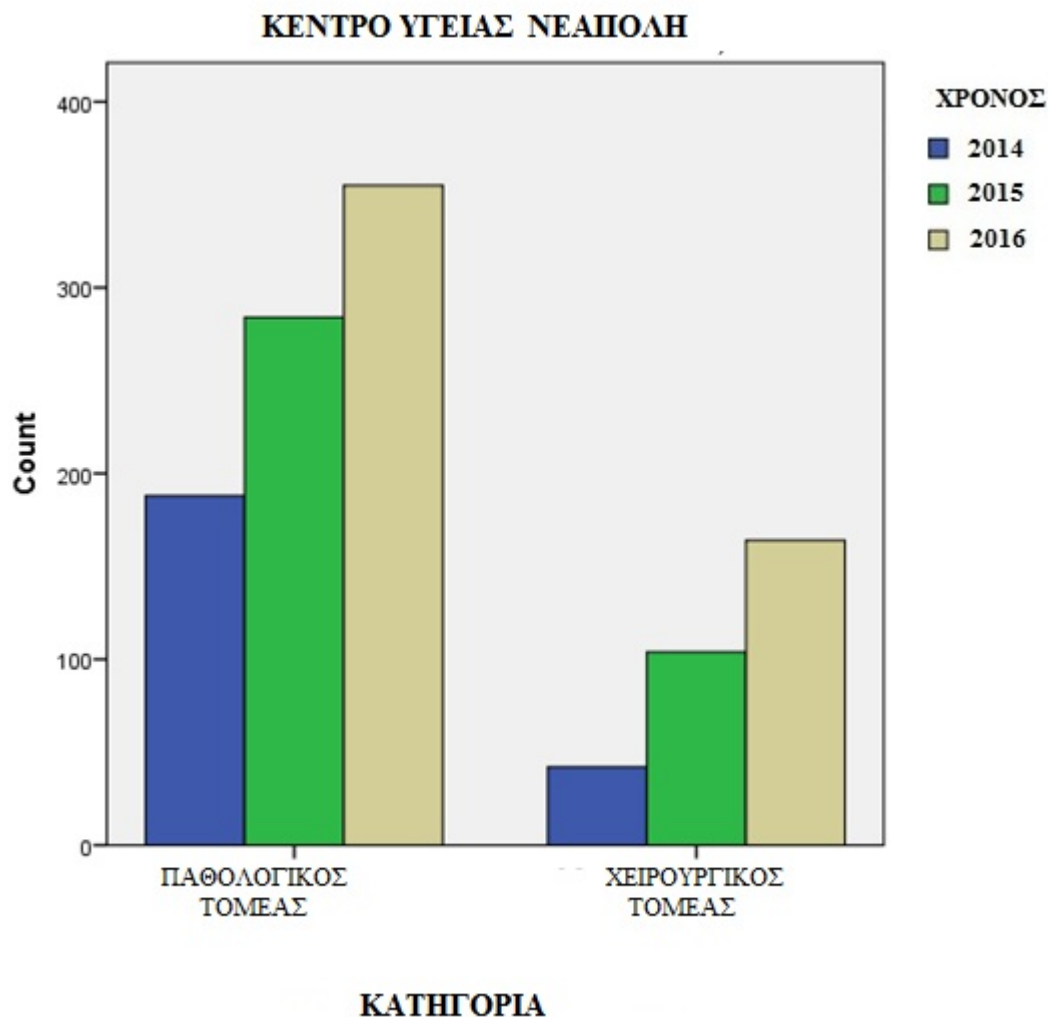
**Διάγραμμα 31. Απεικονιστική προσέγγιση κατηγορίας περιστατικού κέντρο υγείας Βλαχιώτη ανά έτος.**

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά και για το κέντρο υγείας Γυθείου με  $p < 0,001$ .



**Διάγραμμα 32.** Απεικονιστική προσέγγιση κατηγορίας περιστατικού κέντρο υγείας Γυθείου ανά έτος.

Ομοίως και για το κέντρο υγείας Νεάπολης υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά διότι  $p < 0,001$ .



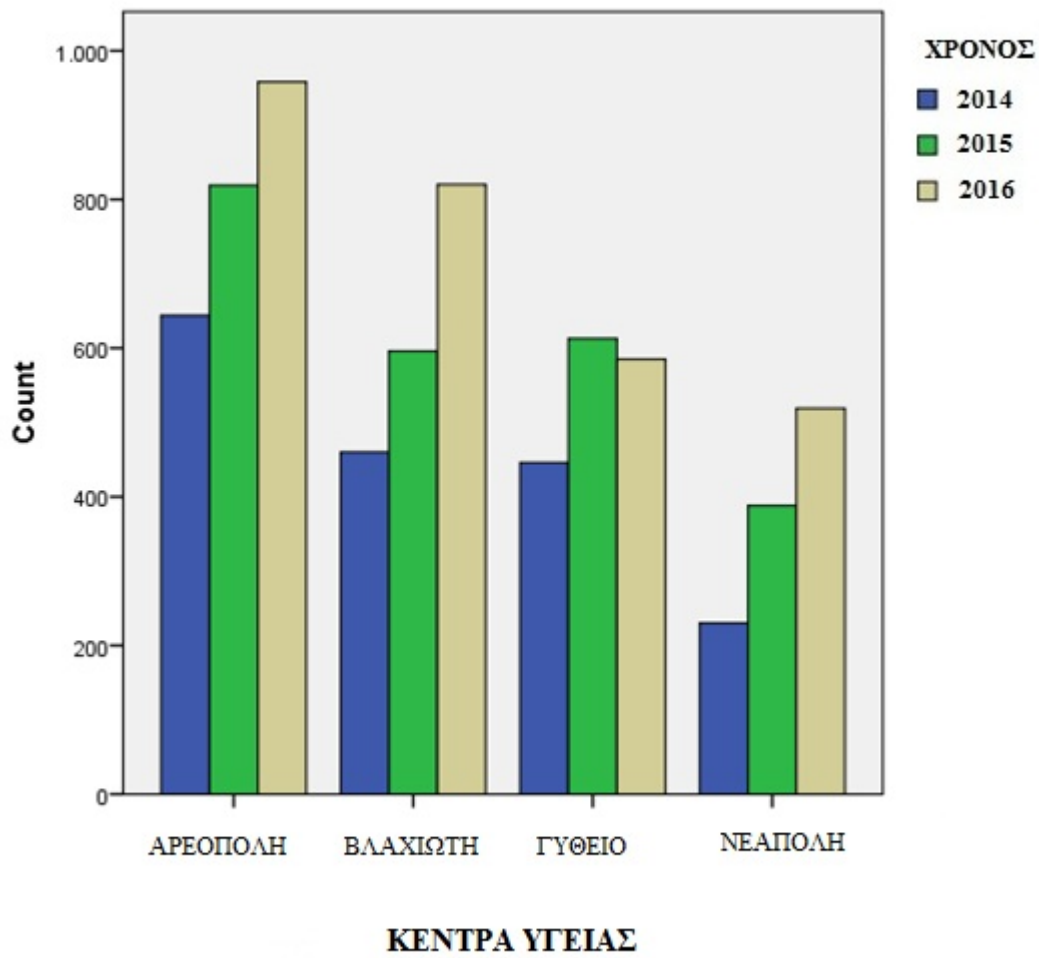
**Διάγραμμα 33.** Απεικονιστική προσέγγιση κατηγορίας περιστατικού κέντρο υγείας Νεάπολης ανά έτος.

### Συσχέτιση 6. Κέντρα υγείας ανά έτος.

Αναζητήσαμε διαφορά κατά την συσχέτιση αριθμού περιστατικών για όλα τα κέντρα υγείας ανά έτος. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με  $p < 0,001$ .

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15.ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ**

	ΕΤΟΣ			ΣΥΝΟΛΟ
	2014	2015	2016	
ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ				
ΑΡΕΟΠΟΛΗ	644	819	958	2421
ΒΛΑΧΙΩΤΗ	460	596	820	1876
ΓΥΘΕΙΟ	446	613	585	1644
ΝΕΑΠΟΛΗ	230	388	519	1137
ΣΥΝΟΛΟ	1780	2416	2882	7078



**Διάγραμμα 34. Απεικονιστική προσέγγιση συσχέτισης αριθμού περιστατικών όλων των κέντρων υγείας ανά έτος.**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ**

### **5.1 Περιορισμοί της έρευνας:**

Αρχικά πρέπει να τονίσουμε ότι όσον αφορά την βιβλιογραφική ανασκόπηση εντοπίστηκε απουσία μελετών και ερευνών όσον αφορά την χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ακόμα περισσότερο όσον αφορά μετανάστες και χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι μελέτες που έχουν γίνει έχουν επικεντρωθεί στον επιπόλασμό των λοιμωδών νοσημάτων όπως ηπατίτιδα, φυματίωση και HIV λοίμωξη.

Πρέπει να τονίσουμε ότι προέκυψε αδυναμία ανάκτησης δεδομένων όσον αφορά τον ασφαλιστικό φορέα των μεταναστών κατά την προσέλευση τους στα Κέντρα Υγείας Λακωνίας και ιδιαίτερα όσον αφορά τα Κέντρα Υγείας Βλαχιώτη και Νεάπολης λόγω μη καταγραφής της σημαντικής αυτής παραμέτρου τόσο από το ιατρικό προσωπικό στα βιβλία καταγραφής ασθενών αλλά και από το διοικητικό προσωπικό το οποίο είναι υπεύθυνο για την καταγραφή κίνησης ασθενών.

Όσον αφορά την μεταβλητή διάγνωση η μη χρήση κωδικών ICD10 έκανε την χρησιμοποίηση των δεδομένων αδύνατη.

Επίσης ενώ στα Κέντρα Υγείας Γυθείου και Νεάπολης υπηρετεί παιδίατρος δεν κατέστη δυνατή η καταγραφή παιδιατρικών περιστατικών λόγω μη ευανάγνωστης καταγραφής στα βιβλία περιστατικών και ελλιπής αποτύπωσης των δεδομένων ηλεκτρονικά.

### **5.2 Συζήτηση**

Σύμφωνα με την έρευνα στα κέντρα υγείας Νομού Λακωνίας τα έτη 2014-2016 σχετικά με την χρήση υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας συμπεραίνουμε ότι τα κέντρα υγείας Λακωνίας επισκέφτηκαν την τριετία αυτή 7078 μετανάστες. Το κέντρο υγείας Αρεόπολης την τριετία 2014 -2016 δέχτηκε τους περισσότερους μετανάστες με σύνολο 2421 περιστατικά. Σχετικά με το φύλο οι άντρες μετανάστες επισκέφτηκαν περισσότερο τα κέντρα υγείας Λακωνίας με σύνολο αντρών 4697. Η μέση ηλικία των μεταναστών ήταν τα 32,6 έτη την παραπάνω τριετία. Όσον αφορά την εθνικότητα, οι Ρουμανικής καταγωγής μετανάστες επισκέφτηκαν περισσότερο τα κέντρα υγείας με σύνολο ατόμων 2765. Στην πλειοψηφία οι

μετανάστες ήταν ανασφάλιστοι με σύνολο ατόμων 4250. Σχετικά με τα περιστατικά που επισκέφθηκαν τα κέντρα υγείας από το 2014-2016 ήταν περισσότερα τα περιστατικά παθολογικού τομέα με αριθμό των παθολογικών περιστατικών αυτών 4792 μετανάστες και όσον αφορά την εξέλιξη περιστατικού τα περισσότερα περιστατικά , σύνολο 5996 ατόμων, αντιμετωπίστηκαν στα αντίστοιχα κέντρα υγείας από τους γιατρούς και δεν χρειάστηκαν διακομιδή ή παραπομπή σε ιδιώτη γιατρό ή νοσοκομείο με ίδιο μέσο.

Σύμφωνα με τις συσχετίσεις οι οποίες έγιναν συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά την ηλικιακή σύνθεση των πληθυσμών που επισκέφθηκαν τα κέντρα υγείας ανά έτος. Όσον αφορά την συσχέτιση εξέλιξης περιστατικού ανά έτος, δηλαδή αν αντιμετωπίστηκε στο κέντρο υγείας , αν διακομίσθηκε ή αν παραπέμφθηκε με ίδιο μέσο δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Τα περιστατικά αντιμετωπίζονταν στα κέντρα υγείας με θεραπεία και αγωγή και παροχή φροντίδας από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Στην συσχέτιση ασφάλιση ανά έτος ανά κέντρο υγείας προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά διότι η πλειοψηφία των μεταναστών ήταν ανασφάλιστοι. Στο κέντρο υγείας Γυθείου βέβαια παρατηρούνται υψηλά ποσοστά ασφάλισης ΟΓΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων. Σύμφωνα με την έκθεση (Μαράτου- Αλιπράντη Λ και Γκαζόν Ε,2005) ο συνολικός αριθμός ασφαλισμένων αλλοδαπών στον Ο.Γ.Α ήταν 44.689.

Σύμφωνα με την έκθεση (Μαράτου –Αλιπράντη. Λ και Γκαζόν Ε.2005) ο συνολικός αριθμός ασφαλισμένων αλλοδαπών σε κοινές επιχειρήσεις και οικοδομοτεχνικά έργα στο ΙΚΑ ήταν (242.142) από τους οποίους 130.510 ήταν αλβανικής καταγωγής και μετά ακολουθούσαν οι υπόλοιπες εθνικότητες.

Όσον αφορά την συσχέτιση εθνικότητα ανά έτος ανά κέντρο υγείας ,υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά. Στο κέντρο υγείας Αρεόπολης οι Αλβανικής καταγωγής μετανάστες ήταν περισσότεροι ενώ στις υπόλοιπες τρεις δομές υγείας οι Ρουμανικής καταγωγής μετανάστες είναι περισσότεροι από τις άλλες εθνικότητες. Επίσης κατά την συσχέτιση του συνόλου των περιστατικών για όλα τα κέντρα υγείας για την τριετία 2014-2016 παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά διότι το κέντρο υγείας Αρεόπολης σταθερά είχε τα περισσότερα περιστατικά κάθε έτος από τις υπόλοιπες δομές υγείας.

Στην παρούσα έρευνα δεν κατέστη δυνατή η σύγκριση- κριτική ανάλυση με άλλες ίδιες ή παρόμοιες έρευνες διότι το γνωστικό μας αντικείμενο γύρω από το προφίλ υγείας των

μεταναστών είναι περιορισμένο και ελάχιστα τα επιδημιολογικά δεδομένα. Οι πιο πολλές ερευνητικές εργασίες έχουν επικεντρωθεί στην εξέταση επιπολασμού λοιμωδών νοσημάτων όπως φυματίωσης, ηπατίτιδας και της HIV λοίμωξης στον πληθυσμό των μεταναστών. Επίσης παρατηρείται απουσία μελετών σχετικά με την χρήση υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από μετανάστες. Σύμφωνα με τους (Lahana E, Niakas D. 2013 και Nies M, McEwen M. 2011) η χρήση των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ από τους μετανάστες θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ελλιπής. Κυρίως γιατί οι μετανάστες χρησιμοποιούν τις δομές της Π.Φ.Υ για ένα οξύ πρόβλημα υγείας το οποίο αντιμετωπίζουν και λιγότερο για να ενημερωθούν για την πρόληψη ενός νοσήματος ή την χρόνια αποκατάσταση αυτού. Η κοινωνία των μεταναστών δεν συμμετέχει σε προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας οπότε δεν γνωρίζει και την σημασία του προσυμπτωματικού ελέγχου.

### **5.3 Συμπεράσματα**

Η πλειοψηφία του δείγματος των μεταναστών οι οποίοι επισκέφθηκαν τα κέντρα υγείας του νομού Λακωνίας ήταν ανασφάλιστοι κυρίως εθνικότητες Βαλκανικών χωρών και με την πλειοψηφία των περιστατικών τα οποία προσήλθαν στα κέντρα υγείας να αντιμετωπίζονται από το προσωπικό το οποίο εργάζεται εκεί και με την χρήση των υποδομών τα οποία διαθέτουν. Μέσω κάποιων προτάσεων οι οποίες παρακάτω διατυπώνονται μπορεί να γίνει επιτυχής παροχή ενός ολοκληρωμένου θεραπευτικού πλαισίου, παροχή κοινωνικής πρόνοιας καθώς και στελέχωση ελλιπών υποδομών για τους μετανάστες ως χρήστες υπηρεσιών υγείας.



#### **5.4 Προτάσεις –μέτρα για την βελτίωση και ενίσχυση της μεταναστευτικής πολιτικής υγείας.**

Η Ελλάδα ως χώρα υποδοχής μεταναστών κρίνεται αναγκαίο να αναπτύξει στρατηγική μιας σύγχρονης μεταναστευτικής πολιτικής με κύρια αρχή την οργάνωση και εφαρμογή ενός σχεδίου προτύπου ενσωμάτωσης των μεταναστευτικών εισροών στην Ελληνική κοινωνία με κύριο στόχο την εύρυθμη ένταξή τους στην οικονομική, κοινωνική, θεσμική και πολιτισμική πραγματικότητα της χώρας και την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Σήμερα παρά την θεσμική κατοχύρωση πλαισίου άσκησης μεταναστευτικής πολιτικής (Ν.2910/2001, ΦΕΚ91Α,) παρουσιάζεται ένα μεγάλο και σοβαρό έλλειμμα όσον αφορά τον σχεδιασμό και εφαρμογή πολιτικών και δράσεων με τις οποίες θα αντιμετωπιστεί το πολυδιάστατο φαινόμενο της μετανάστευσης.

Μέχρι σήμερα πλην ελαχίστων εξαιρέσεων, στην αντιμετώπιση του φαινομένου της μετανάστευσης κυριαρχούν η αναποτελεσματικότητα, η έλλειψη συντονισμού, η γραφειοκρατία, η αναντιστοιχία πολιτικής βούλησης και πρακτικών οι οποίες τίθενται σε εφαρμογή, η αντιφατικότητα όσον αφορά τις πολιτικές που ασκούνται από το κράτος, κάτι το οποίο έρχεται σε αντίθεση με τις βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν μια κοινωνικά δίκαιη και σύγχρονη κοινωνία και Πολιτεία για την ομαλή λειτουργία της.

Η μεγάλη αύξηση των μεταναστευτικών εισροών στην Ελλάδα και οι οικονομικές, κοινωνικές και πολιτιστικές αλλαγές και συνέπειες που επέφερε η ένταξη τους στην Ελληνική κοινωνία μόνο με κατάλληλες ενεργητικές οικονομικές, κοινωνικές και πολιτιστικές πολιτικές μπορεί να αντιμετωπιστεί.

Όλες αυτές οι πολιτικές όπως και η πολιτική για την υγεία όσον αφορά την δράση τους πρέπει εξ' ολοκλήρου να στοχεύουν στον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας των μεταναστών, στον σεβασμό της διαφορετικότητάς τους, την ισότιμη αντιμετώπισή τους από τις δομές, τα όργανα και τους θεσμούς της Ελληνικής Πολιτείας αλλά και την ανάδειξη της πολυπολιτισμικότητας. Απαραίτητη κρίνεται η διασφάλιση και εφαρμογή των παραπάνω για την διασφάλιση τη κοινωνικής συνοχής, την καταπολέμηση φαινομένων ξеноφοβίας και ρατσισμού τα οποία κάνουν την εμφάνισή τους αλλά για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού.

Στόχος των εφαρμοζόμενων δράσεων στο χώρο της υγείας πρέπει να είναι πρωτίστως η βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης. Αναγκαία κρίνεται η δυνατότητα διεύρυνσης των δικαιωμάτων πρόσβασης των μεταναστών όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Στον χώρο της υγείας πρέπει να υπάρξουν δομικές αλλαγές και τα μέτρα πολιτικής τα οποία θα εφαρμοστούν πρέπει να στοχεύουν στα εξής:

- i. Καταγραφή και αξιολόγηση των προβλημάτων υγείας των μεταναστών όταν έρχονται στην Ελλάδα.
- ii. Προσβασιμότητα των μεταναστών και χρήση των υπηρεσιών υγείας.
- iii. Παροχή υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τις πολιτισμικά καθορισμένες συμπεριφορές υγείας και νόσου.(Μπινιέρη Αναστασία,2012).

#### **Καταγραφή και αξιολόγηση των προβλημάτων υγείας των μεταναστών όταν έρχονται στην Ελλάδα.**

Οι πληθυσμοί οι οποίοι μετακινούνται μεταφέρουν στην χώρα προορισμού το επιδημιολογικό προφίλ της χώρας προέλευσής τους με κίνδυνο εμφάνισης νέων ασθενειών και με κίνδυνο εμφάνισης σοβαρών επιπτώσεων στην Δημόσια Υγεία. Το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας δεν διαθέτει ούτε τις υποδομές ,ούτε όμως και την τεχνογνωσία για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή ουσιαστικών παρεμβάσεων στον χώρο της υγείας.

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας πρέπει να διαμορφώσει μια υγειονομική βάση δεδομένων η οποία θα λειτουργεί ως «Παρατηρητήριο» , ως βάση δεδομένων πάνω στην οποία θα υπογράφονται όλα τα στοιχεία των μεταναστών, τα χαρακτηριστικά τους όσον αφορά το φύλλο , την ηλικία, την εθνικότητα αλλά και τα επιδημιολογικά γνωρίσματα κάθε εθνικότητας ώστε να γίνουν συγκρίσεις με το υγειονομικό προφίλ του Ελληνικού πληθυσμού. Τα στοιχεία αυτά θα πρέπει να συλλέγονται για την παρακολούθηση του υγειονομικού προφίλ των μεταναστών, για την παρακολούθηση των εξελίξεων ,καθώς και για την ανάδειξη βασικών προβλημάτων και ζητημάτων τα οποία προκύπτουν σχετικά με τις υγειονομικές ανάγκες και το επίπεδο υγείας των μεταναστών. Κρίνεται αναγκαία η δημοσιοποίηση των στοιχείων αυτών, μέσω στατιστικών στο Ίντερνετ για επωφελή σκοπό όπως χρησιμοποίηση αυτών από ερευνητές αλλά και πολιτικές αρχές. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να

συλλέγονται τα δεδομένα αυτά μέσα στα πλαίσια κάλυψης γραφειοκρατικής καθημερινότητας.

Η νέα αυτή βάση δεδομένων πρέπει να είναι προσβάσιμη σε φορείς και οργανισμούς αλλά και σε φορείς με αρμοδιότητα ενασχόλησης με ζητήματα μεταναστών.

### **Προσβασιμότητα των μεταναστών και χρήση των υπηρεσιών υγείας**

Η επίσημη πολιτική που κυριαρχεί στον τομέα της υγείας στηρίζεται στην ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Οπότε αυτό ισχύει και για τους μετανάστες. Η πολιτική αυτή όμως συναντά προβλήματα στην εφαρμογή της λόγω του ότι εμφανίζονται φαινόμενα διακρίσεων κατά των μεταναστών στις δομές υγείας. Αυτά τα φαινόμενα μπορεί να οφείλονται σε ρατσιστική συμπεριφορά εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας ή σε προβλήματα που μπορεί να οφείλονται σε έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης των μεταναστών, σε λόγους νομιμότητας ή σε οικονομικά ζητήματα.

Η εύκολη πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες δημιουργεί ένα ευνοϊκό κλίμα γι' αυτόν και τους γύρω του, βοηθώντας τον να απολαμβάνει ένα καλό βιοτικό επίπεδο, να είναι υγιής τόσο για τον εαυτό του όσο και για τους γύρω του και με τις υπηρεσίες υγείας που του προσφέρονται να δημιουργείται μια σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στον μετανάστη και το κράτος που τον φιλοξενεί. Η πολιτεία οφείλει να μεριμνά για την έγκαιρη ενημέρωση των μεταναστών σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αλλά σε γλώσσα κατανοητή για τον μετανάστη. Γλωσσικά εμπόδια πρέπει να αποφεύγονται γιατί μπορεί να οδηγήσουν σε παρανοήσεις μεταξύ επικοινωνίας γιατρού και ασθενή και οι οποίες μπορεί να είναι επικίνδυνες σε θέματα υγείας. Σημαντική πλέον κρίνεται η παρουσία μεταφραστών για την διευκόλυνση επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενή. Οπότε οι παρακάτω δράσεις κρίνεται αναγκαίο να εφαρμοστούν:

- Πρέπει να γίνει αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και καταγραφή των κενών έτσι ώστε να γίνει επανατροφοδότηση των υπηρεσιών υγείας με το κατάλληλο προσωπικό και τις απαιτούμενες δομές.
- Η άσκηση επικοινωνιακής πολιτικής με την διάδοση της πληροφορίας μέσω φορέων ,οργανώσεων, ΜΜΕ αλλά κυρίως μέσω της κυκλοφορίας ενημερωτικών φυλλαδίων σε διάφορες γλώσσες.

**Παροχή υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τις πολιτισμικά καθορισμένες συμπεριφορές υγείας και νόσου.**

Ο όρος «ασθένεια» έχει έννοια και περιεχόμενο διαφορετικό σε σχέση με τις πολιτιστικές αξίες της χώρας προέλευσης των μεταναστών. Η άγνοια της διαφορετικής όμως έννοιας από τους επαγγελματίες υγείας δυσκολεύει σημαντικά την πρόληψη, διάγνωση και σχεδιασμό θεραπείας αλλά και κάθε προσπάθεια δράσεων πρόληψης και προαγωγής υγείας. Η έλλειψη γνώσης των πολιτιστικών ιδιαιτεροτήτων των μεταναστών όπως για παράδειγμα ( γυναικά μουσουλμάνα ή άντρας μουσουλμάνος δεν θέλει να εξεταστεί από το αντίθετο φύλο γιατρό) δημιουργεί ένα αίσθημα ανασφάλειας και φόβου του μετανάστη νιώθοντας μη αποδεκτός από το σύστημα υγείας της χώρας. Για να αντιμετωπιστεί το παραπάνω φαινόμενο οι παρακάτω δράσεις είναι αναγκαίες:

- Η ευαισθητοποίηση ,εκπαίδευση , κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας στην προσέγγιση των μεταναστών με βάση τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητές τους.
- Η συνεχής εκπαίδευση των ατόμων οι οποίοι θα εκπαιδεύουν το προσωπικό υγείας ,έτσι ώστε να είναι σε συνεχή ενημέρωση και προσαρμογή των γνώσεών τους και προγραμμάτων δράσης τους με βάση των νέων κοινοτικών οδηγιών.
- Η σύσταση και οργάνωση μονάδας εμπύχωσης και υποστήριξης των μεταναστών με βάση την πολιτισμική διαφορετικότητά τους.

Απαραίτητη λοιπόν κρίνεται η εφαρμογή όλων των παραπάνω μέτρων και προτάσεων στις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ειδικότερα όσον αφορά τα Κέντρα Υγείας Νομού Λακωνίας και την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας οι παρακάτω προτάσεις πρέπει να εφαρμοστούν για αποδοτική εφαρμογή δράσεων πρόληψης και θεραπεία και προαγωγή υγείας.

- Συνεργασία επαγγελματιών υγείας και διοικητικού προσωπικού και συντονισμένη καταγραφή σε αρχεία του νοσολογικού φάσματος – ιατρικό προφίλ μεταναστών, πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων και αναγκών τους.
- Σωστή καταγραφή των δεδομένων που προκύπτουν από την καταγραφή αυτή και διατύπωση προτάσεων από το προσωπικό για βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης.

- Διοργάνωση σεμιναρίων για ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των αρμοδίων φορέων.
- Καταγραφή και αποτύπωση των αναγκών σε προσωπικό και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό ενημέρωση και κινητοποίηση των τοπικών κρατικών αρχών για την αναγκαιότητα εξεύρεσης λύσης.
- Συχνή αναφορά στους αρμόδιους φορείς για την αναγκαιότητα πρόσληψης διερμηνέα , ιδιαίτερα σε περιοχές όπως τον Δήμο Ευρώτα με μεγάλο αριθμό μεταναστών Πακιστανικής καταγωγής με έντονο πρόβλημα επικοινωνίας μεταναστών και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.
- Συνεργασία προσωπικού κέντρων υγείας και δημοτικών αρχών για την διενέργεια προληπτικών προγραμμάτων (εμβολιασμούς, τεστ ΠΑΠ, μαστογραφία) όπου να τηρούνται αρχές και σεβασμός των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων.
- Συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού μέσω προγραμμάτων για την σωστή αντιμετώπιση ,υποστήριξη και εμπύχωση των μεταναστών.
- Συντονισμός προσπάθειας αναγκαίας επίσκεψης κάθε εβδομάδα σε όλα τα κέντρα υγείας ομάδας ψυχολόγων και παιδιάτρου σε όσα δεν έχουν για την παρακολούθηση των μεταναστών σε οικογενειακό επίπεδο..
- Στενή συνεργασία ΚΕΕΛΠΝΟ με τα Κέντρα Υγείας Νομού Λακωνίας για τον συντονισμό προγραμμάτων ενημέρωσης και παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στους μετανάστες και προάσπισης της Δημόσιας Υγείας γενικότερα.
- Εκτύπωση φυλλαδίων ενημέρωσης μεταναστών σε γλώσσα κατανοητή σε αυτούς για την ελονοσία ,για την πρόληψη και θεραπεία της.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **1. ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. 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.
2. Baldwin-Edwards M. (2004). Immigration into Greece, 1990-2003: A Southern European Paradigm?, Εισήγηση στο συνέδριο European Population Forum 2004, Geneva, 12-14 January.
3. Baldwin-Edwards M. (2006) «'Patterns of Migration in the Balkans». Mediterranean Migration Observatory Working Paper No. 9, January.
4. Becatoros Elena (2010) «Greece: Europe's gateway for illegal immigration» The Washington Post.
5. Bhaskar R, Germosén B, and Dick D. Demographic Analysis 2010: Sensitivity Analysis of the Foreign - Born Migration Component. Available at: <http://www.census.gov/population/www/documentation/twps0098/twps0098.pdf>  
Assessed at 24/4/ 2017
6. Cavounidis J. (2006). «'The Labour Market Integration of Migrants in Greece». Workshop of the Hellenic Migration Policy Institute on Managing Migration: The Greek, EU, and International Contexts, 15-16 November 2004, Athens.
7. Emke Pouloupoulos I. (2001). Trafficking in women and children. With special emphasis to the case of Greece as a country of destination and transit, IMEO, EDHM, Athens.
8. European Commission (2006b). Equality in Health: Greek National Report. Edition of Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities
9. European Commission Eurostat.: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Migration\\_and\\_migrant\\_population\\_statistics/e1](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/e1).
10. Fakiolas R. (2003) 'Regularising undocumented immigrants in Greece: procedures and effects». Journal of Ethnic and Migration Studies, 29(3), pp.535-561.
11. [Frontex - Europa.eu](https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/frontex_el) [https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/frontex\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/frontex_el)

12. Galanis P., Sourtzi P., Ballali T., Theodorou M., Karamitri I., Siskou O., Charalambous G., Kaitelidou D., Public Health Services knowledge and Utilization Among Immigrants in Greece : across – sectional study. BMC Health Services Research 2013, 13:350
13. Hatziprokopiou P. (2004). «'Balkan immigrants in the Greek city of Thessaloniki: local processes of incorporation in international perspective». European Urban and Regional Studies, 11 (4): 321ñ338.
14. [Human Rights Watch | Defending Human Rights Worldwide](https://www.hrw.org/el)  
<https://www.hrw.org/el>
15. Kanavaki S., Mantadakis E., Nikolaou S., Papavasiliou A., Karabela S., Anagnostou S., Falagas ME., Samonis A. Resistance of Mycobacterium tuberculosis isolates in different populations in Greece during 1993-2002. International Journal of Tuberculosis and disease 2006, 10(5): 559-564 9.
16. Kanavaki S., Nikolaou S., Karampela S., Papavasiliou A., Skroumpelou A., Varonou E., Papageorgiou P., Kontos F., Anagnostou S., Raftopoulou A., Koumantakis P., Tamvakis V. (2005). «'Changes in the epidemiology of tuberculosis in Greece due to continuing immigration» .Pneumon 18(1):84-92
17. Lahana E, Niakas D. Investigating Differences in health related quality of life of Greeks and Albanian Immigrants with Generic EQ-5D Questionnaire. Biomed Res Int 2013
18. Madiakos M, Gronidakis F, Ploubidis D, Papadopoulou E, Rogakou E. Measuring Acculturation and Symptoms of Depression of Foreign Immigrants in Athens Area. Ink J Soc Psychiatry 2008, 54:338-349.
19. Nikolopoulos G., Arvanitis M., Masgala A. and Paraskeva D. (2005). «'Migration and HIV epidemic in Greece». European Journal of Public Health, 15(3):296-299.
20. Pantazis K., D., Elefsiniotis I., S., Brokalaki H. (2008). «'New Data concerning the Epidemiology of Hepatitis B Virus Infection in Greece». Gastroenterology Research and Practice. Published online 2008 April 6.
21. . Papaventsis D., Nikolaou S., Karabela S., Ioannidis D., Konstantinidou E., Marinou I., Sainti A., Kanavaki S. Tuberculosis in Greece: bacteriologically confirmed care and anti-tuberculosis drug resistance 1995-2009. EuroSurveillance 2010, 15(28): 1-10 8.
22. Woodward A., Howard N., Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. Health Policy Plan. 2013:1-13

## **2.ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

23. Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού Αναγνωστοπούλου Α. Το οργανωτικό πλαίσιο της ΠΦΥ στην Ελλάδα ,*Νοσηλευτική* 2008, 47(30):320-333
24. Απόφαση ΕΕΔΑ «Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς Νόμιμα Έγγραφα Παραμονής».  
<http://www.stekichania> Προσπέλαση 12/4 /2017
25. Ανδρέας Χ. Τάκης (Μάρτιος 2011). *«Πέρα από το Δουβλίνο II». Μεταρρύθμιση - Πολιτικό Περιοδικό - Ηλεκτρονική έκδοση*
26. ΒΑΒΕΛ (<http://www.syn-eirmos.gr/index.html>).
27. Βασιλούνη Σ. (2008). «Ο νόμος 3386/2005 για την είσοδο, διαμονή και ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην ελληνική επικράτεια». Πρακτικά Συνεδρίου: Αλλοδαποί στην Ελλάδα: ένταξη ή περιθωριοποίηση, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Νομική Σχολή, 28-29 Νοεμβρίου 2006, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα.
28. Βουλή των Ελλήνων, Το Σύνταγμα της Ελλάδας, Αθήνα (επανέκδοση 2013) διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:  
[www.hellenicparliament.gr/UserFiles/8c3e9046-78fb-48f4.../SYNTAGMA1\\_1.pdf](http://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/8c3e9046-78fb-48f4.../SYNTAGMA1_1.pdf)
29. Γαλανάκης Ε., Κράλλης Ν., Ντούρος Θ., Ευαγγελίδου Ε., Ανδρονίκου Σ., Σιαμοπούλου Α., (2008). «Νοσηλεία παιδιών αλβανικής υπηκοότητας: πραγματικότητα, προβλήματα, προοπτικές». *Παιδιατρική*, 61(3)
30. Γαλάνης Π., Καϊτελίδου Δ., Σουρτζή Π., Μπελλάλη Θ., Σίσκου Ο., Τσαβαλιάς Κ., Καραμήτρη Ι., Βελονάκης Ε., Γνώση και χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα από μετανάστες. *Νοσηλευτική* 2012, 51 (4):421-424
31. Γεωργαράκης Γ. Νίκος, «Η μεταναστευτική πολιτική: Στάσεις και αντιστάσεις στην ελληνική διοίκηση», στο *Όψεις μετανάστευσης και μεταναστευτικής πολιτικής στην Ελλάδα σήμερα*, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 2009, σελ.37-38
32. Γιατροί του Κόσμου - Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο(2007). *Χωρίς Χαρτιά, Χωρίς Υγεία*;. Έκδοση των Γιατρών του Κόσμου
33. Γιατροί του Κόσμου (<http://www.mdmgreece.gr>).
34. Γιατροί Χωρίς Σύνορα (<http://www.msf.gr>).



35. Γκόλντιν'Ιαν, Κάμερον Τζέφρυ και ΜίραΜπαλαρατζάν, - (2013). *Αυτοί δεν είναι σαν εμάς*. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης, σελ. 44-49
36. Διακήρυξη AlmaAta: 12Σεπτεμβρίου 1978
37. ΕΕΔΑ: Απόφαση ΕΕΔΑ 2007 «Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς Νόμιμα Έγγραφα Παραμονής». [www.nchr.gr](http://www.nchr.gr)
38. Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (<http://www.redcross.gr>).
39. Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες (<http://www.gcr.gr>).
40. Έμκε-Πουλοπούλου Η. (2007). Η μεταναστευτική πρόκληση, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα
41. 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.
42. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως(2016) Νόμος υπ αριθ.4368 ΚΥΑ Α3(γ)ΓΠ/οικ25132/4-4-2016
43. Καλοφωλιάς Π.Κωνσταντίνος2011: «Το μεταναστευτικό ζήτημα στην Μεσόγειο»Εκδ.Σιδέρη Μιχάλη
44. Καναβάκη Σ., Καράμπελα Σ., Τσαγκαράκης Ν., Κωνσταντινίδου Ευ., Ιωαννίδης Π., Πεφάνης Α., Νικολάου Σ. (2007). Ή αντοχή του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης στα αντιφυματικάφάρμακα. Ελληνικά δεδομένα για τη δεκαετία 1997-2006<sup>a</sup>. Ιατρική, 92(5):414-420.
45. Καρύδης, Β. Χ. (1996) : «Η εγκληματικότητα των Μεταναστών στην Ελλάδα» Εκδ. ΠαπαζήσηΑθήνα , σελ 17.
46. ΚΕΕΛΠΝΟ: ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ[www.keelpno.gr](http://www.keelpno.gr)
47. Κωνσταντινίδης Θ.Κ., Χριστάκη Π., Τσαρά Β., Καπετανγιώργης Α. και Κατσουγιαννόπουλος Β.Χ. (2000). «Έπιδημιολογικοί και κλινικοί χαρακτήρες της φυματίωσης σε μετανάστες στη Βόρεια Ελλάδα κατά την περίοδο 1988-97»Πνευμων,13(1):73-83
48. Λαζαρίδη, Γ. - Αμίτσης, Γ (2001) : «Νομικές και κοινωνικοπολιτικές διαστάσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα», εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 258

49. Μαράτου-Αλιπράντη, Λ., Γκαζόν, Ε. (2005α). Μετανάστευση και Κοινωνική Ασφάλιση: Μια προσέγγιση με βάση δεδομένα της έρευνας EU-SLIC και των Ασφαλιστικών Ταμείων, ΕΚΚΕ, Αθήνα.
50. Μαστραπά Ε., Υφαντής Α., Χανιώτη Δ., Σιαμάγκα Ε., Πρέσσας Ι., Ράπτη Γ., Τσιρίγκα Σ. Εμβολιαστική κάλυψη ηλικίας 6-16 ετών σε περιοχή της Ελληνικής Επαρχίας. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης 2013, 4(1):27-30
51. MIGHEALTHNET: Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα. Μάρτιος 2009. [www.mighealth.net/el](http://www.mighealth.net/el)
52. Μπάγκαβος Χ., Παπαδοπούλου Δ. (2003). «Μεταναστευτικές τάσεις και Ευρωπαϊκή Μεταναστευτική Πολιτική», Σειρά μελετών του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Αθήνα.
53. Μπίτσικα Παναγιώτα, 2016 Ο «χάρτης» των 557.476 νόμιμων μεταναστών-κοινωνία-Το Βήμα Online. [www.tovima.gr/society/article/?aid=795716](http://www.tovima.gr/society/article/?aid=795716) Προσπέλαση 26 Απριλίου 2017
54. Μπινιέρη Αναστασία, (2012). «Πολιτική υγείας για τους μετανάστες. Το παράδειγμα του νομού Αχαΐας»
55. Μπουφίδης Σ. (1999), Ματαιώση ονείρων, ψυχασθένειες και μετανάστες. Γιατροί Χωρίς Σύνορα ([http://www.msf.gr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=61&Itemid=248](http://www.msf.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=61&Itemid=248))
56. Nies M., McEwen M. Κοινωνική Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας, Επιμέλεια: Τσελίκια Α. Σαπουνζή- Κρέπια Δ. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα 2011.
57. **ΝΟΜΟΣ 4238/ΦΕΚ Α 38/17.02.2014. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.**
58. **ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 3386 ΦΕΚ Α 212/23-8-2005. Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια.**
59. Ο.Ο.Σ.Α: ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ [www.oecd.org](http://www.oecd.org)
60. Παιονίδης Α. (1995). «Η υγεία των παλιννοστούντων παιδιών». Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος, 7: 105-109.
61. Παραδεισάνος Αδάμ Αστυνομία: ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ- Υπουργείο Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης- Ελληνική Αστυνομία. [www.astynomia.gr/index.php?option=ozo\\_content&perform=view&id=18528](http://www.astynomia.gr/index.php?option=ozo_content&perform=view&id=18528) Διαδικτυακός τόπος .Προσπέλαση 25/4/2017

62. Πετράκου, Ηλέκτρα (2009). *Η κατασκευή της μετανάστευσης στην ελληνική κοινωνία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σελ. 31
63. Π.Ο.Υ:ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ  
ΥΓΕΙΑΣ [www.unric.org/el/index.php?option=com\\_content&view=article...](http://www.unric.org/el/index.php?option=com_content&view=article...)
64. Ρομπόλης Σ. (2005). 'Οικονομία , αγορά εργασίας και μετανάστευση στην Ελλάδα<sup>a</sup>, στο: Καψάλης Α. και Π. Λινάρδος-Ρυλμόν (επιμ.) Μεταναστευτική πολιτική και δικαιώματα των μεταναστών, Αθήνα.
65. Ρούπα Ζ. ,Ζωγράφου Π. ,Βασιλόπουλος Αρ.: «Οι μετανάστες ως χρήστες των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα». Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας(2014) Τόμος 6,Τεύχος 4,154-159.
66. Ρούσσοι Α., Γκορίτσας Κ., Παππάς Θ., Παπαδάκη Μ., Σπανάκη Π, Φέρτη Α. (2001). 67. «Έπιπολασμός δεικτών ηπατίτιδας Β και C σε αλλοδαπούς μετανάστες των Αθηνών». Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων,35,σελ 161-165.
68. PRAKSIS (<http://www.praksis.gr>).
69. Σωτηρόπουλος Βασίλης (Φεβρουάριος 2011). «Νομικό Πλαίσιο Μετανάστευσης». *Εντυπο "Καθρέφτης"* (1): 8-1
70. [http://issuu.com/kathreftis/docs/efimerida\\_kathreftis](http://issuu.com/kathreftis/docs/efimerida_kathreftis).
71. Τσαούσης Δ.Γ(1985), Κοινωνική ανθρωπολογία / Γκ. Λιενχαρντ. Η κοινωνική ανθρωπολογία στην Ελλάδα
72. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ: ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ [www.ypes.gr/el/Generalsecretariat\\_PopulationSC/](http://www.ypes.gr/el/Generalsecretariat_PopulationSC/)
73. Χατζηπουλίδης Γ. Χατζηπουλίδης Ν. Η ψυχική υγεία των μεταναστών στην πορεία της ενταξής τους στην Ελληνική κοινωνία. *Επιθεώρηση Υγείας* 2009,20(12):29-36
74. Χλέτσος, Μ. (2002) Η πολιτική οικονομία της μετανάστευσης, Αθήνα: Εξάντας

## Παράρτημα:

### 1.Άδεια διεξαγωγής έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
6<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -  
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης  
Τηλέφωνο : 2613 - 600578  
Fax : 2610 - 430790

ΠΑΤΡΑ 09/02/2017

Αριθμ. Πρωτ. 4238

ΠΡΟΣ  
κ. Μερκούρη Βασιλική  
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια  
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

**Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων**

**Σχετ:**

- Το από 19/01/2017 αίτημά σας
- Η υπ' αριθμ. Α3(γ)/οικ.44028/11.06.2015 (ΦΕΚ 1360/03.07.2015 τ.Β') Υπουργική Απόφαση περί αρμοδιοτήτων υποδιοικήτων της 6ης ΥΠΕ

Σε απάντηση του παραπάνω σχετικού αιτήματός σας, εγκρίνουμε τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στα ΠΕΔΥ - Κέντρα Υγείας Νομού Λακωνίας στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας σας με θέμα: «Οι Μετανάστες ως Χρήστες των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», με την επισήμανση ότι δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση της υπηρεσίας μας, δεν θα παρακωλυθεί η ομαλή λειτουργία των φορέων αρμοδιότητάς μας στους οποίους θα συλλέξετε τα ερευνητικά δεδομένα σας και θα τηρηθούν οι θεμελιώδεις κανόνες ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

-ΠΕΔΥ-Κ.Υ. ΒΛΑΧΙΩΤΗ  
-ΠΕΔΥ Κ.Υ. ΑΡΕΟΠΟΛΗΣ  
-ΠΕΔΥ – ΚΥ ΝΕΑΠΟΛΗΣ  
-ΠΕΔΥ Κ.Υ. ΓΥΘΕΙΟΥ

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ  
Η ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ



Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ  
Α/Α Ο ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Α. ΚΩΣΤΑΚΙΩΤΗΣ

## **2.ΦΟΡΜΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

1.ΦΥΛΟ:

2.ΗΛΙΚΙΑ:

3.ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ:

4.ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

5.ΦΟΡΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ:

6.ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:

7.ΕΞΕΛΙΞΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ