



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

**Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής
Πολιτικής**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ “ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ
ΥΓΕΙΑΣ”**

2008-2009

05 ΔΕΚ. 2011



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ**

ΧΡΗΣΤΟΣ ΖΙΑΚΚΑΣ

Μάρτιος 2011

005076



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

**Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής
Πολιτικής**
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ “ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ
ΥΓΕΙΑΣ”
2008-2009

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ

ΧΡΗΣΤΟΣ ΖΙΑΚΚΑΣ

Επόπτρια: Επ. Καθ. Μ. ΓΕΙΤΟΝΑ

Μάρτιος 2011

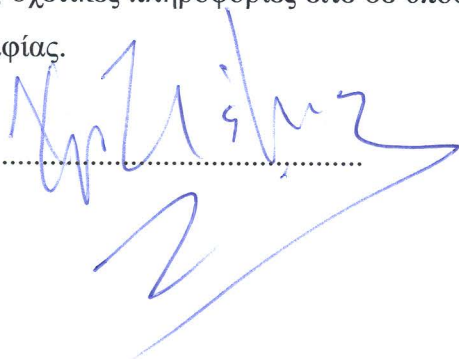
Copyright © Χρήστος Ζιάκκας, 2011

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Όπου παραθέτω αποσπάσματα από δημοσιευμένες πηγές, έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά απαιτείται, και έχω παραθέσει τις σχετικές πληροφορίες είτε σε υποσελίδιες σημειώσεις, είτε στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized cursive letters, is written over a dotted line. Below the signature, there is a large, sweeping blue checkmark.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο οι μετανάστες κάνουν χρήση των υπηρεσιών του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου, καθώς και της έκτασης της οικονομικής επιβάρυνσης του Νοσοκομείου από τη νοσηλεία ανασφάλιστων αλλοδαπών για το έτος 2009. Παράλληλα, παρουσιάζεται συνοπτικά η έκταση του μεταναστευτικού φαινομένου (με έμφαση στην Ελλάδα), το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για την περίθαλψη μεταναστών, καθώς και όσα ισχύουν σχετικά σε έντεκα άλλες χώρες.

Το υλικό της μελέτης αποτελείτο κατά πρώτον από ελληνόγλωσση και ξενόγλωσση βιβλιογραφία (σχετική κυρίως με ζητήματα περίθαλψης αλλοδαπών και συνεπαγόμενου οικονομικού κόστους), κατά δεύτερον από στοιχεία περίθαλψης αλλοδαπών στο Νοσοκομείο Κορίνθου (τόσο στα Επείγοντα όσο και στις Κλινικές), και τέλος από τα απολογιστικά/οικονομικά στοιχεία του Νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν σε σχέση με την διεθνή βιβλιογραφία και προέκυψαν αρκετές ομοιότητες.

Σύμφωνα με τα ευρήματα, οι αλλοδαποί καταφεύγουν συχνά στα Επείγοντα Περιστατικά του Νοσοκομείου, αλλά δεν νοσηλεύονται συχνότερα από το γηγενή πληθυσμό, ούτε και για μεγαλύτερη διάρκεια. Σημαντικό ποσοστό αλλοδαπών καταφεύγουν στο ΓΝΚ για ατυχήματα και γυναικολογικά ζητήματα. Επίσης, τα ποσοστά μεταδοτικών νόσων είναι χαμηλά, αλλά σύμφωνα με τη βιβλιογραφία πιθανόν να σημειωθεί αύξηση τέτοιων περιστατικών τα επόμενα χρόνια. Το ίδιο ισχύει και για χρόνια νοσήματα, δεδομένου ότι υπάρχουν πια μετανάστες άνω των 50-60 ετών. Από οικονομικής πλευράς, προέκυψε ότι αν και η συνολική επιβάρυνση από νοσηλεία ανασφάλιστων αλλοδαπών είναι σχετικά μικρή, στην πραγματικότητα σχεδόν ένας στους δύο αλλοδαπούς δεν καταφέρνει να αποπληρώσει το χρέος του προς το Νοσοκομείο. Δεδομένου ότι οι μεταναστευτικές ροές συνεχίζονται μάλλον αμείωτες, η εργασία καταλήγει στο συμπέρασμα ότι είναι αναγκαίες αφενός περισσότερες επιστημονικές έρευνες για την πληρέστερη μελέτη του προβλήματος, και αφετέρου ολοκληρωμένες νομοθετικές/πολιτικές παρεμβάσεις σε επίπεδο Ελλάδας, αλλά και Ευρωπαϊκής Ένωσης.

ΛΕΞΕΙΣ—ΚΛΕΙΔΙΑ: μετανάστευση, κόστος περίθαλψης, επιβάρυνση νοσοκομείων, νοσηλεία μεταναστών

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	i
Κατάλογος πινάκων & διαγραμμάτων.....	iv
Συντομογραφίες	v
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
Κεφάλαιο 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
Κεφάλαιο 2. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ.....	5
2.1 Μετανάστευση: Ορισμός και έκταση του φαινομένου.....	5
2.1.1 Ορισμός της Μετανάστευσης.....	5
2.1.2 Έκταση του φαινομένου.....	6
2.1.3 Τα χαρακτηριστικά των μεταναστών στην Ελλάδα.....	10
2.2 Μετανάστευση και Δημόσια Υγεία	15
2.2.1 Γενική επισκόπηση	15
2.2.2 Χώρες υποδοχής & μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας	16
2.2.3 Έλεγχοι και ηθικά ζητήματα	18
2.3 Μετανάστευση και περίθαλψη.....	22
2.3.1 Δικαίωμα στην υγεία και Διεθνές Δίκαιο	22
2.3.2 Το ελληνικό Σύνταγμα και το δικαίωμα στην Υγεία	25
2.3.3 Μεταναστευτική πολιτική & το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο	26
2.3.4 Το ελληνικό σύστημα υγείας & η πρόσβαση σε αυτό	31
2.4 Παράτυποι μετανάστες & περίθαλψη: ΗΠΑ, Καναδάς & Ευρώπη.....	34
2.4.1 Γενικά	34
2.4.2 ΗΠΑ και Καναδάς	36
2.4.3 Ευρωπαϊκά κράτη	41
2.5 Σύνοψη Κεφαλαίου	48
Κεφάλαιο 3. ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ.....	50
Κεφάλαιο 4. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	51
4.1 Εντοπισμός βιβλιογραφίας	51
4.2 Υλικό από το Νοσοκομείο Κορίνθου	52
4.3 Μέθοδος έρευνας	52
Κεφάλαιο 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	54
5.1 Αποτελέσματα από τα Επείγοντα Περιστατικά	54
5.1.1 Προσέλευση & δημογραφικά χαρακτηριστικά των αλλοδαπών που προσήλθαν στα ΤΕΠ	54
5.1.2 Ασφαλιστικό στάτους των αλλοδαπών στα ΤΕΠ.....	56
5.1.3 Εισαγωγές από τα ΤΕΠ στις κλινικές	56
5.1.4 Νοσολογικά χαρακτηριστικά των αλλοδαπών (ΤΕΠ).....	57
5.2 Αποτελέσματα από τις Κλινικές.....	58
5.3 Οι οικονομικές διαστάσεις της νοσηλείας αλλοδαπών.....	60

Κεφάλαιο 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	63
Κεφάλαιο 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	80
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	82
ABSTRACT.....	100

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ & ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

2.1	Εκτίμηση μετακινούμενων πληθυσμών	6
2.2	Αριθμός μεταναστών σε σχέση με τον πληθυσμό	9
2.3	Ρυθμός καθαρής μετανάστευσης-αποδημίας (2010)	10
2.4	Αλλοδαποί διαμένοντες στην Ελλάδα ανά εθνικότητα.....	11
5.1	Ποσοστό αλλοδαπών επί συνόλου ασθενών των ΤΕΠ (<i>Διάγραμμα</i>)	54
5.1	Εθνοτική κατανομή αλλοδαπών στα ΤΕΠ.....	55
5.2	Ηλικιακή κατανομή αλλοδαπών στα ΤΕΠ.....	56
5.3	Σύγκριση ασφαλιστικού φορέα αλλοδαπών ΤΕΠ vs. Κλινικές.....	59
5.4	Αριθμός εισαγωγών ανά κλινική	59
5.5	Απολογιστικά στοιχεία Νοσοκομείου Κορίνθου 2009	60
5.6	Τιμή νοσηλίου Γ' θέσης ανά Τομέα.....	61
5.7	Ανεξόφλητες εκκρεμότητες νοσηλίων 2009.....	62
6.1	Γενικά χαρακτηριστικά Νοσοκομείου Κορίνθου (2009)	63

ΙΚΑ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΙΜΕΠΟ: Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής (Καταργήθηκε το 2010)

ΜΔΝ: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας

ΜΚΟ: Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

Ν.: Νόμος

ό.π.: όπου προηγουμένως

ΟΓΑ: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

ΟΗΕ: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Απασχόλησης

Π.Δ.: Προεδρικό Διάταγμα

παρ.: παράγραφος

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Πρβ.: Παράβαλε

σ.: σελίδα/σελίδες

ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

ΦΕΚ: Φύλλο της Εφημερίδας της Κυβέρνησης

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή διεξήχθη στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών “Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας” του τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Η εργασία μου ανατέθηκε από τον Συντονιστή της Κατεύθυνσης, λέκτορα κ. Κυριάκο Σουλιώτη, και υπεύθυνη για την παρακολούθηση της προόδου ήταν η επίκουρη καθηγήτρια κα. Μαίρη Γείτονα.

Στην παρούσα εργασία έγινε μια πρώτη προσπάθεια να μελετηθεί τόσο ο βαθμός στον οποίο οι μετανάστες της ευρύτερης Κορινθίας προσέρχονται και χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου, όσο και οι οικονομικές διαστάσεις της νοσηλείας τους για το 2009. Δεδομένου ότι, εξ όσων γνωρίζω, είναι η πρώτη σχετική έρευνα για το συγκεκριμένο νοσοκομείο (και μια από τις ελάχιστες στην Ελλάδα για αυτό το θέμα), θεωρώ ότι αναπόφευκτα έπρεπε να γίνει αναφορά όχι μόνο στα οικονομικά μεγέθη, αλλά και στα δημογραφικά και νοσολογικά χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Η παρακολούθηση των μαθημάτων του ΜΠΣ “Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας” αποδείχτηκε πολύτιμη, αφού κατά τη συγγραφή της εργασίας όχι μόνο προέκυψαν πολλά θέματα που ήδη είχαν αναφερθεί στις παραδόσεις, αλλά οι γνώσεις που είχα αποκομίσει με βοήθησαν στη σωστή επιλογή της βιβλιογραφίας και στη χρήση των πιο σημαντικών (θεωρώ) στοιχείων και δεδομένων. Αναμφίβολα, βέβαια, θα υπάρχουν κάποια κενά στην αποτύπωση όλων των στοιχείων και την πραγμάτευση όλων των πλευρών ενός τόσο περίπλοκου θέματος, αλλά από την άλλη πιστεύω ότι η εργασία αυτή αποτελεί μια ειλικρινή προσπάθεια για εμπειριστατωμένη περιγραφή και μελέτη αυτού του ζητήματος.

Βασικός άξονας γύρω από τον οποίο ‘χτίστηκε’ όλη η εργασία ήταν αφενός η συλλογή και επεξεργασία όλων των σχετικών δεδομένων που αφορούν ειδικά το Νοσοκομείο Κορίνθου, και αφετέρου η συλλογή της σχετικής (ελληνικής και ξένης) βιβλιογραφίας που αφορά το δίπολο “μετανάστες — κόστος περίθαλψης”.

Η διερεύνηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από αλλοδαπούς είναι ένα σημαντικό ζήτημα με πολλές προεκτάσεις (δημογραφικές, νοσολογικές και οικονομικές), που αρχίζει να απασχολεί όλο και περισσότερο τόσο την ελληνική όσο

και τη διεθνή επιστημονική κοινότητα. Αυτή η εργασία αποτελεί μία πρώτη προσπάθεια να μελετηθεί το πολύπλοκο αυτό θέμα από τη σκοπιά ενός μεσαίου επαρχιακού νοσοκομείου. Και θα πρέπει να υπογραμμίσω ότι τελειώνοντας αυτή την εργασία νιώθω ότι γνωρίζω πολλά περισσότερα πράγματα γύρω από αυτό το θέμα από όσα γνώριζα ξεκινώντας.

Μια επιστημονική εργασία, όμως, στηρίζεται σε δεδομένα και βιβλιογραφία. Και ως προς τη συλλογή των δεδομένων του Νοσοκομείου Κορίνθου, υπήρξαν αρκετά άτομα που η βοήθειά τους ήταν πολύτιμη: Έτσι, θα ήθελα να ευχαριστήσω το προσωπικό του Αρχείου, του Γραφείου Κίνησης Ασθενών (και ειδικότερα την κα Α. Καμπέρη), του Τμήματος Πληροφορικής (και ιδιαίτερα την κα Ι. Δασκαλοπούλου), το προσωπικό του Γραφείου Χρηματικού, και τον Διευθυντή του Πνευμονολογικού Τμήματος κο Κων/νο Μπάρα, διότι σε πολλές περιπτώσεις καθυστερούσαν τις σημαντικές τους υποχρεώσεις για να μου παράσχουν τα στοιχεία που χρειαζόμουν για την έρευνά μου. Τέλος, ο δρ Π. Κριμπάς, επ. καθηγητής στο Δημοκρίτειο Παν/μιο Θράκης, με βοήθησε να κατανοήσω και να ξεκαθαρίσω κάποιες βασικές έννοιες σχετικά με το νομοθετικό πλαίσιο που αφορά τους αλλοδαπούς.

Τέλος, για άλλη μια φορά, ευχαριστώ την επόπτριά μου, Επίκουρη Καθηγήτρια κα Μαίρη Γείτονα, τόσο για τη βοήθειά της, όσο και για την εξαιρετική συνεργασία που είχαμε.

Κεφάλαιο 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μετανάστευση αποτελεί ένα φαινόμενο με ολοένα αυξανόμενες διαστάσεις όχι μόνο για την Ελλάδα, αλλά και για πολλές άλλες χώρες. Οι πολιτικές, οικονομικές, κοινωνικές, νομικές και υγειονομικές ακόμα διαστάσεις του θέματος είναι τεράστιες, και η διεθνής επιστημονική κοινότητα τα τελευταία χρόνια ερευνά και μελετά τις διαστάσεις του μεταναστευτικού φαινομένου όλο και περισσότερο.

Η παρούσα εργασία φιλοδοξεί να αποτελέσει μια μικρή συμβολή στη μελέτη αφενός της πρόσβαση των αλλοδαπών στο Σύστημα Υγείας της Ελλάδας (σε σύγκριση με το τι συμβαίνει σε κάποιες άλλες χώρες), και αφετέρου να ερευνήσει σε ποιο ακριβώς βαθμό οι μετανάστες χωρίς χαρτιά χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες και επιβαρύνουν οικονομικά τα δημόσια νοσοκομεία, χρησιμοποιώντας σαν παράδειγμα (case-study) την εμπειρία ενός μεσαίου επαρχιακού νοσοκομείου, και συγκεκριμένα του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου για το έτος 2009.

Στο Κεφάλαιο 2 (‘Μετανάστευση και Περίθαλψη: Ελληνική και Διεθνής Εμπειρία’), αφού αρχικά οριστούν οι όροι που θα μας απασχολήσουν στη συνέχεια της εργασίας, περιγράφεται συνοπτικά η έκταση του φαινομένου της μετανάστευσης σε διεθνή, σε ευρωπαϊκή, και —κυρίως— σε ελληνική κλίμακα. Αφού παρουσιαστούν τα χαρακτηριστικά του μεταναστευτικού πληθυσμού στη χώρα μας, γίνεται μια γενική αναφορά στο ζήτημα εάν η μετανάστευση δημιουργεί πιθανούς κινδύνους για τη δημόσια υγεία και ποιο ρόλο μπορούν να παίξουν οι προληπτικοί έλεγχοι. Επίσης, μελετώνται και κάποια δεοντολογικά ζητήματα σχετικά με την υποχρεωτικότητα ή όχι των ελέγχων αυτών. Στη συνέχεια, αναλύεται το δικαίωμα στην υγεία τόσο σύμφωνα με το Διεθνές Δίκαιο, με το Σύνταγμα της Ελλάδας, αλλά και το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο περί μεταναστών. Γίνεται επίσης μια σύντομη παρουσίαση του τρόπου λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων σε σχέση με τους ανασφάλιστους μετανάστες, και αμέσως μετά γίνεται μια σύντομη περιγραφή όσων ισχύουν για την περίθαλψη των μεταναστών στις ΗΠΑ, τον Καναδά, τη Μεγάλη Βρετανία, τη Γαλλία, τη Σουηδία, τη Δανία, την Ολλανδία, τη Γερμανία, την Ισπανία, την Πορτογαλία και την Ιταλία.

Στο Κεφάλαιο 3 διατυπώνονται ξεκάθαρα οι σκοποί και οι στόχοι της παρούσας μελέτης σε σχέση ειδικότερα με το Νοσοκομείο Κορίνθου, και στο Κεφάλαιο 4 περιγράφεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε τόσο για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση όσο και για την έρευνα στο νοσοκομείο.

Στο Κεφάλαιο 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου ως προς τα χαρακτηριστικά των μεταναστών και το βαθμό στον οποίο χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τόσο σε επίπεδο επειγόντων περιστατικών όσο και σε επίπεδο κλινικών. Επίσης, διερευνάται ο βαθμός στον οποίο οι ανασφάλιστοι αλλοδαποί επιβάρυναν οικονομικά τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου.

Στο Κεφάλαιο 6 ('Συζήτηση') γίνεται εκτενής κριτικός σχολιασμός και σύνθεση των ευρημάτων της παρούσας έρευνας σε σχέση με άλλες ανάλογες εργασίες από την ελληνική και τη διεθνή βιβλιογραφία, ενώ συζητούνται και οι μεθοδολογικοί περιορισμοί της εργασίας.

Τέλος, στο 7ο Κεφάλαιο ('Συμπεράσματα και προτάσεις') παρουσιάζονται τα κύρια ευρήματα της έρευνας με συνοπτικό και συνθετικό τρόπο, ενώ υπογραμμίζονται τα σημεία που θα μπορούσαν, πιθανόν, να αποτελέσουν αντικείμενο μελλοντικών ερευνών.

Κεφάλαιο 2: ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

2.1 Μετανάστευση: Ορισμός και έκταση του φαινομένου

2.1.1 Ορισμός της μετανάστευσης

Η μετανάστευση αποτελεί ένα φαινόμενο με πανάρχαιες ρίζες, αφού ανέκαθεν οι ανθρώπινοι πληθυσμοί μετακινούνταν όταν προέκυπτε κάποιος λόγος (άλλοτε εχθρική εισβολή, άλλοτε εξάντληση τροφίμων και νερού, άλλοτε πολιτικές αναταραχές, κλπ). Συνεπώς, δεν μιλάμε για ένα καινούργιο φαινόμενο —αυτό που όντως είναι καινούργιο είναι η κλίμακα: στις μέρες μας, περισσότεροι άνθρωποι διανύουν μεγαλύτερες αποστάσεις σε μικρότερο χρόνο^{1, 2}.

Αν και η Ευρωπαϊκή Ένωση δεν έχει υιοθετήσει κάποιον επίσημο ορισμό της μετανάστευσης, θεωρείται ότι ο όρος υποδηλώνει τη διαδικασία μετακίνησης ενός ατόμου στην επικράτεια ενός άλλου κράτους³, και ανάλογα με τις αιτίες της μετακίνησης τα μετακινούμενα άτομα χαρακτηρίζονται ‘πρόσφυγες’, ‘εκτοπισμένα (displaced) άτομα’, ‘ξεριζωμένα (uprooted) άτομα’, και ‘οικονομικοί μετανάστες’. Παρόμοιο ορισμό δίνει και ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (International Organization for Migration/IOM), ο οποίος αποδίδει την ιδιότητα του μετανάστη σε ένα πρόσωπο, το οποίο «διαμένει σε ένα ξένο κράτος για μια παρατεταμένη περίοδο»⁴.

¹ Παρουσίαση του Καθ. Alan Maryon-Davis στο 136^ο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Ένωσης Δημόσιας Υγείας (APHA), στις 27.10.2008. Διαθέσιμη περίληψη και ηχογράφηση στην ιστοσελίδα <http://apha.confex.com/apha/136am/webprogram/Paper189950.html> (ημ. επίσκ. 20.03.2010)

² ‘Migration & Health’, κείμενο στην ιστοσελίδα του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης: <http://www.iom.int/jahia/Jahia/pid/275> (ημ. επίσκ. 07.03.2010)

³ Πηγή Eurofound: <http://www.eurofound.europa.eu/areas/industrialrelations/dictionary/definitions/MIGRATION.htm> (ημ. επίσκ. 10.09.2010). Το Eurofound (‘European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions’) είναι ένας φορέας της Ε.Ε. με αντικείμενο τον σχεδιασμό καλύτερων συνθηκών διαβίωσης και εργασίας στην Ευρώπη.

⁴ Βλ. **Organisation Internationale pour les Migrations** (2000), “*Etat de la migration dans le monde en 2000*”, σ. 3-5. Αναφ. στο Καψάλης Α. “Μετανάστες-Υγεία και κοινωνικός αποκλεισμός”, Ενημέρωση μηνιαία έκδοση του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχ. 112, (Δεκ. 2004), σ. 14-64

Για την Κοινωνιολογία, μετανάστευση ορίζεται «η μετακίνηση ενός ατόμου ή κοινωνικού συνόλου με σκοπό την μόνιμη ή προσωρινή εγκατάστασή του σε άλλη χώρα»⁵.

Τέλος, σύμφωνα με την επιστήμη της Ανθρωπογεωγραφίας, μετανάστης είναι «ένα πρόσωπο που κινείται οικειοθελώς από μια χώρα σε μία άλλη με σκοπό τη μόνιμη εγκατάσταση»⁶.

Στην Ελλάδα, η επίσημη νομική απόδοση του όρου ‘μετανάστης’ είναι η λέξη ‘αλλοδαπός’ που ορίζεται ως «κάθε φυσικό πρόσωπο που δεν έχει την ελληνική ιθαγένεια ή που δεν έχει ιθαγένεια» (Ν. 2910/2001).

‘Πρόσφυγας’, από την άλλη, ορίζεται ο αλλοδαπός ο οποίος «δηλώνει προφορικά ή εγγράφως ενώπιον οποιασδήποτε ελληνικής αρχής στα σημεία εισόδου στη ελληνική επικράτεια ή εντός αυτής, ότι ζητεί άσυλο στη χώρα, ή ο αλλοδαπός ο οποίος με οποιονδήποτε τρόπο ζητεί να μην απελαθεί σε κάποια χώρα εξ αιτίας φόβου δίωξης λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, κοινωνικής τάξης ή πολιτικών πεποιθήσεων»⁷.

2.1.2 Έκταση του φαινομένου

Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης (International Organization for Migration, IOM) και τον ΟΗΕ, ο συνολικός αριθμός των μεταναστών παγκοσμίως έχει αυξηθεί τα τελευταία δέκα χρόνια από 150 εκατομμύρια το 2000 σε 214 εκατομμύρια άτομα σήμερα⁸. Οι Gushulak et al. (2010)⁹ συνόψισαν τα εκτιμώμενα μεγέθη των επιμέρους μετακινούμενων πληθυσμών ως εξής (Πίνακας 2.1):

Πίνακας 2.1 Εκτίμηση μετακινούμενων πληθυσμών

Κατηγορία	Εκτίμηση πληθυσμού
Κανονικοί (regular) μετανάστες	Ετήσιες ροές ~2,4 εκατ. (2005) συν απόθεμα (stock) ~200 εκατ.

⁵ Τσαούσης Δ. Γ. (1989), *Χρηστικό Λεξικό Κοινωνιολογίας*, Αθήνα: Gutenberg. Λήμμα ‘μετανάστευση/migration’, σ. 180-181

⁶ Dictionary of Human Geography (υπό Brian Goodall), (1987), London: Penguin Books. Λήμμα *Migrant*, σ. 302

⁷ Κατρούγκαλος Γ. (επιστ. υπεύθ.) (2004), *Νομικές, θεσμικές και διοικητικές διαστάσεις του καθεστώτος εισόδου και παραμονής μεταναστών στην Ελλάδα—Προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης*, Αθήνα: Κέντρο Ευρωπαϊκού Συνταγματικού Δικαίου, σ. 14

⁸ Τα στοιχεία είναι του **Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης**: <http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/facts-and-figures/lang/en> (ημ. επίσκ. 18.11.2010)

⁹ Gushulak B. D., Weekers J., MacPherson D.W., (2010), *Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework*, Emerging Health Threats Journal, 2:e10. Ολόκληρο το άρθρο διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.eht-forum.org/ehj/journal/v2/pdf/ehj09010a.pdf> (ημ. επίσκ. 12.02.2011)

Μετακινούμενοι εργάτες	~ 86 εκατ. (απόθεμα 2005)
Πρόσφυγες	16 εκατ. (απόθεμα το 2007)
‘Διεθνείς φοιτητές’	~ 2,1 εκατ. (απόθεμα το 2003)
Αιτούντες άσυλο	650.000 (απόθεμα το 2007)
Αναψυχή ή επιχειρήσεις (προσωρ. μετακίνηση)	900 εκατ./έτος (2007)
Παρανόμως διακινηθέντες από τα σύνορα (trafficked)	800.000/έτος (2006)
Εκτοπισμένοι/μετακινηθέντες (εντός συνόρων)	51 εκατ. (απόθεμα 2007— περιλαμβάνονται και όσοι έπρεπε να αλλάξουν τόπο λόγω φυσ. καταστροφών ή ταραχών)

(Πηγή: Gushulak B. D., Weekers J., MacPherson D.W., (2010). Η μετάφραση του συγγραφέα.)

Βεβαίως, έχει ήδη επισημανθεί ότι ο υπολογισμός των παράνομων ή παράτυπων (irregular)¹⁰ μεταναστών (δηλαδή εκείνων που μπήκαν σε κάποια χώρα χωρίς να τηρήσουν τις επίσημες διαδικασίες που η χώρα εκείνη προβλέπει) είναι πολύ δύσκολος, αφού εξ ορισμού ο παράνομος μετανάστης είναι άγνωστος στις Αρχές της χώρας υποδοχής, και επομένως στον υπολογισμό καταμετρώνται άτομα που με κάποιον τρόπο έγιναν γνωστά στις Αρχές¹¹. Επίσης, πρόκειται για έναν ‘ρευστό’ πληθυσμό, αφού ο μετανάστης που μέχρι πρόσφατα είχε άδεια παραμονής, μπορεί πλέον να μην συγκεντρώνει τον απαραίτητο αριθμό ενσήμων, και έτσι να επέλεξε να παραμείνει μεν, παράτυπα δε. Έτσι, βλέπουμε ότι πολλά και ποικίλα μεθοδολογικά και οργανωτικοδιοικητικά προβλήματα περιορίζουν την εγκυρότητα των στατιστικών για τις μεταναστευτικές ροές (flows) και το μεταναστευτικό απόθεμα (stock), καθώς και των μεταβολών τους.

Ειδικότερα στην **Ευρωπαϊκή Ένωση**, την 1^η Ιανουαρίου 2009 ζούσαν σε διάφορα κράτη μέλη 31,9 εκατομμύρια άτομα, ήτοι το 6,4% του συνολικού πληθυσμού της ΕΕ. Ας σημειωθεί όμως ότι τα 11,9 εκατομμύρια από αυτούς προέρχονται από άλλη χώρα μέλος της ΕΕ¹². Σε όλα τα κράτη μέλη (πλην Λουξεμβούργου, Ιρλανδίας, Βελγίου, Κύπρου, Σλοβακίας και Ουγγαρίας) η πλειονότητα των αλλοδαπών είναι

¹⁰ Σε αυτή την εργασία θα χρησιμοποιούνται οι δύο αυτοί όροι αδιακρίτως εννοώντας πάντα το άτομο που μπήκε, ζει και —ενδεχομένως— εργάζεται σε μια χώρα χωρίς να ακολουθήσει τις νόμιμες διαδικασίες και χωρίς να κατέχει τα προβλεπόμενα έγγραφα. Ο όρος ‘παράνομος μετανάστης’ δεν υποδηλώνει σε καμία περίπτωση την ταύτιση του μετανάστη με άλλες έκνομες συμπεριφορές.

¹¹ Triandafyllidou A. (2010), ‘Irregular Migration in 21st Century Europe’. Στο: A. Triandafyllidou (επιμ.), *Irregular Migration in Europe. Myths and Realities*, Aldershot, Ashgate, σ. 6-9.

¹² Στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (Eurostat) διαθέσιμα στο διαδίκτυο: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/images/a/a7/Migration_and_migrant_population_statistics_2011.xls (ημ. επίσκ. 03.01.2011)

από τρίτες χώρες. Το μεγαλύτερο ποσοστό κατάγεται από άλλη ευρωπαϊκή χώρα (Αλβανία, Ουκρανία, Τουρκία), ενώ ακολουθούν οι καταγόμενοι από την Αφρική (και ιδίως τη Βόρεια Αφρική —Μαρόκο και Αλγερία). Τέλος, πολλοί από τους Ασιάτες αλλοδαπούς στην Ε.Ε. προέρχονται από τη Νότια και Νοτιοανατολική Ασία (κυρίως την Κίνα και την Ινδία)¹³.

Σε ό,τι αφορά την **Ελλάδα**, τώρα, παρατηρούμε ότι από τα τέλη της δεκαετίας του 1970 και καθ' όλη τη διάρκεια της επόμενης τριακονταετίας παρατηρείται η αντίστροφη πορεία: Δηλαδή, η υποδοχή μεταναστών από τρίτες χώρες, αρχικά σε μικρό βαθμό και από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 μέχρι και σήμερα, με πιο έντονους ρυθμούς. Βασικός συντελεστής σε αυτή την εξέλιξη υπήρξε αφενός η ένταξη της Ελλάδας στην τότε Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (νυν Ευρωπαϊκή Ένωση) την 1η Ιανουαρίου 1981, και η συνακόλουθη οικονομική ανάπτυξη, και αφετέρου η κατάρρευση των ανατολικοευρωπαϊκών κομμουνιστικών καθεστώτων. Διακρίνονται τρία μεταναστευτικά κύματα προς την Ελλάδα:

Κατά την πρώτη περίοδο (χονδρικά από το 1975 μέχρι το 1990) παρατηρείται περιορισμός των μεταναστευτικών εκροών προς άλλες χώρες και επιστροφή των παλιννοστούντων —Ελλήνων, δηλαδή, που ζούσαν σε άλλες χώρες για οικονομικούς ή πολιτικούς λόγους (Αιγυπτιώτες, εξόριστοι λόγω Εμφυλίου, αλλά και οικονομικοί μετανάστες σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης, της Αυστραλίας και αλλού)¹⁴.

Από το 1990 και μέχρι περίπου το 2005 —δεύτερο κύμα— έχουμε εισροή όχι μόνο παλιννοστούντων και ομογενών (Βορειοηπειρωτών και Ποντίων από την τ. Σοβιετική Ένωση), αλλά και ατόμων από την Βαλκανική χερσόνησο και την ανατολική Ευρώπη εν γένει (κυρίως Αλβανοί, Βούλγαροι, Ρουμάνοι και κατά δεύτερο λόγο Ουκρανοί, Ρώσοι και Πολωνοί). Σημειωτέον εδώ ότι, παρά τη γεωγραφική εγγύτητα, όσοι μετανάστευσαν από την τέως Γιουγκοσλαβία κατευθύνθηκαν όχι προς την Ελλάδα, αλλά προς τη Γερμανία, κυρίως.

¹³ Eurostat (2010), *Statistics in Focus—Population and Social Conditions*, 45/2010

¹⁴ Maroukis Th. (2009), *Undocumented Migration: Counting the Uncountable — Data and Trends across Europe*. Αναφορά για το ερευνητικό πρόγραμμα Clandestino/Ευρωπαϊκή Επιτροπή, σ. 5

Τέλος, το τρίτο κύμα μεταναστευτικών εισροών ξεκίνησε περίπου το 2005 και διαρκεί μέχρι σήμερα, και αποτελείται κυρίως από άτομα καταγόμενα τόσο από χώρες της Ασίας (Ιράκ, Πακιστάν, Ινδία, Κίνα, Μπανγκλαντές), καθώς και από χώρες της Αφρικής (από βόρεια, αλλά και Υποσαχάρια Αφρική).

Ενδεικτικά, το μέγεθος των μεταναστευτικών ροών προς τη χώρα φαίνεται από την εκτίναξη του αριθμού των μεταναστών από την απογραφή του 1981 μέχρι εκείνη του 2001, όπως αποτυπώνεται στον Πίνακα 2.2 που ακολουθεί:

Πίνακας 2.2 Αριθμός μεταναστών σε σχέση με τον πληθυσμό

Έτος	Έλληνες	Αλλοδαποί/ Ομογενείς	%
1981	9.740.417	171.424	1,76
1991	10.259.900	167.276	1,63
2001	10.964.080	797.091	7,27

(Πηγή: Καψάλης, 2004)

Είναι ξεκάθαρο ότι η αλλαγή αυτή ήταν απότομη και βρήκε απροετοίμαστους τόσο το Κράτος όσο και τους πολίτες. Σύμφωνα με την απογραφή του 2001, σε σύνολο 10.964.080 κατοίκων οι αλλοδαποί έφταναν τις 797.091 άτομα (ήτοι το 7% του πληθυσμού ή το 9% του εργατικού δυναμικού). Το 2008 είχε υπολογιστεί ότι οι νόμιμοι μετανάστες έφταναν κατά προσέγγιση τα 1.075.000 άτομα, ενώ οι παράνομοι μετανάστες υπολογίζονταν σε περίπου 167¹⁵ με 190¹⁶ χιλιάδες άτομα, αν και το ΕΛΙΑΜΕΠ υποστήριξε εσχάτως ότι τα τελευταία δύο χρόνια ο αριθμός των παράτυπων μεταναστών στην Ελλάδα έχει φτάσει τις 470.000.

Ενδεικτικό ίσως της αυξημένης εισροής μεταναστών είναι το γεγονός ότι το 2010 έγιναν 132.524 συλλήψεις για παράνομη είσοδο ή παραμονή στη χώρα¹⁷, ενώ σύμφωνα με την Αστυνομική Διεύθυνση Ορεστιάδας, το 2010 πέρασαν παράνομα μόνο από τον ποταμό Έβρο 27.000 μετανάστες. Σύμφωνα με τη Frontex, το 44% ήταν Αφγανοί, το 16% Αλγερινοί, το 8,5% Πακιστανοί, το 6% Σομαλοί, το 4% Ιρακινοί,

¹⁵ Triandafyllidou A., Marouf M. (2009), *Greece: Immigration towards Greece at the Eve of the 21st Century. A Critical Assessment*, Κείμενο εργασίας για το Πρόγραμμα IDeA, No 4, Μάρτιος 2009, σ. 13-15.

¹⁶ ΙΜΕΠΟ (2008), *Εκτίμηση του όγκου των αλλοδαπών που διαμένουν παράνομα στην Ελλάδα*, σ. 105

¹⁷ Εφημ. **Η Καθημερινή** (03.02.2011):

http://news.kathimerini.gr/4dcgi/w_articles_ell_2_03/02/2011_431162 (ημ. επίσκ. 04.02.11)

κ.ο.κ.¹⁸ Συνολικά, από το 2002 έχουν γίνει 883.000 συλλήψεις για παράνομη είσοδο ή παραμονή στη χώρα¹⁹.

Τέλος, ο **ρυθμός καθαρής μετανάστευσης** (net migration rate) για τη χώρα μας το 2010 έχει υπολογιστεί σε 2,33 νέους μετανάστες ανά 1000 κατοίκους. Με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο να είναι 1,23, οι μόνες χώρες με υψηλότερο ρυθμό μετανάστευσης στην Ευρώπη είναι η Πορτογαλία (3,06), η Ισπανία (2,73), η Μ. Βρετανία (2,61), η Δανία (2,47), και η Ολλανδία (2,38)²⁰. Στον πίνακα 2.3 βλέπουμε το ρυθμό καθαρής μετανάστευσης για μερικές χώρες. Οι χώρες με αρνητικό πρόσημο είναι εκείνες που παρουσιάζουν έξοδο και αποδημία (emigration) του πληθυσμού.

Πίνακας 2.3 Ρυθμός καθαρής μετανάστευσης-αποδημίας (εκτιμήσεις για το 2010)

Θέση	Χώρα	Μετανάστες/ 1000 κάτοικοι	Έτος στοιχείων
1	Ην. Αραβικά Εμιράτα	21,71	2010 (est.)
3	Κουβέιτ	15,65	2010 (est.)
11	Λουξεμβούργο	8,34	2010 (est.)
15	Καναδάς	5,64	2010 (est.)
22	ΗΠΑ	4,25	2010 (est.)
27	Πορτογαλία	3,06	2010 (est.)
29	Ισπανία	2,73	2010 (est.)
32	Ηνωμ. Βασίλειο	2,61	2010 (est.)
33	Δανία	2,47	2010 (est.)
34	Ολλανδία	2,38	2010 (est.)
36	Ελλάδα	2,33	2010 (est.)
37	Νέα Ζηλανδία	2,30	2010 (est.)
39	Γερμανία	2,19	2010 (est.)
41	Ιταλία	2,07	2010 (est.)
45	Σουηδία	1,65	2010 (est.)
47	Γαλλία	1,47	2010 (est.)
127	Νιγηρία	-0,10	2010 (est.)
132	Αλγερία	-0,28	2010 (est.)
175	Μπαγκλαντές	-2,12	2010 (est.)
179	Πακιστάν	-2,36	2010 (est.)
182	Βουλγαρία	-2,80	2010 (est.)
190	Αλβανία	-3,35	2010 (est.)
191	Μεξικό	-3,38	2010 (est.)
193	Μαρόκο	-3,88	2010 (est.)

¹⁸ 'Περιμένοντας το φράχτη': Ρεπορτάζ του περιοδικού «Κ» της εφημ. **Η Καθημερινή**, τεύχ. 403, 20.02.11, σ. 44

¹⁹ Καλύβας Στ., Μυλωνάς Χ., *Ευλογία ή κατάρα*; Άρθρο στην εφημ. **Η Καθημερινή**, 20.02.2011, σ.21

²⁰ Όλα τα στοιχεία από αντίστοιχο πίνακα διαθέσιμο στο διαδίκτυο:

<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2112rank.html> (ημ. επίσκ. 01.02.11)

(Πηγή: *CIA Factbook*. Μετάφραση και προσαρμογή του συγγραφέα, ημ. ανάκτησης: 01.02.11)

2.1.3 Τα χαρακτηριστικά των μεταναστών στην Ελλάδα

Με βάση την εθνική καταγωγή, η πολυπληθέστερη ομάδα μεταναστών είναι αυτή των Αλβανών με ποσοστό 57%—61,8%. Για την ακρίβεια, η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα της Ε.Ε., όπου μία μόνο εθνότητα αποτελεί πάνω από το ήμισυ του συνολικού μεταναστευτικού πληθυσμού²¹.

Ακολουθούν, με μεγάλη διαφορά, οι Βούλγαροι με 5%—7,7%, οι Πακιστανοί με 1,5%—4%, οι Ρουμάνοι με 3—4%, οι Ουκρανοί με 2%—2,8% και οι Πολωνοί με 2%—2,5%.

Στον Πίνακα 2.4 που ακολουθεί, αναφέρονται κάποια βασικά ποσοστά μεταναστών ανά εθνικότητα σύμφωνα με την απογραφή του 2001.

Πίνακας 2.4: Αλλοδαποί που διαμένουν στην Ελλάδα κατά χώρα προέλευσης (2001)
(στοιχεία στρογγυλοποιημένα στην πλησιέστερη χιλιάδα)

ΑΛΒΑΝΙΑ	444000	59,3%
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ (ΕΕ 2007)	37000	4,9%
ΓΕΩΡΓΙΑ	23000	3,1%
ΡΟΥΜΑΝΙΑ (ΕΕ 2007)	23000	3,1%
ΡΩΣΣΙΑ	18000	2,4%
ΟΥΚΡΑΝΙΑ	14000	1,9%
ΠΑΚΙΣΤΑΝ	11000	1,5%
ΑΡΜΕΝΙΑ	8000	1,1%
ΤΟΥΡΚΙΑ	8000	1,1%
ΙΝΔΙΑ	7000	1%
ΙΡΑΚ	7000	1%
ΑΙΓΥΠΤΟΣ	8000	1,1%
ΜΟΛΔΑΒΙΑ	6000	1%
ΦΙΛΙΠΠΙΝΕΣ	7000	1%
ΜΠΑΝΓΚΛΑΝΤΕΣ	5000	~1%
ΣΥΡΙΑ	6000	1%
ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΥΝΟΛΟ	632.000	84,4%
Χώρες μέλη Ε.Ε. προ 2004		
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	15000	2%
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	15000	2%
ΙΤΑΛΙΑ	8000	1,1%
ΓΑΛΛΙΑ	7000	1%
Χώρες μέλη Ε.Ε. μετά το 2004		

²¹ Triandafyllidou A., Marouf M. (2009), ό.π., σ. 27

ΚΥΠΡΟΣ	19000	3%
ΠΟΛΩΝΙΑ	13000	2%
Ανεπτυγμένες χώρες εκτός Ε.Ε. (ΗΠΑ, Καναδάς, Αυστραλία)	40.000	5%
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	749.000	100%

(Πηγή: *Εθνική Απογραφή 2001*, Ελλ. Στατιστική Αρχή. Η στρογγυλοποίηση στην κοντινότερη χιλιάδα και ο υπολογισμός των ποσοστών έγιναν από τον συγγραφέα.)

Σύμφωνα με την απογραφή, επομένως, το 75% των μεταναστών είναι από βαλκανικές και ανατολικοευρωπαϊκές χώρες, το 14% από την Ασία, και ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά οι άλλες ήπειροι.

Ας επισημανθεί, όμως, εδώ ότι τα τελευταία 4–5 χρόνια διαμορφώνεται ένα νέο κύμα μεταναστών που προέρχεται κυρίως από την Ασία και την Αφρική²² —σε αντίθεση με το προηγούμενο κύμα (1989–2005) που ήταν κυρίως βαλκανικής και ανατολικοευρωπαϊκής προέλευσης—, που απομένει να δούμε αν θα αποτυπωθεί και στην επικείμενη γενική απογραφή (Μάιος 2011). Συνοπτικά, στην Ελλάδα φαίνεται ότι υπάρχουν μετανάστες από περισσότερες από 120 χώρες του κόσμου, και κυρίως από την ευρύτερη περιοχή των Βαλκανίων και της κεντρικής Ασίας.

Ως προς το **φύλο**, το 54,5% των μεταναστών είναι άντρες και το 45,50% γυναίκες²³. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, το 52% είναι έγγαμοι και οι υπόλοιποι άγαμοι (με τα ποσοστά διαζευγμένων και χήρων να μην ξεπερνούν το 5%).

Από **ηλικιακής πλευράς**, οι περισσότεροι μετανάστες είναι 15 – 64 ετών, και μάλιστα το 53,5% του συνολικού μεταναστευτικού πληθυσμού ανήκει στην ηλικιακή κλάση των 25 έως 54 ετών. Τα ποσοστά ηλικιωμένων είναι ιδιαίτερα χαμηλά —πράγμα μάλλον αναμενόμενο. Πιο συγκεκριμένα, οι περισσότεροι Ινδοί, Πακιστανοί και Ρουμάνοι έχουν χαμηλή μέση ηλικία 25 – 29 ετών, ενώ οι Αλβανοί και οι Βούλγαροι παρουσιάζουν μια πιο ομοιόμορφη κατανομή σε όλο το ηλικιακό εύρος²⁴, που κυμαίνεται από άτομα βρεφικής/παιδικής ηλικίας (μετανάστες δεύτερης, πλέον, γενιάς) μέχρι άτομα ώριμης και τρίτης ηλικίας άνω των 60 ετών.

²² Καλύβας Στ., Μυλωνάς Χ. (2011), *Ευλογία ή κατάρα; ό.π.*

²³ Κόντης Α. (υπεύθ.), (2006), *Οι οικονομικές επιπτώσεις της απασχόλησης των μεταναστών κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας στο Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν*, Εργαστήριο Μελέτης της Μετανάστευσης και Διασποράς, Παν/μιο Αθηνών, σ. 23-25

²⁴ Baldwin-Edwards Martin (2008), *Immigrants in Greece: Characteristics and Issues of Regional Distribution*, Mediterranean Migration Observatory, κείμενο No 10, Αθήνα: Ιανουάριος 2008, σ. 4

Σχετικά με τη **γεωγραφική κατανομή** τους, οι περισσότεροι μετανάστες είναι εγκατεστημένοι στα περισσότερα μέρη της Ελλάδας πλην της Ανατολικής Μακεδονίας και της Θράκης. Πιο συγκεκριμένα, τα μεγαλύτερα ποσοστά Αλβανών μεταναστών ζουν στην περιοχή Αττικής, και στην ευρύτερη περιοχή Θεσσαλονίκης, Πέλλας, Λάρισας, και Μαγνησίας. Οι Βούλγαροι είναι συγκεντρωμένοι κυρίως στην Αθήνα, τις Σέρρες και το Ηράκλειο Κρήτης. Οι Ρουμάνοι είναι κατά κύριο λόγο συγκεντρωμένοι στην Αττική και ακολουθεί η Λακωνία και το Ηράκλειο. Οι Ουκρανοί είναι σχεδόν καθ' ολοκληρίαν συγκεντρωμένοι στην Αθήνα. Τέλος, οι Πακιστανοί —που ήδη σημειώσαμε ότι ο αριθμός τους βαίνει αυξανόμενος από την απογραφή του 2001— είναι συγκεντρωμένοι κυρίως στην Αττική, την Βοιωτία και την Εύβοια. Ο πληθυσμός τους αποτελείται σχεδόν αποκλειστικά από άρρενες²⁵.

Ως προς την **απασχόληση**, σύμφωνα πάντα με τα στοιχεία της απογραφής (2001), 90% των αλλοδαπών εργάζονται με σχέση εξαρτημένης εργασίας και μόνο 6,5% αυτοαπασχολούνται. Περίπου 25-31% των μεταναστών απασχολείται στις οικοδομές (γενικά στον κλάδο των κατασκευών), 20% στις λεγόμενες “άλλες υπηρεσίες” (ποσοστό που αφορά κυρίως τις γυναίκες και αναφέρεται σε οικιακές εργασίες και φροντίδα ηλικιωμένων και/ή παιδιών), περίπου 6% σε αγροτοκτηνοτροφικές εργασίες, και το 15-19% στο εμπόριο και τη βιοτεχνία και 8% σε τουριστικές υπηρεσίες. Επίσης αρκετοί από τους παράτυπους μετανάστες, κυρίως από το Μπανγκλαντές και την Αφρική, επιβιώνουν ως πλανόδιοι μικροπωλητές ή από την επαιτεία. Ο συνδυασμός χαμηλού μέσου όρου ηλικίας και απασχόλησης σε ανειδίκευτες θέσεις εργασίας (συνήθως χωρίς ασφαλιστική κάλυψη από τον εργοδότη), οδηγεί στο γεγονός τα ποσοστά ανεργίας των μεταναστών να είναι μάλλον χαμηλότερα από αυτά των γηγενών²⁶. Από την άλλη, έχει επισημανθεί ότι σε οικονομίες όπως η ελληνική, όπου η απασχόληση μεταναστών γίνεται σε μικρομεσαίες επιχειρήσεις, ή μικρές οικογενειακές επιχειρήσεις, κτήματα και νοικοκυριά, «η προσφορά και ζήτηση εργασίας γίνεται μέσα από κοινωνικά δίκτυα και προσωπικές γνωριμίες. Η λειτουργία αυτών των άτυπων δικτύων και σχέσεων εξηγεί

²⁵ Baldwin-Edwards M. (2008), ό.π., σ. 8-10

²⁶ Mighealthnet (2009), ‘Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα’. Επιστ. Υπεύθ.: Λινού Αθηνά, σ. 7

άλλωστε πώς εδώ και 15-20 χρόνια οι παράτυποι μετανάστες ζουν και εργάζονται στην Ελλάδα»²⁷ (το ίδιο φαίνεται να ισχύει σε ένα βαθμό και για την Ιταλία).

Λόγω κυρίως της ηλικιακής διάρθρωσης αυτού του πληθυσμού, τα νοικοκυριά των μεταναστών φαίνεται να έχουν και χαμηλότερες δαπάνες για την υγεία (που αφορούν ιατρικές επισκέψεις, φάρμακα και νοσηλεία) από ότι τα αντίστοιχα ελληνικά νοικοκυριά (4,4% έναντι 7,3%).

Πάντα σύμφωνα με την Απογραφή, οι μετανάστες έχουν **ασφάλιση υγείας** σε ποσοστό 86,4% (91,2% οι Έλληνες), με μεγαλύτερο αριθμό ασφαλισμένων μεταναστών να συγκεντρώνει το ΙΚΑ (87%), και ακολουθεί ο ΟΓΑ και το ΤΕΒΕ/ΟΑΕΕ με 6% και 3% αντίστοιχα²⁸. Σε οικονομικό επίπεδο, έχει υποστηριχθεί ότι οι παράνομοι μετανάστες προσφέρουν αυξημένη κινητικότητα εργασίας, επέκταση της παραγωγής σε τομείς που δεν ήταν συμφέροντες με το προϋπάρχον εργατικό κόστος, καθώς και ευκαμψία μισθών. Επιπλέον, πολλές μελέτες δείχνουν ότι γενικά η εργασία μεταναστών (νόμιμη και παράνομη) είναι συμπληρωματική και δεν υποκαθιστά αυτή των Ελλήνων, αν και φαίνεται να προκαλεί συμπίεση των χαμηλότερων ημερομισθίων και αύξηση της ανεργίας στις γηγενείς ομάδες δυναμικού χαμηλής ειδίκευσης^{28, 29}.

Βεβαίως, θα ήταν σκόπιμο να συμπληρώσουμε ότι η μη αναγνώριση και διασφάλιση των ασφαλιστικών δικαιωμάτων των μεταναστών από τους εργοδότες τους έχει ως συνέπεια όχι μόνο τη διαιώνιση του 'κύκλου της φτώχειας' (cycle of poverty³⁰) και του κοινωνικού τους αποκλεισμού —με όσα συνεπάγεται αυτό και για το επίπεδο υγείας τους³¹—, αλλά και τη στέρηση σημαντικών πόρων απ' τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και επομένως αντανακλά ευρύτερα στην κοινωνικοοικονομική ζωή της χώρας.

Από την άλλη πλευρά, γνωρίζουμε ότι ορισμένες κατηγορίες μεταναστών θα προτιμήσουν να συνεχίσουν να διαβιούν παράνομα, και κυρίως εκείνοι που (α) ασχολούνται με δραστηριότητες που έλκουν την προσοχή της Αστυνομίας (π.χ.

²⁷ Τριανταφυλλίδου Α. (2005), *Ελληνική Μεταναστευτική Πολιτική: Προβλήματα και Κατευθύνσεις*, Αθήνα: ΕΛΙΑΜΕΠ, σ. 45

²⁸ Κόντης Α., (2006), *ό.π.*, σ. 43-44

²⁹ Καλύβας Στ., Μυλωνάς Χ. (2011), *ό.π.*

³⁰ Dictionary of Human Geography (υπό Brian Goodall), (1987), London: Penguin Books. Λήμμα *Cycle of Poverty*, σ. 110

³¹ Πρβ. Σουλιώτης Κ. (2007), *Οικονομικές ανισότητες και πολιτική υγείας*, Αθήνα: Παπαζήσης, σ. 30, 35-40, 68, και αλλού, *passim*.

πορνεία, παραεμπόριο), (β) βλέπουν την Ελλάδα ως ενδιάμεσο μόνο σταθμό και επιθυμούν να μεταβούν σε άλλη χώρα, (γ) είναι πιο απομονωμένοι, λιγότερο πληροφορημένοι και (ενδεχομένως) με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο³².

Τέλος, ως προς το **μορφωτικό επίπεδο**, το 16% έχει απολυτήριο δημοτικού και το 59,3% του συνόλου των οικονομικών μεταναστών δηλώνουν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Σημαντικά είναι τα ποσοστά των μεταναστών που (δηλώνουν ότι) έχουν αποφοιτήσει από ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (13,4%), ενώ τέλος, το 9,2% των οικονομικών μεταναστών είτε δεν έχει ολοκληρώσει τη φοίτησή του στη στοιχειώδη εκπαίδευση ('λειτουργικά αναλφάβητοι' 1,3%), είτε δεν γνωρίζει γραφή και ανάγνωση ('οργανικά αναλφάβητοι' 7,9%)³³.

Συνοπτικά, έχει επισημανθεί ότι σε γενικές γραμμές το μορφωτικό επίπεδο των μεταναστών στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι χαμηλότερο από αυτό των γηγενών³⁴.

2.2 Μετανάστευση και Δημόσια Υγεία

2.2.1 Γενική επισκόπηση

Οι μετακινήσεις πληθυσμών σχετιζόταν πάντα με επιδημίες, και οι μετανάστες ατομικά θεωρούνταν πάντα ύποπτοι για τη διασπορά επικίνδυνων νόσων.

Αυτό, βέβαια, δεν ήταν πάντα λάθος: επιδημιολογικά και ιστορικά, είναι γνωστό ότι η μετακίνηση μιας ομάδας A, που έχει ανοσία σε μια νόσο, στην περιοχή μιας άλλης ομάδας B, που δεν διαθέτει παρόμοια ανοσιακά χαρακτηριστικά, αποτελεί επαρκή συνθήκη για τη μετάδοση της νόσου στην ομάδα B³⁵: Ολόκληρα χωριά και οικισμοί γηγενών Αμερικανών αφανίστηκαν από την ιλαρά και την ευλογιά, νόσους δηλαδή που κουβάλησαν μαζί τους οι Ισπανοί κονκισταδόρες. Μάλιστα, η καταστροφή αυτή πήρε τόσο μεγάλες διαστάσεις που θορύβησε ακόμα και τους ίδιους τους Ισπανούς. Ή, όπως το έθεσε ένας συγγραφέας: «Περισσότεροι ιθαγενείς Αμερικανοί πέθαναν στο

³² Mestheneos E. (1999), *Migrants in the Balkans—some health-related aspects from a Greek perspective*. Στο: Ritsatakis A., Levett J., Kyriopoulos J., (Eds), *Neighbours in the Balkans: Initiating a dialogue for health*. WHO, 1999, σ. 117-122

³³ Κόντης Α., (2006), ό.π., σ. 23-25

³⁴ Pekkala Kerr S., Kerr W. (2011), *Economic Impacts of Immigration: A Survey*, Κείμενο No. 16736, National Bureau of Economic Research, σ. 3. Στο διαδίκτυο: <http://www.nber.org/papers/w16736> (ημ. ανάκτησης: 17.02.11)

³⁵ Gushulak B. D., MacPherson D.W., (2006), *The basic principles of migration health: Population mobility and gaps in disease prevalence*, *Emerging Health Threats Journal*, 3:3. Ολόκληρο το άρθρο διαθέσιμο στο διαδίκτυο με doi:10.1186/1742-7622-3-3 στη διεύθυνση: <http://www.eht-forum.org/ehj/journal/v2/pdf/ehj09010a.pdf> (ημ. επίσκ. 12.02.2011)

κρεβάτι τους από τα μικρόβια της Ευρασίας, απ' ό,τι στα πεδία των μαχών από τα πυροβόλα όπλα και τα ξίφη των Ευρωπαίων»³⁶.

Στις μέρες μας, ο παράγοντας της ταχύτητας των μετακινήσεων φαίνεται να παίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο: Στις 14 Φεβρουαρίου 1992 ένα Μπόινγκ προερχόμενο από το Μπουένος Άιρες έκανε μια ενδιάμεση στάση στη Λίμα όπου μάλλον ανέβηκαν πέντε φορείς χολέρας. Το ίδιο βράδυ η πτήση προσγειώθηκε στο Λος Άντζελες και μέσα στις επόμενες 6 ημέρες είχαν σημειωθεί 18 κρούσματα χολέρας στην πολιτεία της Καλιφόρνιας³⁷. Ή, για να έρθουμε σε κάτι πιο πρόσφατο, η ταχύτερη εξάπλωση της γρίπης H1N1 το 2009 σχεδόν σε όλες τις ηπείρους μέσα σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα —ασχέτως αν δεν πήρε τις εφιαλτικές διαστάσεις που φοβόταν ο ΠΟΥ—, σαφώς οφείλεται (και) στις περισσότερες και ταχύτερες μετακινήσεις.

Βεβαίως, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι πολύ συχνά ορισμένοι λαοί θεωρήθηκαν αδικώς υπεύθυνοι για την εξάπλωση μιας νόσου —το σύνδρομο του αποδιοπομπαίου τράγου μπορεί να πάρει διάφορες μορφές, άλλωστε: Κατά την επιδημία πανώλης του 1348-1359 ήταν 'κοινό μυστικό' στη Δυτική Ευρώπη ότι πίσω απ' την επιδημία κρύβονταν οι Εβραίοι³⁸.

Πιο πρόσφατα, στις ΗΠΑ των αρχών του 20ού αιώνα, ορισμένες ομάδες μεταναστών σχετιζόνταν απευθείας με συγκεκριμένες νόσους³⁹: η φυματίωση θεωρείτο κατεξοχήν εβραϊκή νόσος, οι Μεξικανοί 'σταμπάρωνταν' ως φορείς τυφοειδούς πυρετού (πρόπερσι αρκετοί Αμερικανοί τους θεωρούσαν υπεύθυνους για την εξάπλωση της γρίπης H1N1 στις ΗΠΑ⁴⁰), οι Ασιάτες νεοεισερχόμενοι θεωρούνταν εκ προοιμίου ύποπτοι για ευλογία ή αγκυλόστομα⁴¹, ενώ οι εφημερίδες και τα περιοδικά έριχναν

³⁶ Jared Diamond (2006), *Όπλα, Μικρόβια και Ατσάλι*, Αθήνα: Κάτοπτρο (βλ. ειδ. Κεφ. 11)

³⁷ <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00016154.htm> (ημ. επίσκ. 14.10.2009)

³⁸ Paul Halsall (1998), *Jewish History Sourcebook: The Black Death and the Jews 1348-1349 CE*, Διαθέσιμο στο <http://www.fordham.edu/halsall/jewish/1348-jewsblackdeath.html> (ημ. επίσκ. 10.08.2009)

³⁹ Παγκόσμιος Οργανισμός Μετανάστευσης/IOM (2004): 'Migration Health Policies: Shifting the Paradigm from Exclusion to Inclusion'. Σεμινάριο *Υγεία και Μετανάστευση*. Περίληψη εδώ: http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/microsites/IDM/workshops/Health_and_Migration_09110604/se3_conf_natmigration.pdf (ημ. επίσκ. 10.03.2010)

⁴⁰ Έφη Γαζή, *Πόσο «κοινωνική» είναι η αρρώστια*, εφημ. **Το Βήμα**, 13.09.2009

⁴¹ Robert A. Donnelly (2005), *Immigrants and Health Agency: Public Safety, Health, and Latino Immigrants in North Carolina*, The Center for Comparative Immigration Studies, University of California, San Diego. σ. 6. Διαθέσιμο στο <http://www.ccis-ucsd.org/PUBLICATIONS/wrkg128.pdf> (ημ. επίσκ. 18.01.2010)

λάδι στη φωτιά κάνοντας διαρκώς λόγο για «[...] άρρωστους ξένους που μπαίνουν στη χώρα και διαδίδουν χολέρα, ευλογία ή τύφο»⁴².

Πρόσφατα, στη Μεγάλη Βρετανία ο προβληματισμός για την αύξηση κρουσμάτων AIDS και φυματίωσης οδήγησε τη συζήτηση στο αν θα πρέπει να ληφθούν περαιτέρω μέτρα άμα τη αφίξει του ξένου, ή και πρωτίτερα στη χώρα καταγωγής του. Πράγμα που μας οδηγεί να εξετάσουμε τη λογική των προληπτικών μέτρων, αλλά και την αποτελεσματικότητά τους.

2.2.2 Χώρες υποδοχής και μέτρα για την προστασία της δημόσιας υγείας

Ο διαχωρισμός των νοσούντων προκειμένου να συγκρατηθεί η εξάπλωση μιας νόσου ήταν γνωστή ήδη από την εποχή της Βίβλου· η προληπτική απομόνωση επί σαράντα ημέρες όσων έφταναν με καράβια στη Βενετία (‘καραντίνα’) είχε τεθεί σε πλήρη εφαρμογή το αργότερο από το 1377, ενώ το μέτρο εφαρμόστηκε αυστηρά και στην Αγγλία του 18^{ου} και 19^{ου} αιώνα. Στις νεοσύστατες Ηνωμένες Πολιτείες το μέτρο της καραντίνας των νεοφερμένων άρχισε να ισχύει ήδη από το 1663, πήρε όμως τη μορφή του υποχρεωτικού ιατρικού ελέγχου των νεοεισερχομένων από το 1891^{43, 44}. Ανάλογα μέτρα ιατρικού ελέγχου των νεοεισερχομένων τέθηκαν σταδιακά σε εφαρμογή σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, όπως επίσης στον Καναδά και στην Αυστραλία. Στη χώρα μας, για να πάρει ένας αλλοδαπός άδεια παραμονής πρέπει, μεταξύ άλλων, να προσκομίσει πιστοποιητικό υγείας από δημόσιο νοσοκομείο, που να βεβαιώνει «ότι δεν πάσχει από νόσημα το οποίο, σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα και την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για τη δημόσια υγεία».

Ενώ σήμερα διαφαίνεται σε ορισμένες χώρες μια τάση ένταξης και συμμετοχής των μεταναστών στα υγειονομικά μέτρα που προβλέπονται γι’ αυτούς⁴⁵, στις περισσότερες χώρες η επικρατούσα νοοτροπία είναι ότι πρέπει να προστατεύεται

⁴² Harriet Moore (2008), *Contagion from Abroad: U.S. Press Framing of Immigrants and Epidemics, 1891 to 1893*, Μεταπτυχιακή Διατριβή, Georgia State University, σ. 1-2, 13, 18, 27-28, και αλλού *passim*.

⁴³ Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης/IOM (2004): ‘Migration Health Policies: Shifting the Paradigm from Exclusion to Inclusion’, ό.π.

⁴⁴ Howard Markel, Alexandra Minna Stern (1999), *Which Face? Whose Nation?*, *American Behavioral Scientist*, Vol. 42, No. 9, 1314-1331. Περίληψη διαθέσιμη και στο Διαδίκτυο: <http://abs.sagepub.com/cgi/content/abstract/42/9/1314> (ημ. επίσκ. 22.08.2009)

⁴⁵ Μια τέτοια περίπτωση φαίνεται να είναι η ‘Ομοσπονδιακή Στρατηγική για τη Μετανάστευση και τη Δημόσια Υγεία’ που εφαρμόζεται στην Ελβετία: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/00396/index.html?lang=en#> (ημ. επίσκ. 07.04.2010)

μόνο ο γηγενής πληθυσμός, μια νοοτροπία που επιρρίπτει την αποκλειστική ευθύνη για τη διαδικασία της μετανάστευσης στο άτομο, μετατρέποντας έτσι το μετανάστη σε παθητικό αντικείμενο εφαρμογής της κρατικής δικαιοδοσίας⁴⁶.

Ειδικότερα στην Ευρώπη, μια ήπειρο που (στο μεγαλύτερο μέρος της) για πολλά χρόνια εξήγαγε μετανάστες και τώρα τους υποδέχεται, δημιουργήθηκε σε μικρό χρονικό διάστημα η ανάγκη για πολιτικές που θα διασφαλίζουν φροντίδες υγείας και πρόληψης τόσο για τους ντόπιους όσο και για τους μετανάστες⁴⁷. Όμως τα πράγματα δεν ακολουθούν σε όλες τις χώρες την ίδια διαδρομή:

Στη Μ. Βρετανία, οι πολιτικοί —θορυβημένοι πιθανώς και από μια πρωτοφανή αύξηση των κρουσμάτων φυματίωσης⁴⁸— είχαν θέσει επί τάπητος το ενδεχόμενο να θεσμοθετηθούν υποχρεωτικές εξετάσεις για φυματίωση και AIDS^{49, 50}, αν και λίγους μήνες αργότερα το ζήτημα είχε ‘μπει στο ράφι’, τουλάχιστο για τις εξετάσεις για HIV⁵¹. παρόλα αυτά, η παρατεινόμενη αύξηση των κρουσμάτων φυματίωσης αναθέρμανε πρόσφατα τη συζήτηση για υποχρεωτικό έλεγχο των ξένων (μεταναστών και φοιτητών)⁵². Αυτή η ‘αναθέρμανση’ οδήγησε στο να υιοθετηθεί ο υποχρεωτικός έλεγχος για φυματίωση για όσους επιθυμούν να παραμείνουν στο Ηνωμένο Βασίλειο για περισσότερο από έξι μήνες⁵³. Ο αντίστοιχος έλεγχος για όσους εισέρχονται στις ΗΠΑ πρέπει να γίνεται από πριν στην χώρα καταγωγής⁵⁴, ενώ και ο Καναδάς απαιτεί

⁴⁶ Σάσκια Σάσεν (2001), *Χωρίς Έλεγχο; Η εθνική κυριαρχία, η μετανάστευση και η ιδιότητα του πολίτη την εποχή της παγκοσμιοποίησης*, Αθήνα: Μεταίχμιο, σ. 134.

⁴⁷ Παρουσίαση του Alex Gatherer, στο 136^ο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Ένωσης Δημόσιας Υγείας [APHA], στις 27.10.2008. Διαθέσιμη περίληψη και ηχογράφηση στην ιστοσελίδα <http://apha.confex.com/apha/136am/webprogram/Paper189954.html> (ημ. επίσκ. 20.06.10)

⁴⁸ *London is "TB hotspot"*, άρθρο στην εφημ. **The Guardian**, 3.8.2004. Διαθέσιμο στο <http://www.guardian.co.uk/society/2004/aug/03/health.medicinendhealth> (ημ. επίσκ. 14.08.10)

⁴⁹ Θυμίζουμε ότι η φυματίωση αποτελεί συχνή επιπλοκή του AIDS.

⁵⁰ *Government to investigate immigration public health*, στην εφημ. **Independent** (17.01.2003): <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/government-to-investigate-immigration-public-health-601944.html> (ημ. επίσκ. 14.08.10)

⁵¹ *Ministers Drop HIV Test Plan*, άρθρο στην εφημ. **The Observer**, 25.7.2004.

⁵² *Call for TB screening of immigrants*, εφημ. **The Observer**, 27.5.2007. Διαθέσιμο και στο <http://www.guardian.co.uk/society/2007/may/27/health.medicinendhealth> (ημ. επίσκ. 14.08.09)

⁵³ <http://www.ukvisas.gov.uk/en/howtoapply/tbscreening/> (ημ. επίσκ. 04.06.2010)

⁵⁴ Ειδικότερα στις ΗΠΑ, ο έλεγχος έχει επεκταθεί σε έξι επιπλέον ασθένειες. Ο αρμόδιος ελεγκτικός φορέας, το CDC (Center for Disease Control and Prevention) έχει τη δυνατότητα να θέσει σε καραντίνα (σε νοσοκομείο ή κατ' οίκον) οποιονδήποτε πάσχει από κάποια μολυσματική νόσο, ακόμα και να εισηγηθεί την απέλασή του. Περισσότερα εδώ:

http://www.cdc.gov/ncidod/dq/resources/Quarantine_Stations_Fact_Sheet_current.pdf (ημ. επίσκ. 04.06.2010)

ο ιατρικός έλεγχος να γίνεται στη χώρα καταγωγής από συγκεκριμένους μάλιστα γιατρούς⁵⁵.

Παραμένοντας στην Ευρώπη, το 2004 δεκατρείς χώρες δεν είχαν συγκεκριμένο πρόγραμμα ελέγχου φυματίωσης (μεταξύ αυτών η Ιταλία, η Ισπανία, η Τουρκία και η Αλβανία), ενώ άλλες δεκατρείς είχαν (μεταξύ αυτών η Ελλάδα⁵⁶, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ολλανδία και η Γαλλία)⁵⁷. Μάλιστα η γαλλική κυβέρνηση προχώρησε και ένα βήμα παραπάνω, εγκρίνοντας τη διενέργεια εξετάσεων DNA σε όσους μετανάστες επιθυμούσαν να φέρουν στη χώρα τις οικογένειές τους, μέτρο το οποίο τελικά καταργήθηκε μόλις προ ενός έτους⁵⁸.

2.2.3 Έλεγχοι και ηθικά ζητήματα

Το ερώτημα, που προκύπτει αβίαστα είναι αν όλες αυτές οι στρατηγικές προληπτικού ελέγχου έχουν κάποιο χειροπιαστό αποτέλεσμα. Και μάλλον δεν υπάρχει μία συγκεκριμένη απάντηση.

Θεωρητικά, ο σκοπός μιας προληπτικής εξέτασης είναι η έγκαιρη διάγνωση και εντοπισμός ατόμων που θα μπορούσαν να διαδώσουν μια μεταδοτική νόσο (λ.χ. τη φυματίωση), και η έγκαιρη υποβολή τους σε προφυλακτική θεραπεία. Υπάρχει φυσικά και μια οικονομική οπτική γωνία στο ζήτημα, που θεωρεί ότι έτσι αποφεύγεται και το πρόσθετο οικονομικό βάρος της περίθαλψης ανασφάλιστων ξένων σε περίπτωση που η νόσος τους εξελιχτεί σε πιο βαριά μορφή, οπότε θα χρειαστούν νοσηλεία.

Παρ' όλα αυτά, κάποιοι συγγραφείς είναι επιφυλακτικοί: «Ενώ οι μαζικοί έλεγχοι (screening) αρέσουν στους πολιτικούς λόγω της επιθυμίας τους να φαίνεται ότι “κάτι κάνουν” για ένα πρόβλημα υγείας, από την άλλη εκ φύσεως οι έλεγχοι ταυτοποιούν άτομα που πιθανώς αγνοούσαν την κατάστασή τους, και, συνεπώς, μπορεί να

⁵⁵ Βλ. ενδ. <http://www.cic.gc.ca/english/information/medical/medexams-perm.asp> (ημ. επίσκ. 04.06.2010)

⁵⁶ Στην Ελλάδα, για έκδοση πιστοποιητικού υγείας προβλέπεται: ακτινογραφία θώρακα, δερμοαντίδραση φυματίνης (τεστ Mantoux), και κλινική εξέταση από παθολόγο. Επιπροσθέτως, στα παιδιά έως 14 ετών γίνεται και έλεγχος του εμβολιαστικού τους στάτους. Σε περίπτωση που ο έλεγχος αποβεί θετικός για φυματίωση, χορηγείται φαρμακευτική αγωγή. Ο έλεγχος για ηπατίτιδα έχει αποσυρθεί από τον Ιούνιο του 1998.

⁵⁷ *Tuberculosis screening programmes in new entrants to countries across Europe*. Στο EuroSurveillance, Vol. 8, No 32, (2004), σ. 2520. Διαθέσιμο και online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=2520>

⁵⁸ Εφημ. Η Καθημερινή, 15.09.2009

στιγματιστούν και να υποστούν διακρίσεις»⁵⁹. Για άλλους, η ενεργητική αναζήτηση για κρούσματα φυματίωσης είναι απλώς αναποτελεσματική, και αντιπροτείνουν μια πιο εντατική και (άμεσα) διαθέσιμη αντιμετώπιση των ήδη ενεργών κρουσμάτων⁶⁰, ενώ δεν λείπουν και εκείνοι που θεωρούν ότι οι μαζικοί έλεγχοι των μεταναστών επιτελούν «μια λειτουργία περισσότερο συμβολική παρά ρεαλιστική» και ότι «πιθανώς [οι έλεγχοι] είναι επιλεκτικοί και μάλλον οδηγούν σε διακρίσεις»⁶¹. Από την άλλη, η κλινική πράξη υπενθυμίζει ότι μια φυσιολογική ακτινογραφία θώρακα δεν αποκλείει τη φυματίωση (όπως και μια θετική δερμοαντίδραση δεν αρκεί για να μπει η διάγνωση), και ως εκ τούτου η εξέταση μπορεί να είναι μόνο εν μέρει ακριβής, καθώς και ότι οι έλεγχοι θα πρέπει να αποτελούν μέρος μιας ευρύτερης συνθετικής προσέγγισης, και όχι μεμονωμένες περιπτώσεις^{62, 63}.

Είναι μάλλον σαφές ότι στις περισσότερες περιπτώσεις οι πολιτικές υποδοχής μεταναστών παγκοσμίως βασίζονται, έστω και σε ένα ποσοστό, στη λογική του νόμιμου αποκλεισμού κάποιου για λόγους υγείας. Είναι σαφές ότι αυτή η προσέγγιση —που ασχέτως αν είναι σωστή, ρίχνει νερό στον μύλο των υπερσυντηρητικών⁶⁴ και υποδαυλίζει τα ξενοφοβικά αντανάκλαστικά πολλών πολιτών— δημιουργεί ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη⁶⁵.

Κανείς δεν αμφισβητεί ότι ο έλεγχος των μεταναστών πρέπει να βασίζεται στις αρχές της ιατρικής δεοντολογίας και ηθικής, που με τη σειρά τους συνδέονται αδιάσπαστα

⁵⁹ Richard Coker (2003), *Migration, public health and compulsory screening for TB and HIV*, Asylum and Migration Working Paper Series, Institute for Public Policy Research, σ. 5. Διαθέσιμο στο Διαδίκτυο: <http://www.ippr.org/members/download.asp?f=/ecomm/files/Healthscreening.pdf&a=skip> (ημ. επίσκ. 08.07.2010)

⁶⁰ Guy B. Marks, et al. (2001), *Effectiveness of Postmigration Screening in Controlling Tuberculosis Among Refugees: A Historical Cohort Study, 1984–1998*, American Journal of Public Health, Vol. 91, No. 11, σ. 1797-1799. Περίληψη διαθέσιμη και εδώ: <http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/91/11/1797> (ημ. επίσκ. 11.09.2010)

⁶¹ Θέση του Andy Alaszewski, καθηγητή στο παν/μιο του Kent. Αναδημοσιεύτηκε στο <http://www.eatg.org/eatg/Global-HIV-News/TB-Malaria/Inadequate-immigrant-screening-contributing-to-increased-TB-prevalence-in-United-Kingdom> (ημ. επίσκ. 11.09.2010)

⁶² Klinkenberg E., et al. (2009), *Migrant tuberculosis screening in the EU/EEA: yield, coverage and limitations*, European Respiratory Journal, vol. 34 no. 5, σ. 1180-1189. Στο διαδίκτυο: [doi: 10.1183/09031936.00038009] <http://erj.ersjournals.com/content/34/5/1180.abstract> (ημ. επίσκ. 24.10.10)

⁶³ Gushulak B. D., Weekers J., MacPherson D. W., (2010), ό.π.

⁶⁴ Οι θέσεις των υπερσυντηρητικών παγκοσμίως παρουσιάζουν μια σταθερή ομοιότητα: «Οι ξένοι διασπείρουν αρρώστιες», «Οι ξένοι αρρωσταίνουν και νοσηλεύονται εδώ δωρεάν με τα λεφτά των πολιτών», «Το Κράτος αδιαφορεί για τη μεταναστευτική λαίλαπα, που μας ξανάφερε νόσους που είχαμε ξεχάσει», κλπ. Ενδεικτική παρουσίαση των απόψεων του υπερσυντηρητικού Αμερικανού ιστορικού Wayne Lutton εδώ: http://www.commonsonmassimmigration.us/articles/art_lutton.html

⁶⁵ Weekers J., Siem H. (1997), *Is compulsory overseas medical screening of migrants justifiable?*, Public Health Reports, Vol. 112, No 5, σ. 396-402

με τις γενικότερες αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Άρα, ο ιατρικός έλεγχος θα πρέπει να διενεργείται με σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και με πνεύμα δικαιοσύνης όπως προβλέπει και ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας⁶⁶. Ένα πρακτικό δίλημμα, που δεν αποτελεί καθόλου ρητορικό ερώτημα (αντιθέτως απασχολεί την ιατρική και νοσηλευτική βιβλιογραφία πολύ): Ένας επαγγελματίας υγείας θα εξυπηρετήσει όπως οφείλει έναν άγνωστο μεταξύ αγνώστων ξένο, ή θα αφήσει τα δικά του συναισθήματα περί ‘ξένων’ να επηρεάσουν τη δουλειά του;⁶⁷

Τέτοια ερωτήματα έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αν αναλογιστεί κανείς ότι οι επαγγελματίες υγείας καλούνται εδώ να παίξουν δύο (και συχνά αντικρουόμενους) ρόλους: από τη μία να υπερασπιστούν τα δικαιώματα του ξένου ασθενούς, και από την άλλη να προστατέψουν τη δημόσια υγεία^{68, 69, 70}.

Βεβαίως, υπάρχει και ο —πολύ λογικός— αντίλογος, που πρεσβεύει ότι ασχέτως αν συμφωνεί κανείς με την ηθική πλευρά ενός νόμου, οφείλει να τον ακολουθεί⁷¹.

Ειδικότερα δε οι παράτυποι μετανάστες είναι πολλές φορές απρόθυμοι να εμφανιστούν στις υπηρεσίες υγείας και να δώσουν πληροφορίες για τον εαυτό τους⁷², φοβούμενοι ότι οι πληροφορίες αυτές μπορεί να χρησιμοποιηθούν εναντίον τους⁷³, μόνο που αυτός ο φόβος —σε ένα ποσοστό κατανοητός, ίσως— μπορεί να τους

⁶⁶ Ν. 3418/2005, ΦΕΚ Α΄ 287.

⁶⁷ Flaskerud J. H., Kim S. (1999), *Health problems of Asian and Latino immigrants : Emerging nursing care of vulnerable populations*, The Nursing clinics of North-America, vol. 34, No. 2, σ. 359-380. Περίληψη και στο Διαδίκτυο: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=1798644>

⁶⁸ G. Francois, et al. (2008), *Inspecting asylum seekers upon entry: a medico-ethical complex*, European Journal of Public Health, Vol. 18, No 6, σ. 552-553. Και στο Διαδίκτυο: <http://nvl002.axila.nl/postprint/PPpp3431.pdf>

⁶⁹ Quill B. E., et al. (1999), *Policy Incongruence and Public Health Professionals' Dissonance: The Case of Immigrants and Welfare Policy*, Journal of Immigrant Health, Vol. 1, No. 1, σ. 9-18. Διαθέσιμο και εδώ: <http://www.springerlink.com/content/q48k05g182840816/>

⁷⁰ Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΕΔΑ): *Απόφαση «Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς Νόμιμα Έγγραφα Παραμονής»*, που υιοθέτησε η Ολομέλεια της ΕΕΔΑ της 08.11.2007. σ. 18. Διαθέσιμο εδώ:

http://www.nchr.gr/document.php?category_id=136&document_id=213 (ημ. επίσκ. 02.12.2010)

⁷¹ Haque A.Z. (2007), *Medical Treatment of Undocumented Aliens: A Summary of Existing Law and Practical Guidance for Providers*. Άρθρο διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.szd.biz/resources.php?NewsID=1039&method=unique> (ημ. επίσκ. 09.01.2011)

⁷² Congress E. (2006), *Public health and immigrants: The new ethical epicenter for social workers*. Παρουσίαση στο 134^ο ετήσιο συνέδριο της ΑΡΗΑ, Νοέμβριος 2006, Βοστώνη, ΗΠΑ. Περίληψη εδώ: http://apha.confex.com/apha/134am/techprogram/paper_127700.htm

⁷³ Παραφράζοντας ελαφρά τη Λένα Διβάνη, «ενστικτωδώς όλοι γνωρίζουν [...] ότι καμία διεθνής οργάνωση δεν μπορεί να τα βάλει με το χωροφύλακα του χωριού». Η Διβάνη έγραφε για μειονοτικούς του Μεσοπολέμου. Η φράση ισχύει, όμως, πιθανώς και για τους (λαθρο)μετανάστες του 21^{ου} αιώνα.

εκθέσει σε μεγαλύτερους κινδύνους υγείας στο μέλλον⁷⁴. Από την άλλη, η καταναγκαστική φύση των ιατρικών ελέγχων αποθαρρύνει ορισμένους ξένους από το να ζητήσουν έγκαιρα ιατρική βοήθεια παρατείνοντας έτσι, άθελά τους, την περίοδο μολυσματικότητας και μεταδοτικότητας της νόσου^{75, 76}. Επίσης, υπάρχει πάντα η πιθανότητα κάποιος που γνωρίζει (ή έστω υποψιάζεται) ότι είναι φορέας μιας νόσου, να προσπαθήσει να αποφύγει τον έλεγχο παραμένοντας άγνωστος στο σύστημα (*to go underground*)⁷⁷, πράγμα που απλά θα αυξήσει και την πιθανότητα εξάπλωσης της νόσου⁷⁸, όσο και την πιθανότητα εκείνος να ζητήσει τελικά βοήθεια όταν η νόσος θα έχει φτάσει σε πολύ πιο βαρύ —και δυσθεράπευτο— στάδιο⁷⁹.

Ένας ακόμα παράγοντας προβληματισμού είναι η περίπτωση που όντως ένα άτομο είναι θετικό ως προς κάποια σοβαρή νόσο (π.χ. φυματίωση ή/και AIDS): Κατά πόσον είναι ηθικά ορθό το να απαγορευτεί η παραμονή στη χώρα ενός ασθενούς και να απελαθεί στη χώρα καταγωγής του, όπου τον περιμένουν προφανώς πολύ χειρότερες συνθήκες διαβίωσης και περίθαλψης;⁸⁰ Βέβαια, ο αντίλογος εδώ είναι απλός και κρυστάλλινος ως προς τα επιχειρήματα: πρώτον, η περίθαλψη κοστίζει, και ένας εξαθλιωμένος μετανάστης δεν πρόκειται ποτέ να καταβάλει το αντίτιμο⁸¹. δεύτερον, αν αρχίσουμε να επιτρέπουμε τέτοιου τύπου καταστάσεις, τα νοσοκομεία θα πλημμυρίσουν από ξένους (και άπορους) ασθενείς και θα καταρρεύσουν και από πλευράς ποιότητας υπηρεσιών. Από την άλλη, θα μπορούσαν να επιτευχθούν διακρατικές συμφωνίες (μεταξύ κρατών καταγωγής και υποδοχής) για την αντιμετώπιση, ίσως, του οικονομικού μέρους του προβλήματος.

Άλλοι συγγραφείς, πάλι, θεωρούν ότι πρέπει να γίνεται διαχωρισμός όσων ζητούν άσυλο (‘πρόσφυγες’) από τους υπόλοιπους (‘μετανάστες’), και να υπάρχει

⁷⁴ Stowers Johansen P., (2006), *Human Trafficking, Illegal Immigrants and HIV/AIDS: Personal Rights, Public Protection*, Californian Journal of Health Promotion, Vol. 4, Issue 3, σ. 34-41. Διαθέσιμο και στο διαδίκτυο: <http://www.csuchico.edu/cjhp/4/3/034-041-johansen.pdf>

⁷⁵ Richard Coker (2003), , ό.π., σ. 28

⁷⁶ Achkar J. M., Macklin R. (2009), *Ethical Considerations about Reporting Research Results with Potential for Further Stigmatization of Undocumented Immigrants*, Clinical Infectious Diseases, Vol. 48, σ. 1250-1253

⁷⁷ Hampshire J. (2008), *The Politics of Immigration and Public Health*, Political Quarterly, Vol. 76, No. 2, σ. 190-198

⁷⁸ Richard Coker (2003), ό.π., σ. 33

⁷⁹ Okie S. (2007), *Immigrants and Health Care — At the Intersection of Two Broken Systems*, The New England Journal of Medicine, Vol. 357, No. 6, σ. 525-529 (ιδ. σ. 525-526). Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: http://www.fachc.org/UserFiles/mig_immigrants%20and%20healthcare.pdf

⁸⁰ Παγκόσμιος Οργανισμός Μετανάστευσης (2004), ‘Migration Health Policies: Shifting the Paradigm from Exclusion to Inclusion’, Σεμινάριο Υγεία και Μετανάστευση, ό.π.

⁸¹ Haque A.Z. (2007), ό.π.

μεγαλύτερη επιείκεια προς τους πρώτους ακόμα κι όταν πάσχουν από «ακριβά» (ως προς το κόστος περίθαλψης) προβλήματα υγείας⁸², πράγμα το οποίο μάλλον ισχύει, αν αναλογιστεί κανείς ότι στις περισσότερες χώρες η απόκτηση της ιδιότητας του πρόσφυγα συνεπάγεται καθολική κάλυψη των υγειονομικών του αναγκών.

2.3 Μετανάστες και περίθαλψη στην Ελλάδα

2.3.1 Δικαίωμα στην υγεία και διεθνές δίκαιο

Η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ υιοθέτησε, βάσει της Απόφασης 45/158 της 18ης Δεκεμβρίου 1990, το κείμενο της Διεθνούς Συνθήκης για την Προστασία των Δικαιωμάτων όλων των Μεταναστών Εργαζομένων και των Μελών των Οικογενειών τους. Η Συνθήκη —σημειωτέον ότι αποτελεί μέχρι σήμερα το μοναδικό συνολικό πολυμερές κείμενο που καλύπτει όλη τη διαδικασία της μετανάστευσης— πέρα από τον πολύ μεγάλο χρόνο που απαιτήθηκε για να τεθεί σε ισχύ (σχεδόν δεκατρία χρόνια), είχε «περιορισμένη απήχηση στα κράτη του Δεύτερου και Τρίτου Κόσμου, και μηδαμινή απήχηση στα κράτη του Πρώτου Κόσμου»⁸³, ενδεικτικό του ότι τα κράτη θεωρούν καθαρά θέμα εσωτερικής δικαιοδοσίας τη μετανάστευση και απρόθυμα μόνο θα μπορούσαν να δεχτούν την κύρωση κειμένων, που συνεπάγεται την υιοθέτηση ενός συνόλου κανόνων δικαίου στην εσωτερική έννομη τάξη. Αυτό, πάλι ισχύει μέχρι ενός σημείου, αφού «[...] σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει με τα περισσότερα θέματα εσωτερικής πολιτικής, η μετανάστευση και οι σχετικές με αυτήν κυβερνητικές πρακτικές εμπεριέχουν δυνατότητες μετατροπής τους σε ζήτημα διεθνών σχέσεων»⁸⁴. Είναι πολύ ενδιαφέρον το ότι η εν λόγω Συνθήκη, ενώ καλεί τα κράτη να λάβουν μέτρα για να μην συνεχίζεται η κατάσταση της παράνομης μετανάστευσης, «προσανατολίζει τις εθνικές αρχές να μην στρέφονται κυρίως κατά των παράνομων μεταναστών, αλλά κατά των εργοδοτών τους, με την πρόβλεψη σχετικών κυρώσεων και μέτρων»⁸⁵.

⁸² Weekers J., Siem H. (1997), ό.π.

⁸³ Μαγκλιβέρας Κ. (2008), *Μετανάστευση, Διεθνές Δίκαιο και ο ρόλος των Ηνωμένων Εθνών*. Στο: Καβουνίδη Τζ., et al. (επιμ.), *Μετανάστευση στην Ελλάδα: Εμπειρίες, πολιτικές, προοπτικές*, τόμος Β', Εκδόσεις ΙΜΕΠΟ., Αθήνα 2008, σ. 14-29. Σημειώνουμε εδώ ότι η Ελλάδα είναι ένα από τα πολλά κράτη που δεν έχουν κυρώσει την εν λόγω συνθήκη.

⁸⁴ Σάσκια Σάσεν (2001), ό.π., σ. 129

⁸⁵ Κατρούγκαλος Γ. (2008), *Τα κοινωνικά δικαιώματα των παράνομων αλλοδαπών*. Στο: Γούναρη Δ., *Τα κοινωνικά δικαιώματα των μεταναστών στην Ελλάδα*, ΕΚΚΑ, Αθήνα, σ. 45-56, και ιδ. 47

Είναι ίσως αξιοσημείωτο το ότι το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο με Ψήφισμά του⁸⁶ στις 22.04.2009 ζητά, μεταξύ άλλων, από τα κράτη-μέλη της Ε.Ε. να κυρώσουν την παραπάνω Συνθήκη του ΟΗΕ (*Γενικοί προβληματισμοί*, σημείο 38). Επίσης τονίζει την ανάγκη θέσπισης μιας κοινής ευρωπαϊκής μεταναστευτικής πολιτικής (*Γεν. προβληματισμοί*, σημείο 1), και εκφράζει τη θέση ότι «η διαχείριση των μεταναστευτικών ροών πρέπει να στηρίζεται σε συντονισμένη προσέγγιση που θα λαμβάνει υπόψη τη δημογραφική και οικονομική κατάσταση της ΕΕ και των κρατών μελών της» (*Γεν. προβληματισμοί*, σημείο 2).

Στη χώρα μας, το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, που κυρώθηκε με το Ν. 1532/1985 (ΦΕΚ Α' 25/1985)⁸⁷, στο άρθρο 12 παρ. 1 προβλέπει ότι: «Τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα κάθε προσώπου να απολαμβάνει την καλύτερη δυνατή σωματική και ψυχική υγεία». Αμέσως μετά, με την παρ. 2 του ίδιου άρθρου: «Τα μέτρα που θα λάβουν τα Συμβαλλόμενα Κράτη, για την εξασφάλιση της πλήρους άσκησης του δικαιώματος αυτού πρέπει να περιλαμβάνουν επίσης και τα απαιτούμενα μέτρα για τη διασφάλιση: [...] δ) Της δημιουργίας συνθηκών που μπορούν να εξασφαλίσουν σε όλους ιατρικές υπηρεσίες και ιατρική περίθαλψη σε περίπτωση ασθένειας». Το άρθρο 12, λοιπόν, αναγνωρίζει σε «κάθε πρόσωπο», άρα και στους μετανάστες, το δικαίωμα στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Λίγο πιο πριν, στο άρθρο 2 παρ. 2 αυτό είχε γίνει ήδη σαφές: «Τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναλαμβάνουν να εγγυηθούν ότι θα δικαιώματα (...) θα ασκούνται χωρίς οποιαδήποτε διάκριση φυλής, χρώματος, γένους, γλώσσας (...) εθνικής ή κοινωνικής προελεύσεως (...)».

Παρόλα αυτά, σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 1: «Καθένα από τα Κράτη που συμβάλλονται με το Σύμφωνο αυτό αναλαμβάνει την υποχρέωση να ενεργεί τόσο με τις δικές του προσπάθειες όσο και με τη διεθνή βοήθεια και συνεργασία, ιδιαίτερα στο οικονομικό και τεχνικό πρόγραμμα, με όλα τα διαθέσιμα μέσα του, με σκοπό να εξασφαλίσει προοδευτικά την πλήρη άσκηση των αναγνωριζομένων δικαιωμάτων χρησιμοποιώντας όλα τα κατάλληλα μέτρα στα οποία περιλαμβάνεται ειδικότερα και η λήψη νομοθετικών μέτρων». Το άρθρο 4 προβλέπει ότι «η απόλαυση των

⁸⁶ Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου της 22ας Απριλίου 2009 σχετικά με μία κοινή μεταναστευτική πολιτική για την Ευρώπη: αρχές, ενέργειες και μέσα, P6_TA(2009)0257

⁸⁷ Διαθέσιμο και στο διαδίκτυο: <http://www.nchr.gr/media/Conventions/1532.pdf> (ημ. ανάκτ. 11.02.11)

εξασφαλισμένων από το Κράτος δικαιωμάτων μπορεί να περιορισθεί από τα Κράτη με νόμιμους περιορισμούς (...) αποκλειστικά και μόνο για να εξυπηρετηθεί η γενική ευημερία, μέσα σε μια δημοκρατική κοινωνία». Έτσι, ορισμένοι θεωρούν ότι τα Κράτη υποδοχής μπορούν να ισχυριστούν ότι διαθέτουν πενιχρά ή περιορισμένα μέσα που επομένως «περιορίζουν τις παροχές προς τους παράνομους μετανάστες στον τομέα της υγείας και κατά συνέπεια δικαιολογείται η διακριτική τους μεταχείριση»⁸⁸.

Τέλος, μερικά χρόνια αργότερα, με την ψήφιση του Ν. 3304/2005 (ΦΕΚ Α'16/27.01.05) η χώρα μας εναρμονίστηκε με τις Κοινοτικές Οδηγίες για τη Φυλετική Ισότητα (2000/43/EK) και περί ίσης μεταχείρισης στην Απασχόληση (2000/78/EK), και έτσι θεωρείται ότι θα διασφαλιστεί η εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης και στην υγεία και στην κοινωνική ασφάλιση.

2.3.2 Το ελληνικό Σύνταγμα και το δικαίωμα στην υγεία

Το Σύνταγμα δεν περιλαμβάνει κάποιον συγκεκριμένο ορισμό της υγείας, αν και περιέχει τρεις διατάξεις σχετικές με το δικαίωμα στην υγεία, το άρθρο 5 παρ. 2, το άρθρο 5 παρ. 5 και το άρθρο 21 παρ. 3. Το πρώτο ορίζει ότι: «όλοι όσοι βρίσκονται στην ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων». Το ίδιο άρθρο στην παράγραφο 5 προβλέπει ότι «καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας», διάταξη που αναφέρεται όχι απλώς στην κρατική υποχρέωση, αλλά στο δικαίωμα κάθε προσώπου (επομένως και του μη Έλληνα) στην προστασία της υγείας του. Το άρθρο αυτό ξεκαθαρίζει λοιπόν ότι η διαφοροποίηση σε ημεδαπούς και αλλοδαπούς ως προς τα ζητήματα της υγείας είναι αθέμιτη. Το άρθρο 21 κατοχυρώνει το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία και ορίζει ότι «το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών». Το άρθρο 21 παρ. 3 είναι, λοιπόν, αυτό στο οποίο μπορεί να θεμελιωθεί κάποια αξίωση για τη λήψη μέτρων και παροχών από το Κράτος στον τομέα της υγείας.

⁸⁸ Απόφαση ΕΕΔΑ (2007): «Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς Νόμιμα Έγγραφα Παραμονής», ό.π., σ. 6.

Εξάλλου, έχει επισημανθεί ότι «το δικαίωμα στην υγεία, ως καθολικό δικαίωμα ανεξάρτητο από το *status civitatis*, έχει ως αντικείμενο τη διασφάλιση ενός ελάχιστου περιεχομένου κρατικής παρέμβασης για την προστασία της υγείας»⁸⁹. Ας θυμηθούμε εδώ παρενθετικά και τον ορισμό της Υγείας, σύμφωνα με τον ΠΟΥ: «Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και δεν συνίσταται μόνο στην απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ο ορισμός αυτός μπορεί να είναι μάλλον αόριστος (το καθεστώς ‘πλήρους ευεξίας’ δεν μπορεί να έχει συγκεκριμένο ορισμό, άλλωστε), αλλά δείχνει πειστικά ότι η υγεία είναι πολύ ευρύτερη υπόθεση από την περιποίηση ενός τραύματος, π.χ.

Επομένως, ισχύει ότι όλα τα καθολικά και θεμελιώδη δικαιώματα —μέσω της αρχής του “κοσμοπολιτισμού” των θεμελιωδών δικαιωμάτων⁹⁰, ήτοι της αναγνώρισής τους ανεξάρτητα από την ιθαγένεια του ατόμου— «συναρτώνται τόσο στενά με την προστασία της ανθρώπινης αξίας που είναι αδιανόητη η άρνησή τους σε οποιοδήποτε ανθρώπινο ον, ανεξάρτητα από την νομιμότητα της εισόδου του στην επικράτεια»⁹¹.

2.3.3 Μεταναστευτική πολιτική και υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο

Ως προς τη μεταναστευτική πολιτική, ο πρώτος νόμος σχετικός με αλλοδαπούς ήταν ο **3275/1925** (*Περί εγκαταστάσεως και κινήσεως αλλοδαπών εν Ελλάδι*) και ίσχυσε μέχρι που αντικαταστάθηκε από τον νόμο **4310/1929** με τίτλο *Περί εγκαταστάσεως και κινήσεως αλλοδαπών εν Ελλάδι, αστυνομικού ελέγχου, διαβατηρίων, απελάσεων και εκτοπίσεων*, ο οποίος με κάποιες τροποποιήσεις ίσχυσε μέχρι το 1991.

Μετά από έξι δεκαετίες ο νόμος αυτός αντικαθίσταται από τον **Ν. 1975/1991** (ΦΕΚ 184/Α’/4.12.1991 *Είσοδος — έξοδος, παραμονή, εργασία, απέλαση αλλοδαπών, διαδικασία αναγνώρισης αλλοδαπών προσφύγων και άλλες διατάξεις*), ο οποίος συνέπεσε με την εμφάνιση των πρώτων μαζικών μεταναστευτικών ροών από τα Βαλκάνια και την ανατολική Ευρώπη. Ο Νόμος του 1991 απαγόρευε την είσοδο στη χώρα χωρίς άδεια εργασίας (βάσει της οποίας εκδιδόταν και η άδεια παραμονής, άλλωστε), δημιουργώντας έτσι πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες που

⁸⁹ Κοντιάδης Ξ. (1997), *Κράτος Πρόνοιας και Κοινωνικά Δικαιώματα: Συμβολή και Ερμηνεία των Μορφών Συνταγματοποίησης της Κοινωνική Προστασίας* (Αθήνα-Κομοτηνή: Αντ. Ν. Σάκκουλας), σ. 455. Αναφέρεται στο *Απόφαση ΕΕΔΑ*, ό.π., σ. 5

⁹⁰ Παπακωνσταντίνου Απ. (2008), *Η συνταγματική αρχή του “κοσμοπολιτισμού” των θεμελιωδών δικαιωμάτων*. Στο: Καβουνίδη Τζ., και συν. (επιμ.), *Μετανάστευση στην Ελλάδα...*, ό.π., σ. 30-44

⁹¹ Κατρούγκαλος Γ. (2006), *Τα Κοινωνικά Δικαιώματα* (Αθήνα-Κομοτηνή: Αντ. Ν. Σάκκουλας), σ. 177. Αναφέρεται στο *Απόφαση ΕΕΔΑ*, ό.π., σ. 5

καθιστούσαν δύσκολη υπόθεση τη νομιμοποίηση των αλλοδαπών, ακόμη κι αν εκείνοι το επιθυμούσαν.

Έχει υποστηριχθεί —και μάλλον όχι αβάσιμα— ότι κατά τη δεκαετία του 1990 και σχεδόν μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 2000, το ελληνικό Κράτος δεν φαίνεται να είχε κάποια συγκεκριμένη πολιτική αντιμετώπισης και ενσωμάτωσης των μεταναστών⁹².⁹³ Το 1997–1998 έγινε (με δύο προεδρικά διατάγματα) η πρώτη απόπειρα μαζικής νομιμοποίησης παράνομων μεταναστών, η οποία χαρακτηρίστηκε από πολύπλοκες διαδικασίες και δυσκολίες για τη συγκέντρωση του απαραίτητου αριθμού ενσήμων από τους μετανάστες, με αποτέλεσμα να μείνει εκτός της διαδικασίας πολύ μεγάλος αριθμός μεταναστών⁹⁴. Για την αντιμετώπιση των δυσκολιών αυτών, ψηφίζεται ο Νόμος **2910/2001** και επακολούθησε νέα διαδικασία νομιμοποιήσεων, και πάλι με αμφίβολα αποτελέσματα⁹⁵.

Έτσι, φτάνουμε στον τελευταίο μεταναστευτικό νόμο, τον **3386/ 2005** (“Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια”, ΦΕΚ Α΄ 212 /23.08.05)⁹⁶, με τον οποίο ενοποιούνται οι άδειες παραμονής και εργασίας και γίνεται μια απόπειρα να ξεκαθαριστούν τα μεταναστευτικά θέματα. Με αυτό το Νόμο, οι αλλοδαποί που ζούσαν παράτυπα στη χώρα το αργότερο μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 2004, μπορούσαν να κάνουν αίτηση για άδεια παραμονής και εργασίας προσκομίζοντας τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

- *Υπεύθυνη Δήλωση* από την οποία προκύπτει ως λόγος διαμονής στην Ελλάδα συγκεκριμένη επαγγελματική απασχόληση. Στην ίδια δήλωση πρέπει να αναφερθούν τα μέλη της οικογένειας που ζουν μαζί με τον αιτούντα, ενώ πρέπει επίσης να δηλώσει ότι δεν έχει τελέσει αξιόποινη πράξη.
- *Διαβατήριο*, άλλο ταξιδιωτικό έγγραφο (δεν είναι απαραίτητο να είναι σε ισχύ) ή απόρριψη αίτησης ασύλου.

⁹² Χλέτσος Μ. (2001), Η πολιτική οικονομία της μετανάστευσης. Στο: Ναζάκης Χ., Χλέτσος Μ., *Μετανάστες και Μετανάστευση: Οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές πτυχές*, Αθήνα: Πατάκης, σ. 17-42

⁹³ Triandafyllidou A. (2009), *Greek Immigration Policy at the Turn of the 21st Century. Lack of Political Will or Purposeful Mismanagement?*, European Journal of Migration and Law, Vol. 11, No. 2, σ. 159-177. Περίληψη στο διαδίκτυο: <http://www.ingentaconnect.com/content/mnp/emil/2009/00000011/00000002/art00004> (ημ. επίσκ.: 24.11.10)

⁹⁴ Για την ακρίβεια, στην πρώτη φάση ανταποκρίθηκαν 369.629 αλλοδαποί και στη δεύτερη μόλις 212.860 (Καμάλης, 2004)

⁹⁵ Mighealthnet (2009), *Έκθεση...*, ό.π., σ. 12

⁹⁶ Διαθέσιμος ο Νόμος και στο διαδίκτυο: <http://www.synigoros.gr/allodapoi/docs/n3386.pdf>

- *Παράβολο* με μορφή αποδεικτικού διπλοτύπου τύπου Β', αξίας 146,74 ευρώ. Το παράβολο δεν απαιτείται για ανηλίκους έως 14 ετών.
- *Πιστοποιητικό υγείας* από δημόσιο νοσοκομείο, κέντρο υγείας ή θεραπευτήρια και ιατρεία του ΙΚΑ, που να βεβαιώνει ότι ο αιτών δεν πάσχει από νόσημα επικίνδυνο για τη δημόσια υγεία. Συγκεκριμένα προβλέπεται: ακτινογραφία θώρακα, δερμοαντίδραση φυματίνης (τεστ Mantoux), και κλινική εξέταση από παθολόγο. Επιπροσθέτως, στα παιδιά έως 14 ετών γίνεται και έλεγχος του εμβολιαστικού τους στάτους. (Ο έλεγχος για ηπατίτιδα έχει αποσυρθεί από τον Ιούνιο του 1998.) Σημειωτέον ότι οι μόνες ασθένειες που μπορούν να δικαιολογήσουν άρνηση εισόδου ή δικαιώματος διαμονής είναι εκείνες που προβλέπονται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, καθώς και άλλες λοιμώδεις, μεταδοτικές ή παρασιτικές ασθένειες, οι οποίες δικαιολογούν τη λήψη μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας.
- *Βεβαίωση* εξαγοράς εισφορών από τον οικείο ασφαλιστικό φορέα, βάσει του είδους της απασχόλησης που έχει δηλώσει στην υπεύθυνη δήλωση ο ενδιαφερόμενος, για ασφάλιση εκατόν πενήντα ημερών (150) ημερών. Εάν ο αιτών δεν έχει συγκεκριμένη απασχόληση και έχει δηλώσει στην υπεύθυνη δήλωση ειδικό λόγο διαμονής στη χώρα που δεν υπάγεται σε ασφαλιστικό φορέα, η εξαγορά των ενσήμων θα γίνεται από οποιονδήποτε ασφαλιστικό φορέα.
- *Αποδεικτικό* για την υποβολή αίτησης προς χορήγηση βιβλιαρίου υγειονομικής περίθαλψης.⁹⁷

Σχετικά με ζητήματα περίθαλψης, σύμφωνα με το άρθρο 84 παρ. 1 του Νόμου: «Οι δημόσιες υπηρεσίες, τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης, οι οργανισμοί και οι επιχειρήσεις κοινής ωφελείας 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

⁹⁷ Πηγή: Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, *Εγκύκλιος αρ. 26* ("Εφαρμογή του Ν. 3386/2005 (ΦΕΚ Α' 212 /23.08.05)", αρ. πρωτ. ΟΙΚ 15888/01.09.05

τρίτων χωρών που εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία και για ανήλικα παιδιά. [...]» (η έμφαση του συγγραφέα). Επιπλέον, σύμφωνα με την παρ. 4 του ίδιου άρθρου: «Οι υπάλληλοι των παραπάνω υπηρεσιών και φορέων που παραβαίνουν τις διατάξεις των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου αυτού διώκονται πειθαρχικά και τιμωρούνται, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα, για παράβαση καθήκοντος».

Ο Νόμος, λοιπόν, διατηρεί σε ισχύ το νομοθετικό πλαίσιο σχετικά με την πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη του παλαιότερου Νόμου 2910/2001 (Άρθρο 51). Η μόνη αλλαγή είναι η κατάργηση της διάταξης του άρθρου 54 του Ν. 2910/2001, η οποία προέβλεπε την υποχρέωση των διευθυντών θεραπευτηρίων και νοσοκομείων να ενημερώνουν τις αστυνομικές αρχές για την άφιξη αλλοδαπών σε αυτά⁹⁸.

Χαρακτηριστική είναι, επίσης, και η εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (με αριθμό πρωτοκόλλου ΟΙΚ/ΕΜΠ 518—2/2/2005) με θέμα *‘Υγειονομική Περίθαλψη Αλλοδαπών’*, σύμφωνα με την οποία (παράγραφος 5): «Για τους αλλοδαπούς μη νόμιμα ευρισκόμενους στην Ελλάδα θα παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες αποκλειστικά σε περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους. Δεν θα γίνονται δεκτοί από τις υπηρεσίες υγείας αλλοδαποί αυτής της κατηγορίας για μη επείγοντα περιστατικά».

Η ίδια εγκύκλιος, επίσης, κάνει λόγο για ιατρικό έλεγχο των εισερχομένων στη χώρα: «Σε περιπτώσεις μαζικών αφίξεων παρανόμων μεταναστών, στα πλαίσια των απορρήτων σχεδίων *‘ΒΑΛΚΑΝΙΟ’* και *‘ΠΟΣΕΙΔΩΝΙΟ’*, αμέσως μόλις εντοπιστούν λαθρομετανάστες από τις αρχές (Αστυνομία, Στρατός, Λιμενικό), ειδοποιούνται οι πλησιέστερες υπηρεσίες Υγείας (Περιφερειακό Ιατρείο, Κέντρο Υγείας, Νοσοκομείο), οι οποίες μεριμνούν για τη μετάβαση του αναγκαίου προσωπικού που εκτιμάται ότι απαιτείται σε πρώτη φάση, όσο και για την ενημέρωση του Π.Ε.Σ.Υ.Π. Σε συνάρτηση με τον αριθμό των λαθρομεταναστών και την πρώτη εκτίμηση της κατάστασής τους, στον χώρο που συγκεντρώνονται, ελέγχονται και εξετάζονται από ιατρικής πλευράς όλοι ενώ παράλληλα οι υπηρεσίες Υγείας μεριμνούν για την περίθαλψη τυχόν ασθενών και τυχόν διακομιδή τους στην κατάλληλη Νοσηλευτική

⁹⁸ Η Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων είχε γνωμοδοτήσει ότι η παραπάνω υποχρέωση ερχόταν σε αντίθεση με το Άρθρο 5 παρ. 5 του Συντάγματος. Βλ. Γνωμοδότηση 86/2001, αρ. πρωτ. 1258/19.06.2001. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.dpa.gr/APDPXPortlets/htdocs/documentDisplay.jsp?docid=242,84,216,241,170,211,45,50>

Μονάδα. Ερευνώνται δε με ιδιαίτερη προσοχή οι περιπτώσεις που αφορούν σε μολυσματικές ασθένειες».

Είναι λογικό να συμφωνεί κανείς με τους προληπτικούς ιατρικούς ελέγχους (πράγμα που μας απασχόλησε πιο πάνω στα 2.2.2 και 2.2.3), πλην όμως ας μην ξεχνάμε ότι ακόμα περισσότεροι παράτυποι μετανάστες μένουν άγνωστοι στο Σύστημα για τον έναν ή τον άλλο λόγο. Στην περίπτωση που κάποιος εξ αυτών αντιμετωπίζουν πρόβλημα υγείας ή είναι φορείς μεταδοτικής ή μολυσματικής νόσου, ο καθυστερημένος εντοπισμός τους μπορεί να έχει δυσμενείς συνέπειες όχι μόνο στην υγεία των ιδίων, αλλά και στη δημόσια υγεία.

Από την άλλη πλευρά, προβλέπεται ότι εφόσον οι νόμιμοι μετανάστες είναι ασφαλισμένοι στους οικείους ασφαλιστικούς οργανισμούς, έχουν τα ίδια ασφαλιστικά δικαιώματα με τους ημεδαπούς (άρθρο 71, παρ. 1, Ν. 3386/2005). Το ίδιο ισχύει για όσους μετανάστες είναι μεν νόμιμοι αλλά ανασφάλιστοι και οικονομικά αδύνατοι (Υ.Α. 139491/2006), αν και αυτό ισχύει για πολίτες χωρών που έχουν κυρώσει την *Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Κοινωνική και Ιατρική Αντίληψη* (χώρες μέλη της Ε.Ε. καθώς και η Ισλανδία, Νορβηγία και η Τουρκία), ή τον *Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη* (περιλαμβάνονται οι χώρες μέλη της Ε.Ε. καθώς και η Κροατία, η Ισλανδία, η Νορβηγία, η Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας και η Τουρκία)⁹⁹.

Επίσης, οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο έχουν ισότιμα με τους Έλληνες δικαιώματα πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη —αν και πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι η διαδικασία έκδοσης προσφυγικής ταυτότητας μπορεί να είναι μια εξαιρετικά χρονοβόρα διαδικασία.

Είναι ίσως χρήσιμο να επισημανθεί ότι οι ανασφάλιστοι (παράτυποι) αλλοδαποί κανονικά υποχρεούνται να καλύπτουν με δικά τους έξοδα (out-of-pocket) τυχόν δαπάνες υγείας και περίθαλψης, ενώ σε περίπτωση εισαγωγής σε νοσοκομείο για τακτικό (τ.έ. μη απειλητικό για τη ζωή) περιστατικό ζητείται να προκαταβάλουν το 50% του εκτιμώμενου συνολικού κόστους¹⁰⁰.

⁹⁹ Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ενημερωτικός οδηγός: <http://www.ekka.org.gr/Guide.htm> (ημ. επίσκ.: 18.01.2010)

¹⁰⁰ Κυριακάκη Ε. Ν., Τζώρτζη Αργ. (2008), *Η πρόσβαση των μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας & πρόνοιας. Η εμπειρία του Συνηγόρου του Πολίτη*. Στο: Γούναρη Δ., Τα κοινωνικά δικαιώματα των μεταναστών στην Ελλάδα, ΕΚΚΑ, Αθήνα, σ. 33-41, και ιδ. 34

Καθίσταται, επομένως, εμφανές ότι η Ελλάδα αναγνωρίζει στους παράνομους μετανάστες ένα περιορισμένο δικαίωμα πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη, που αφορά την αντιμετώπιση επείγοντος ή/και απειλητικού για τη ζωή συμβάματος.

Από την άλλη, συχνά στη χώρα μας οι μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) αναλαμβάνουν ένα μέρος του ρόλου που πρέπει να παίζει το κράτος¹⁰¹ και προσπαθούν να καλύψουν μέρος των αναγκών: Σοβαρές προσπάθειες καταβάλλονται από τους Γιατρούς του Κόσμου¹⁰² και την μη κυβερνητική οργάνωση ΠΡΑΞΙΣ, όπου οι παράτυποι μετανάστες μπορούν να εξεταστούν από γενικό ή ειδικό γιατρό και να πάρουν τα φάρμακα για κάποιες ασθένειες όπως η φυματίωση (κυρίως μέσω δωρεών), ή να παραπεμφθούν σε δημόσιο νοσοκομείο για εξετάσεις αίματος κτλ. Στην Αθήνα υπάρχουν επίσης και κάποια Δημοτικά Ιατρεία όπου χωρίς πληρωμή οι μετανάστες μπορούν να εξεταστούν ακόμα και από οδοντίατρο και ψυχολόγο¹⁰³. Επιφανειακά, φαίνεται λοιπόν ότι υπάρχουν υπηρεσίες που καλύπτουν κάποιες ανάγκες, αλλά οι γιατροί στις ΜΚΟ εργάζονται εθελοντικά και μόνο για μερικές ώρες και μέρες την εβδομάδα, επομένως μπορούν να ικανοποιήσουν μέρος μόνο των αναγκών. Για οποιαδήποτε άλλη ανάγκη, όμως, οι μετανάστες χρησιμοποιούν τα δημόσια νοσοκομεία, επομένως δεν θα ήταν, ίσως, άσκοπο να αναφερθούν εδώ κάποια πράγματα για το πώς λειτουργεί το ελληνικό Σύστημα Υγείας.

2.3.4 Το ελληνικό σύστημα υγείας και η πρόσβαση σε αυτό

Το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας στηρίζεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, στα ασφαλιστικά ταμεία και σε μικρότερο βαθμό στον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας ή ασφάλισης. Το ΕΣΥ παρέχει ιατρική κάλυψη σε όλο τον πληθυσμό που διαμένει στη χώρα, ενώ τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας στους ασφαλισμένους τους. Σημειωτέον ότι η

¹⁰¹ Νικόλβα Μ. (2010), *Είναι η πρόσβαση στην υγεία θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα;* στο ιστολόγιο του ΕΛΙΑΜΕΠ: <http://blogs.eliamep.gr/marinaniki/ine-i-prosvasi-stin-igia-themeliodes-anthropino-dikeoma/> (ημ. επίσκ. 20.12.10)

¹⁰² Ενδεικτικά, έχει αναφερθεί ότι το 2008 όσοι προσήλθαν στα Ιατρεία της οργάνωσης ήταν παράτυποι και κατάγονταν κατά 27% από Αφγανιστάν, 14% από Σομαλία, 12% από Ιράκ, 8% από Μπανγκλαντές και οι υπόλοιποι από κράτη της πρώην Ανατολικής Ευρώπης. Πηγή: 'Χωρίς φροντίδα οι μη νόμιμοι μετανάστες', ρεπορτάζ της εφημ. **Η Καθημερινή** (18.09.09): http://news.kathimerini.gr/4dcgi/w/articles_ell_2_18/09/2009_329842 (ημ. επίσκ.: 18.01.2010)

¹⁰³ Νικόλβα Μ. (2010), *ό.π.*

ασφάλιση στην Ελλάδα είναι υποχρεωτική και καλύπτει τόσο τους εργαζόμενους και τους συνταξιούχους, όσο και τα μέλη που εξαρτώνται από αυτούς.

Για αλλοδαπούς προερχόμενους από χώρες της Ε.Ε. υπάρχει πρόβλεψη για την υγειονομική τους κάλυψη σε συνεργασία με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς των χωρών τους¹⁰⁴. Πρέπει όμως να διευκρινιστεί εδώ ότι οι υπήκοοι κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά τη μετακίνησή τους εντός της Ένωσης δεν λογίζονται ακριβώς ως μετανάστες, και το ίδιο ισχύει σε σχέση και με την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη¹⁰⁵. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν μπορούν να δημιουργηθούν άλλου τύπου προβλήματα⁹⁹ στην περίπτωση μιας Ολλανδής μουσουλμάνας αφρικανικής καταγωγής, π.χ., που χρειάζεται γυναικολογική εξέταση σε ένα επαρχιακό Κέντρο Υγείας της Ελλάδας.

Οι αλλοδαποί που προέρχονται από ασιατικές ή αφρικανικές χώρες, από την άλλη, αποτελούν μια ιδιαίτερη περίπτωση στη χώρα μας, αφού κατά κανόνα δεν υπάρχουν διακρατικές συμφωνίες με τα κράτη καταγωγής τους.

Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα παρέχονται από τα Κέντρα Υγείας (και ως σημειωθεί εδώ η σχεδόν παντελής ανυπαρξία Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου, που θα μπορούσαν να αποσυμφορήσουν σε κάποιο βαθμό τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων)¹⁰⁶, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Δημοτικά Ιατρεία —όπου αυτά υπάρχουν— καθώς και τα Πολυϊατρεία κάποιων ΜΚΟ. Επίσης, πρωτοβάθμιες φροντίδες υγείας παρέχουν τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και τα Εξωτερικά Ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Οι υπηρεσίες αυτές είναι ή δωρεάν ή έχουν μάλλον συμβολικό αντίτιμο (πέντε ευρώ).

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη (νοσηλεία) και η φαρμακευτική αγωγή παρέχονται με πλήρη ή μερική κάλυψη από τα ασφαλιστικά ταμεία (για τους ασφαλισμένους), ενώ οι ανασφάλιστοι (ημεδαποί και αλλοδαποί) πρέπει να καλύπτουν μόνοι τους τις

¹⁰⁴ Για μια γενικότερη συζήτηση, βλ. Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ. (1995), *Η διασυνοριακή ροή ασθενών στην Ελλάδα και την Ευρώπη*, Αθήνα: Εξάντας

¹⁰⁵ Καψάλης Α. (2004), “Μετανάστες—Υγεία και κοινωνικός αποκλεισμός”, Ενημέρωση μηνιαία έκδοση του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχ.112, σ. 14-64

¹⁰⁶ Βεβαίως τώρα πια τέτοιου τύπου κέντρα υγείας αποτελούν μια εκτός πραγματικότητας προοπτική. Βλ. Τούντας Γ. (2011), *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Υπάρχει λύση;* Επιλογές Άρθρων Πολιτικής Υγείας, Μηνιαίο ενημερωτικό δελτίο, Ιανουάριος 2011, Φύλλο 8, σ. 1-2

σχετικές δαπάνες. Σε περίπτωση νοσηλείας πρέπει να προκαταβάλουν το ήμισυ της προβλεπόμενης δαπάνης¹⁰⁷.

Από πλευράς χρηματοδότησης, από το 1995 οι βασικές πηγές χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων είναι ο κρατικός προϋπολογισμός (περίπου στο 60% των εσόδων), τα νοσήλια (αθροιστικά περίπου το 34% των εσόδων), και τέλος έσοδα από ίδιους πόρους¹⁰⁸. Τα νοσήλια καταβάλλονται εκ των υστέρων από τα ασφαλιστικά ταμεία για τις υπηρεσίες που τα νοσοκομεία παρείχαν στους ασφαλισμένους τους (συχνά με πολύμηνη καθυστέρηση), και η αποζημίωση γίνεται με βάση το ημερήσιο νοσήλιο, το οποίο είναι πολύ χαμηλότερο από το πραγματικό ημερήσιο κόστος.

Σχετικά τώρα με την πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, και προκειμένου για την εισαγωγή του ασθενούς σε όλα ανεξαιρέτως τα Νοσοκομεία της χώρας ισχύει η ακόλουθη διαδικασία: όποιος θεωρεί ότι χρειάζεται ιατρική φροντίδα προσέρχεται (ή μεταφέρεται) στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Μετά από δωρεάν εξέταση και εργαστηριακό/παρακλινικό έλεγχο, ο οποίος κοστολογείται, αν το περιστατικό κριθεί από τους εξετάζοντες γιατρούς ως σοβαρό, ο ασθενής (ή ο συνοδός του) απευθύνεται στο Γραφείο Κίνησης Ασθενών, όπου και ξεκινά η διαδικασία εισαγωγής. (Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι πολλές φορές η καταγραφή των εισερχομένων περιστατικών στα μητρώα των Επειγόντων Περιστατικών είναι ελλιπής: Είτε λόγω βιασύνης του γιατρού, είτε για άλλους λόγους, παρατηρούνται πολλές ελλείψεις καταγραφές (π.χ. δεν καταγράφεται ηλικία, διεύθυνση, υπηκοότητα, ούτε καν ασφαλιστικός φορέας συχνά.) Στη συνέχεια, η εισαγωγή μπορεί να αφορά το Θάλαμο Βραχείας Νοσηλείας (ΘΒΝ) ή κάποια από τις κλινικές. Εννοείται ότι για κάποιες περιπτώσεις, όπως οι μη επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις, τηρείται μία λίστα αναμονής για την εισαγωγή των ασθενών.

Το κόστος της διαδικασίας εισαγωγής είναι περίπου 15 ευρώ, ενώ κάθε ημέρα νοσηλείας κοστίζει κατά μέσο όρο 80 ευρώ. Για να καλυφθούν αυτά τα έξοδα υπάρχουν δύο τρόποι: είτε ο ασθενής είναι ασφαλισμένος, οπότε τα νοσήλια καλύπτονται από τον ασφαλιστικό του φορέα, είτε ο ασθενής είναι ανασφάλιστος, οπότε είναι υποχρεωμένος να καταβάλει ο ίδιος το ποσό. Στη δεύτερη αυτή περίπτωση, για να εξασφαλιστεί η κάλυψη των εξόδων το Γραφείο Κίνησης σε

¹⁰⁷ Mighealthnet (2009), 'Εκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα', ό.π., σ. 22

¹⁰⁸ Υφαντόπουλος Γ. Ν. (2006), *Τα οικονομικά της υγείας — Θεωρία και πολιτική*, (β' έκδ.), Αθήνα: Τυπωθήτω-Γ. Δαρδανός, σ. 446-447

συνεργασία με το Λογιστήριο του Νοσοκομείου ζητά την κατάθεση προκαταβολής ύψους περίπου 150 ευρώ, έναντι του συνολικού κόστους νοσηλείας. Αν ο ασθενής δεν έχει εκείνη τη στιγμή τα χρήματα αυτά μαζί του, συμπληρώνει ένα σχετικό έντυπο με το οποίο αναγνωρίζει το χρέος του προς το Νοσοκομείο, όπως επίσης και την υποχρέωση για την ταχύτερη δυνατή εκπλήρωσή του. Το χρέος αυτό υπάγεται στη νομοθεσία που διέπει τα 'χρέη προς το Δημόσιο', κατά την οποία τα χρήματα αυτά εισπράττονται από το άτομο μέσω της φορολογικής του δήλωσης. Δεν είναι, όμως, σπάνιες οι περιπτώσεις όπου τα χρέη παραμένουν σε εκκρεμότητα λόγω της έλλειψης Αριθμού Φορολογικού Μητρώου του ασθενούς. Εννοείται, επομένως, ότι όσο αυξάνεται ο αριθμός των ασφαλισμένων αλλοδαπών, τόσο μικρότερο οικονομικό βάρος πέφτει στο νοσοκομείο, και στην ουσία στον κρατικό προϋπολογισμό.

Ένα άλλο μέτρο πίεσης στο οποίο καταφεύγουν τα Γραφεία Κίνησης των δημόσιων νοσοκομείων, είναι η μη χορήγηση στους ενδιαφερόμενους επίσημων και έγκυρων εγγράφων μετά το πέρας της νοσηλείας, τα οποία θα βεβαίωναν τόσο το γεγονός της νοσηλείας, όσο και την ολοκλήρωση της διαδικασίας. Με τη μέθοδο αυτή, ο ανασφάλιστος συνήθως χάνει τη δυνατότητα να καλύψει το κόστος της νοσηλείας του με την συνδρομή άλλων φορέων, οι οποίοι πιθανόν να είχαν την πρόθεση και τη δυνατότητα να το κάνουν, εάν μπορούσαν να υπολογίσουν ξεκάθαρα το ύψος του χρέους¹⁰⁸. Το Υπουργείο Υγείας επιχείρησε πολλές φορές να περιορίσει τα ελλείμματα στα οικονομικά των νοσοκομείων με ρυθμίσεις ή ενημερωτικές εγκυκλίους, μέτρα τα οποία είτε αποδεικνύονται αναποτελεσματικά, είτε εφαρμόζονται πλημμελώς, αφού η υλοποίησή τους επαφίεται στην διακριτική ευχέρεια των (συχνά ανενημέρωτων) υπαλλήλων¹⁰⁹.

Όσα προηγήθηκαν ισχύουν σε γενικές γραμμές για όλους όσους επιθυμούν να εξεταστούν ή να νοσηλευτούν σε ένα δημόσιο νοσοκομείο της χώρας μας. Αλλά ας δούμε τι ισχύει σε κάποιες άλλες χώρες για την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας.

2.4 Παράτυποι μετανάστες και περίθαλψη: ΗΠΑ, Καναδάς και Ευρώπη

2.4.1 Γενικά

¹⁰⁹ Καψάλης Α. (2004), ό.π.

Ενώ ο χαμηλότερος μέρος όρος ηλικίας των μεταναστών υποδηλώνει γενικότερα καλό επίπεδο σωματικής υγείας (το λεγόμενο «φαινόμενο του υγιούς μετανάστη», *the healthy immigrant effect*, έχει επισημανθεί σε αρκετές περιπτώσεις¹¹⁰), είναι δεδομένο, και απολύτως ανθρώπινο, ότι κάποια στιγμή λόγω κάποιου ιατρικού προβλήματος οι περισσότεροι μετανάστες θα προσέλθουν σε κάποιο νοσοκομείο. Σε αυτό συμβάλλουν βέβαια πολλές φορές και οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης πολλών παράνομων μεταναστών, που αρκούν από μόνες τους για να αυξηθούν κατά πολύ οι πιθανότητες ασθένειας¹¹¹.

Αν και αυτά τα θέματα θα τα δούμε εν εκτάσει στο 6^ο Κεφάλαιο, παρατηρούμε ότι οι κύριοι λόγοι προσέλευσης σε υπηρεσίες υγείας είναι συνήθως ατυχήματα (είτε τροχαία είτε —συνηθέστερα— εργατικά¹¹²), λοιμώδη ή ιογενή νοσήματα (λ.χ. φαίνεται ότι στο σύνολο των ασθενών με φυματίωση το ποσοστό των αλλοδαπών αυξάνεται¹¹³, όπως αυξάνεται και το ποσοστό αλλοδαπών με αντοχή στα αντιφυματικά φάρμακα πρώτης γραμμής¹¹⁴, το ίδιο για ηπατίτιδα Β¹¹⁵, 116 και C¹¹⁷ καθώς και για HIV), εγκυμοσύνη και διάφορα γυναικολογικά προβλήματα¹¹⁸.

Τα λεγόμενα νοσήματα φθοράς (επιπλοκές από διαβήτη, καρδιολογικά προβλήματα και νεοπλάσματα) αφορούν κατά κανόνα μεγαλύτερες ηλικίες¹¹⁹. Δεν πρέπει όμως να

¹¹⁰ Solé-Auró A., (2009), *Health care utilization among immigrants and native-born populations in 11 European countries. Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Research Institute of Applied Economics, Κείμενο εργασίας No 20, σ. 3

¹¹¹ Ενδεικτικά για την Ολλανδία: Reijneveld S. A. (1998), *Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?*, *J Epidemiol Community Health*, Vol. 52, No.5, σ. 298-304. Περίληψη εδώ: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1756709/> (ημ. επίσκ. 14.09.10)

¹¹² Βλ. και Benach J., et al. (2009), *Immigration employment relations, and health: Developing a research agenda*, *American Journal of Industrial Medicine*. Προδημοσίευση στο διαδίκτυο στις 07.07.2009: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/122500369/abstract> (ημ. επίσκ. 22.01.2010)

¹¹³ Βλ. σχετ. ανακοίνωση της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρίας: <http://www.hts.org.gr/index.php?section=13&show482=team&teamid482=5> (ημ. επίσκ. 12.03.10)

¹¹⁴ Mighealthnet (2009), *Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα*, ό.π. σ. 16, (όπου και περαιτέρω σχετ. βιβλιογραφία).

¹¹⁵ Παππά Ε. (2008), *Η πρόσβαση των μεταναστών και των προσφύγων στις Υπηρεσίες Υγείας. Διεθνής εμπειρία—Ελληνική πραγματικότητα*. Στο: Γούναρη Δ., *Τα κοινωνικά δικαιώματα των μεταναστών στην Ελλάδα*, ΕΚΚΑ, Αθήνα, σ. 12

¹¹⁶ Ρούσσοσ Α., Γκορίτσας Κ., και συν. (2001), *Επιπολασμός δεικτών ηπατίτιδας Β και C σε αλλοδαπούς μετανάστες των Αθηνών*, *Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων*, τόμ. 35, σ. 161-165.

¹¹⁷ Baldwin-Edwards Martin (2001), *Semi-reluctant Hosts: Southern Europe's Ambivalent Response to Immigration*, *Mediterranean Migration Observatory*, κείμενο εργασίας, No 3, Νοέμβριος 2001, σ. 9

¹¹⁸ Μαράτου-Αλιπράντη Λ., Γκαζόν Ε. (2005), *Έκθεση Μετανάστευση και Υγεία-Πρόνοια: Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης—Προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης*. ΕΚΚΕ, Αθήνα, σ. 33-34

¹¹⁹ Παρομοίως και για τον Καναδά: Chen J., Ng Ed., Wilkins R. (1996), *La santé des immigrants au Canada en 1994-1995*, *Statistique Canada No 82-003, Rapports sur la santé*, Vol.7 No 4, σ. 37-50

ξεχνάμε ότι και στην Ελλάδα (όπως και σε πολλές άλλες χώρες) αρχίζουμε πια να έχουμε μετανάστες άνω των 55-60 ετών.

Το ερώτημα, επομένως, δεν είναι αν θα χρησιμοποιήσουν οι παράτυποι μετανάστες κάποια στιγμή τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Το ερώτημα είναι σε ποιο βαθμό τις χρησιμοποιούν ήδη και εάν υπάρχει κάποια ξεκάθαρη οικονομική επιβάρυνση των εθνικών προϋπολογισμών από αυτό. Στη συνέχεια, θα δούμε τι καταγράφει η βιβλιογραφία για κάποιες ξένες χώρες (την περίπτωση της Ελλάδας θα την ξαναδούμε διεξοδικότερα στο 6ο Κεφάλαιο).

2.4.2 ΗΠΑ και Καναδάς

Αναγνωρίζοντας εξ αρχής ότι είναι τουλάχιστον επικίνδυνο να προσπαθεί κανείς να συμπυκνώσει σε λίγες σελίδες το τι συμβαίνει σε μια τεράστια και εντελώς διαφορετική και πολυμορφική (σε νομικό και υγειονομικό επίπεδο) χώρα, θα περιοριστούμε μόνο σε κάποια βασικά (πιστεύουμε) ευρήματα:

Στις **ΗΠΑ**, σύμφωνα με την απογραφή κοινοτήτων (American Community Survey) του 2009, οι μετανάστες αριθμούσαν 38.517.234 άτομα (εκ των οποίων περίπου τα 12 εκατομμύρια είναι παράνομοι) και αποτελούσαν το 12,5% του συνολικού πληθυσμού¹²⁰. Από αυτούς, η πλειονότητα είναι μεξικανικής καταγωγής (29,8%). Σύμφωνα με τα δεδομένα της ίδιας απογραφής, το 51,1% είχαν ιδιωτική ασφάλιση (ή καλύπτονταν από τον εργοδότη τους) και το 21,3% είχαν κάποια κάλυψη από το ομοσπονδιακό Δημόσιο.

Τα 2/3 των παράνομων μεταναστών στις ΗΠΑ είναι ανασφάλιστοι και έχουν πολύ χαμηλότερο εισόδημα¹²¹ (το αντίστοιχο ποσοστό ανασφάλιστων για το γηγενή πληθυσμό είναι 12,5%)¹²² και δεν δικαιούνται ομοσπονδιακές ή άλλες παροχές, π.χ. κάλυψη από προγράμματα όπως το Medicaid, αν και σε κάποιες περιπτώσεις προβλέπεται το Medicaid να καταβάλλει κάποια αποζημίωση στα νοσοκομεία, εφόσον παρείχαν πρώτες βοήθειες ή επείγουσα νοσηλεία σε κάποιον ανασφάλιστο. Αυτό άλλωστε αποτελεί και τη μοναδική υγειονομική παροχή που προβλέπει ο Νόμος EMTALA (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act), ο οποίος

¹²⁰ <http://www.migrationinformation.org/feature/display.cfm?ID=818#1a> (ημ. επίσκ. 10.11.10)

¹²¹ Capps R., Rosenblum M. R., Fix M. (2009), *Immigrants and Health Care Reform: What's Really at Stake?* Washington, DC: Migration Policy Institute, σ. 5-6 και 16

¹²² <http://www.migrationinformation.org/feature/display.cfm?ID=818#4a> (ημ. επίσκ. 10.11.10)

τέθηκε σε ισχύ το 1986 ακριβώς για να περιοριστεί το φαινόμενο της άρνησης παροχής υπηρεσιών (*patient dumping*, για την ακρίβεια) από πολλά ιδιωτικά και ‘μη κερδοσκοπικά’ νοσοκομεία¹²³.

Για την ακρίβεια, το Κογκρέσο αποφάσισε το 2003 την επιχορήγηση των νοσοκομείων με 250 εκατομμύρια δολάρια ετησίως (για το διάστημα 2005-2009) με στόχο την μερική αποζημίωσή τους για προσφορά υπηρεσιών σε παράτυπους μετανάστες¹²⁴.

Από την άλλη πλευρά, δύο χρόνια αργότερα, ο Νόμος ‘περί περιορισμού του ελλείμματος’ (*Deficit Reduction Act*, 2005) απαιτούσε από όποιον επιθυμούσε να ανανεώσει την κάλυψή του από το Medicaid να παράσχει τεκμήρια ταυτότητας και υπηκοότητας. Το αποτέλεσμα ήταν σε οκτώ πολιτείες να αναφερθεί ραγδαία μείωση εγγραφών στο Medicaid, και πολλά παιδιά (που κατά τα άλλα θα μπορούσαν να υπαχθούν σε αυτό) έμειναν χωρίς βασικούς εμβολιασμούς¹²⁴.

Εν παρενθέσει, ίσως αξίζει να σημειωθεί ότι η νομοθετική μεταρρύθμιση του 1996 περιορίσε κατά πολύ την πρόσβαση των (κάθε είδους) μεταναστών σε προγράμματα όπως το Medicaid, ρίχνοντας την ευθύνη στις πολιτειακές και τοπικές/δημοτικές Αρχές. (Η νομοθετική απόπειρα του 2007 να μπει το ζήτημα των παράτυπων μεταναστών σε κάποια σειρά καταρρίφθηκε στη Γερουσία τον Ιούνιο του 2007 τόσο από τους Ρεπουμπλικάνους όσο και από τους Φιλελεύθερους (*liberals*).) Ο Νόμος, λοιπόν, προβλέπει περίοδο αναμονής μίνιμουμ πέντε ετών για να μπορεί κάποιος ξένος να κάνει αίτηση για τέτοιες (ομοσπονδιακές) παροχές.

Έτσι, κάποιες πολιτείες και περιοχές (λ.χ. η Νέα Υόρκη, κάποιες επαρχίες της Καλιφόρνιας και το Ιλλινόι) με δικούς τους πόρους επέκτειναν την ασφαλιστική κάλυψη σε παιδιά παράτυπων μεταναστών καθώς και σε έγκυες γυναίκες χωρίς χαρτιά και με χαμηλά εισοδήματα. Αντιθέτως, άλλες πολιτείες (και ιδιαίτερα οι νότιες πολιτείες, όπως η Αριζόνα, το Κολοράντο, αλλά και μη-νότιες, όπως η Οκλαχόμα, η Νεμπράσκα¹²⁵ και η Βιρτζίνια) πέρασαν νόμους που καθιστούν ακόμα πιο δύσκολη την πρόσβαση παράτυπων μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας¹²⁴.

¹²³ Lebedinski S. (2005), *EMTALA: Treatment of Undocumented Aliens and the Financial Burden it places on Hospitals*, *Journal of Law in Society*, Vol. 7, No. 1, σ. 46

¹²⁴ Okie S. (2007), *Immigrants and Health...*, ό.π

¹²⁵ Ρεπορτάζ της εφημ. **USA TODAY** (22.01.08), διαθέσιμο στο διαδίκτυο: http://www.usatoday.com/news/washington/2008-01-21-immigrant-healthcare_N.htm (ημ. επίσκ. 24.11.10)

Έχει επίσης βρεθεί στις ΗΠΑ ότι η χρήση κοινωνικών-προνοιακών υπηρεσιών και παροχών αυξάνει με τα έτη διαβίωσης στη χώρα, καθώς και με την ηλικία του μετανάστη^{126, 127}, ενώ φαίνεται ότι οι γυναίκες κάνουν μεγαλύτερη χρήση τέτοιων παροχών (σχεδόν 10% περισσότερο σε σχέση με τον γηγενή πληθυσμό), ενώ οι άντρες αντίθετα χρησιμοποιούν σπανιότερα τέτοιες παροχές και με μικρότερο κόστος¹²⁸.

Όσον αφορά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, οι ανασφάλιστοι στις ΗΠΑ δε φαίνεται να καταφεύγουν στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (όπου η θεραπεία κοστίζει συχνά περισσότερο από ότι σε ένα ιατρείο) συχνότερα από το γενικό πληθυσμό, ούτε για λιγότερο σοβαρά προβλήματα σε σχέση με τους ασφαλισμένους^{129, 130, 131, 132}, ενώ οι παράνομοι Μεξικανοί μετανάστες ειδικότερα έχει βρεθεί ότι χρησιμοποιούν γενικά λιγότερο τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους νόμιμους συμπατριώτες τους¹³³. Η οικονομική αδυναμία, ίσως και απροθυμία, πολλών παράτυπων μεταναστών για προσυμπτωματικό έλεγχο^{134, 135}, όμως, μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη ανάγκη για

¹²⁶ Hao L., Kawano Yukio (2001), *Immigrants' Welfare Use and Opportunity for Contact with Co-Ethnics*, Demography, Vol. 38, No 3, σ. 375-389. Στο διαδίκτυο: [DOI: 10.1353/dem.2001.0027] Όλο το άρθρο εδώ: http://www.allbusiness.com/human_resources/3482685-1.html (ημ. επίσκ. 10.12.10)

¹²⁷ Hu W. Y. (1998), *Elderly Immigrants on Welfare*, Journal of Human Resources, Vol. 33, No 3, σ. 711-741. Διαθέσιμο ως τελικό προσχέδιο: <http://www.econ.ucla.edu/workingpapers/wp750.pdf>

¹²⁸ Pekkala Kerr S., Kerr W. (2011), ό.π., σ. 16-17

¹²⁹ Newton M. F., et al. (2008), *Uninsured Adults Presenting to US Emergency Departments – Assumptions vs Data*, Journal of the American Medical Association, Vol. 300, No 16, σ. 1914-1924. Περίληψη διαθέσιμη στο διαδίκτυο: <http://jama.ama-assn.org/content/300/16/1914.abstract> (ημ. επίσκ. 05.02.10)

¹³⁰ Chavez L. R., Flores E. T., Lopez-Garza M. (1992), *Undocumented Latin American Immigrants and U.S. Health Services: An Approach to a Political Economy of Utilization*, Medical Anthropology Quarterly, Vol. 6, No. 1, σ. 6-26. Περίληψη: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/122497871/abstract> (ημ. επίσκ. 27.01.2010)

¹³¹ Pitkin Derose K., Escarce J. J., Lurie N. (2007), *Immigrants and Health Care: Sources of Vulnerability*, Health Affairs, Vol. 26, No. 5, σ. 1258-1268. Περίληψη: <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/26/5/1258> (ημ. επίσκ. 20.01.2010)

¹³² Muennig P., Fahs M. C. (2002), *Health Status and Hospital Utilization of Recent Immigrants to New York City*, Preventive Medicine, Vol. 35, No. 3, σ. 225-231. Περίληψη: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12202064> (ημ. επίσκ.: 27.01.2010)

¹³³ Ortega A. N., et al. (2007), *Health Care Access, Use of Services, and Experiences Among Undocumented Mexicans and Other Latinos*, Archives of Internal Medicine, Vol. 167, No. 21, σ. 2354-2360. Περίληψη: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/167/21/2354>

¹³⁴ Pylypchuk Y., Hudson J. (2009), *Immigrants and the use of preventive care in the United States*, Health Economics, Vol. 18, No. 7, σ. 783-806. Περίληψη διαθέσιμη εδώ: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/121385551/abstract> (ημ. επίσκ. 22.01.2010)

¹³⁵ Sudano J. J., Baker D. W. (2003), *Intermittent Lack of Health Insurance Coverage and Use of Preventive Services*, American Journal of Public Health, Vol 93, No. 1, σ. 130-137 (ημ. επίσκ. 10.12.10)

πιο ακριβές νοσηλείες στο μέλλον, όταν πια τα (αδιάγνωστα) προβλήματα υγείας εκδηλωθούν θορυβωδώς^{136, 137, 138}.

Τα αμερικανικά νοσοκομεία γενικά δεν συλλέγουν πληροφορίες για το αν οι μετανάστες που προέρχονται σε αυτά είναι νόμιμοι ή όχι, έτσι δεν είναι εύκολο να υπάρξουν αξιόπιστες μετρήσεις για το ακριβές κόστος των ανασφάλιστων αλλοδαπών στα νοσοκομεία των ΗΠΑ¹³⁹. Υπάρχουν, πάντως κάποιες εκτιμήσεις: Έχει υπολογιστεί ότι συνολικά τα έξοδα περίθαλψης για τους ανασφάλιστους μετανάστες είναι σχεδόν τα μισά από τα αντίστοιχα έξοδα για τους αμερικανούς ανασφάλιστους¹⁴⁰, ενώ το ίδιο φαίνεται να ισχύει ακόμα και για τους ασφαλισμένους μετανάστες¹⁴¹.

Μια άλλη έρευνα αναφέρει ότι οι δαπάνες υγείας των παράνομων μεταναστών ανέρχονται σε 6,4 δισ δολάρια, από τα οποία μόνο το 17% (1,1 δισ) καταβάλλονται από το Κράτος¹⁴². Σύμφωνα με μια μελέτη του ιδρύματος RAND περίπου το ίδιο ποσό, 1,1 δισ δολάρια, ξοδεύονται κάθε χρόνο σε ομοσπονδιακό, πολιτειακό και τοπικό επίπεδο, για υπηρεσίες υγείας που αφορούν παράτυπους μετανάστες ηλικίας κάτω των 65 (με το συνολικό ύψος δαπανών να φτάνει τα 88 δισ δολάρια για όλους τους ενήλικους κάτω των 65). Το ίδιο ίδρυμα έχει υπολογίσει ότι μόνο το 1,5% των ιατρικών δαπανών του Κράτους αφορούν παράνομους μετανάστες¹⁴³.

Σύμφωνα με άλλη έρευνα, οι ακάλυπτες δαπάνες (uncompensated costs) που οφείλονται σε ανασφάλιστους (αλλοδαπούς και Αμερικανούς μαζί) το 2001 έφταναν

¹³⁶ DuBard A. C., Massing M. W. (2007), *Trends in Emergency Medicaid Expenditures for Recent and Undocumented Immigrants*, Journal of American Medical Association, Vol. 297, No. 10, σ. 1085-1092

¹³⁷ Pitkin Derose K., et. al. (2009), *Review: Immigrants and Health Care Access, Quality and Cost*, Medical Care Research and Review, Vol. 66, No. 4, σ. 355-408. Περίληψη και στο διαδίκτυο: <http://mcr.sagepub.com/cgi/content/abstract/66/4/355> (ημ. επίσκ.: 20.01.10)

¹³⁸ Gardner D. B. (2007), *Immigration and health care reform: shared struggles*, Nursing Economics, Vol. 25, No. 4, σ. 235-237

¹³⁹ Okie S. (2007), ό.π.

¹⁴⁰ Mohanty Sarita A. et al. (2005), *Health Care Expenditures of Immigrants in the United States: A Nationally Representative Analysis*, American Journal of Public Health, Vol. 95, No. 8, σ. 1431-1438.

Περίληψη στο διαδίκτυο: http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/abstract/95/8/1431?ijkey=b3d23b7d5a6bf8f4e8b4a6d198a72defea9597c1&keytype2=tf_ipsecsha (ημ. επίσκ. 06.05.10)

¹⁴¹ Ku Leighton (2009), *Health Insurance Coverage and Medical Expenditures of Immigrants and Native-Born Citizens in the United States*, American Journal of Public Health, Vol. 99, No. 7, σ. 1322-1328. Περίληψη εδώ: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/abstract/99/7/1322> (ημ. επίσκ. 06.05.10)

¹⁴² Goldman D. P., Smith J. P., Sood N. (2006), *Immigrants And The Cost Of Medical Care*, Health Affairs, Vol. 25, No. 6, σ. 1700-1711. Ολόκληρο το άρθρο διαθέσιμο και εδώ: <http://content.healthaffairs.org/content/25/6/1700.full>

¹⁴³ Okie S. (2007), ό.π.

τα 35 δισεκατομμύρια δολάρια¹⁴⁴. Οι υπολογισμοί του “Κέντρου Μεταναστευτικών Μελετών” (Center for Immigration Studies) ανεβάζουν το κόστος μόνο για τους αλλοδαπούς σε 4,3 δισ ανά έτος. Τέλος, η “Ομοσπονδία για την Μεταναστευτική Μεταρρύθμιση” (Federation for American Immigration Reform), μια οργάνωση που ξεκαθαρίζει ότι τίθεται «κατά της λαθρομετανάστευσης», ανεβάζει ακόμα περισσότερο το ύψος του κόστους, σε σχεδόν 11 δισ δολάρια ετησίως, κυρίως λόγω τοκετών και γυναικολογικών προβλημάτων¹⁴⁵. Όλες αυτές οι διαφορές υποδηλώνουν, πέρα από την εγγενή δυσκολία ακριβών υπολογισμών σε ένα τόσο περίπλοκο θέμα, ότι μερικές φορές στους υπολογισμούς παρεισφρέει και η πολιτική ατζέντα του φορέα (ή του ερευνητή) που μελετά το θέμα.

Στον **Καναδά**, μια χώρα όπου το 2008 το 10,4% του ΑΕΠ προοριζόταν για την υγεία, η επίσημη πολιτική είναι να γίνονται δεκτοί οι αλλοδαποί λόγω επαγγελματικών ικανοτήτων ή για την αναμενόμενη προσφορά τους στην παραγωγικότητα. Το 2001 το ποσοστό των αλλοδαπών επί του συνολικού πληθυσμού ήταν 18,4%¹⁴⁶. Το 2009 μόνο υπολογίζεται ότι μπήκαν στη χώρα 252.179 άτομα (κατά κύριο λόγο από την Κίνα, τις Φιλιππίνες, την Ινδία και τις ΗΠΑ)¹⁴⁷, και παρά το σύστημα καθολικής υγειονομικής κάλυψης, σε τέσσερις περιφέρειες (provinces) έχει επιβληθεί περίοδος αναμονής τριών μηνών, που στην πραγματικότητα μπορεί να φτάσει τα 2,1 χρόνια¹⁴⁸. Υπάρχουν αναφορές ότι τα εκεί ‘Κέντρα Υγείας’ (για την ακρίβεια *Community Health Clinics*) πολλές φορές αναγκάζονται να διώχνουν ασθενείς, όταν αυτοί δεν προσκομίζουν έγγραφα που αποδεικνύουν ότι κατοικούν εντός της ζώνης ευθύνης του Κέντρου. σημειωτέον ότι ο Καναδάς απαιτεί ο προληπτικός ιατρικός έλεγχος να γίνεται στη χώρα καταγωγής του (υποψήφιου) μετανάστη και από συγκεκριμένους μάλιστα γιατρούς¹⁴⁹. Γενικότερα, αν και η εικόνα είναι διαφορετική ανά περιφέρεια,

¹⁴⁴ Hadley J., Holahan J. (2003), *How Much Medical Care Do The Uninsured Use, And Who Pays for It?*, Health Affairs, Δημοσιευμένο στο διαδίκτυο με doi: 10.1377/hlthaff.w3.66 στη διεύθυνση: <http://content.healthaffairs.org/content/early/2003/02/12/hlthaff.w3.66.citation> (ημ. επίσκ. 08.11.10)

¹⁴⁵ Πηγή: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/166303.php> (ημ. επίσκ. 06.05.10)

¹⁴⁶ Πηγή: <http://www40.statcan.gc.ca/101/cst01/demo47a-eng.htm> (ημ. επίσκ. 11.09.10)

¹⁴⁷ **Στατιστική Υπηρεσία του Καναδά**: "Facts and figures 2009 – Immigration overview: Permanent and temporary residents". Διαθέσιμο στο: <http://www.cic.gc.ca/english/resources/statistics/facts2009/permanent/10.asp>. (ημ. επίσκ. 10.01.11)

¹⁴⁸ Caulford P., Vali Y. (2006), *Providing health care to medically uninsured immigrants and refugees*, Canadian Medical Association Journal, Vol. 174, No. 9. Ολόκληρο το άρθρο εδώ: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/174/9/1253> (ημ. επίσκ. 20.01.2010)

¹⁴⁹ Βλ. <http://www.cic.gc.ca/english/information/medical/medexams-perm.asp> (ημ. επίσκ. 04.06.2010)

μία έρευνα είχε δείξει μικρότερη γενικά χρήση των Επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων¹⁵⁰ από ανασφάλιστους μετανάστες, και χαμηλότερη συχνότητα χρόνιων προβλημάτων υγείας¹⁵¹.

2.4.3 Ευρωπαϊκά Κράτη

Στη **Μεγάλη Βρετανία** οι μεταναστευτικές ροές είναι επίσης αυξημένες, με περίπου 1,8 εκατομμύρια νεοεισελθόντες μετανάστες μόνο κατά την τριετία 2003-2007. Έχει υπολογιστεί ότι από όσους ζητούν να τους χορηγηθεί άσυλο, το 75% δεν το καταφέρνει αλλά παραμένουν στη χώρα έστω και ανασφάλιστοι¹⁵².

Είναι σαφές ότι έτσι δημιουργούνται κάποιες πιέσεις τόσο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας (NHS) όσο και σε άλλες υπηρεσίες (π.χ. σχολεία, υπηρεσίες στέγασης, κλπ).

Ειδικότερα για τα θέματα υγείας και νοσηλείας, το NHS καλύπτει χωρίς επιβάρυνση του αλλοδαπού: τα επείγοντα περιστατικά (στην οξεία φάση τους), τις αναγκαστικές ψυχιατρικές νοσηλείες/θεραπείες, τη θεραπεία κάποιων μεταδοτικών νόσων (φυματίωση, χολέρα, ελονοσία, μηνιγγίτιδα, πανδημική γρίπη), τη θεραπεία σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (πλην του AIDS, όπου καλύπτονται μόνο οι εξετάσεις για τον ιό και όχι η θεραπευτική αγωγή), καθώς και τις υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού¹⁵³.

Μερικά προβλήματα που δημιουργούνται στο σύστημα υγείας: Υπάρχουν περιοχές όπου οι μετανάστες χρησιμοποιούν κατευθείαν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων (αντί να απευθυνθούν στον τοπικό γενικό γιατρό, GP), με αποτέλεσμα να σημειώνονται καθυστερήσεις λόγω της πλημμελούς κατανόησης της γλώσσας και της υπερφόρτωσης των νοσοκομείων, αν και αρκετοί δημοσιογράφοι και ερευνητές σημειώνουν ότι επειδή οι άδειες εργασίας δίνονταν σχετικά εύκολα,

¹⁵⁰ Wen S. W., Goel V., Williams J. I. (1996), *Utilization of health care services by immigrants and other ethnic/cultural groups in Ontario*, Ethnicity & Health, Vol. 1, No. 1, σ. 99-109. Διαθέσιμη περίληψη στο διαδίκτυο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9395553> (ημ. επίσκ. 17.07.10)

¹⁵¹ Chen J., Ng Ed., Wilkins R. (1996), ό.π.

¹⁵² Caulford P., Vali Y. (2006), ό.π.

¹⁵³ Πηγές:

http://www.adviceguide.org.uk/index/your_family/health/nhs_charges_for_people_from_abroad.htm

και επίσης

<http://www.hpa.org.uk/MigrantHealthGuide/GeneralInformation/MigrantsAndTheNHS/EntitlementsToNHSCare/>

αυτό βοήθησε στο να εισρεύσουν πόροι στο σύστημα υγείας, τόσο χρηματικοί, όσο και ανθρώπινοι¹⁵⁴ (αφού πολλοί γιατροί και νοσηλευτές είναι μετανάστες).

Οι πιέσεις είναι, παρόλα αυτά, εμφανείς: Το NHS ξοδεύει πλέον περίπου 350 εκατομμύρια λίρες ετησίως μόνο για έξοδα τοκετών και λοχειάς, 200 εκατομμύρια περισσότερα από όσα ξόδευε δέκα χρόνια πριν¹⁵⁵. Ο αυξημένος δείκτης γεννήσεων του Ηνωμένου Βασιλείου (12,8%, ο δεύτερος μεγαλύτερος στην Ε.Ε. το 2009)¹⁵⁶ πιθανότατα σχετίζεται με αυτό.

Έχει δημοσιευτεί επίσης ότι οι μετανάστες και οι πρόσφυγες επιβαρύνουν συνολικά το βρετανικό σύστημα υγείας με περίπου 1 δισ στερλίνες ετησίως, σε μία χώρα που ξοδεύει το 8,7% του ΑΕΠ της για την υγεία¹⁵⁷, ποσό που υπάρχει ο φόβος ότι θα αυξάνεται όσο συνεχίζονται οι μεταναστευτικές ροές προς τη χώρα¹⁵⁸.

Στη **Γαλλία**, αρκετοί μετανάστες και πρόσφυγες που πληρούν τα κριτήρια για Κρατική Ιατρική Βοήθεια (*aide médicale d' Etat*, AME) προτιμούν να παραμείνουν ανασφάλιστοι γιατί δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τις διάφορες γραφειοκρατικές ή οικονομικές απαιτήσεις (π.χ. την υποχρέωση σταθερής κατοικίας, να έχουν κάποιο μίνιμουμ εισόδημα, κλπ). Το αποτέλεσμα είναι ότι στη Γαλλία υπάρχουν πάνω από ένα εκατομμύριο ανασφάλιστοι (κυρίως μετανάστες)¹⁵⁹.

Βέβαια, οι περισσότεροι μετανάστες στη Γαλλία προέρχονται από τέως αποικίες (και κυρίως την Αλγερία και το Μαρόκο), καθώς και γενικότερα χώρες της Γαλλοφωνίας¹⁶⁰, και οι κύριες προσπάθειες του Κράτους έχουν επικεντρωθεί στην κοινωνική ενσωμάτωσή τους (*intégration*)¹⁶¹, όχι πάντα χωρίς τριβές.

Οι δαπάνες υγείας αποτελούσαν το 11,2% του ΑΕΠ το 2008¹⁶², αλλά ας μην ξεχνάμε ότι στη Γαλλία το αντίτιμο της ιατρικής επίσκεψης καταβάλλεται επιτόπου και

¹⁵⁴ *Immigration: the true cost to Britain*: Άρθρο στην εφημ. **The Daily Mirror**, 18.10.2007, διαθέσιμο και στο διαδίκτυο: <http://www.mirror.co.uk/news/top-stories/2007/10/18/immigration-the-true-cost-to-britain-115875-19969602/> (ημ. επίσκ.: 05.10.10)

¹⁵⁵ Ρεπορτάζ του **BBC**: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/7215624.stm>

¹⁵⁶ **Eurostat** (2010), Δελτίο Τύπου 110/2010 (27.07.2010)

¹⁵⁷ Στοιχεία του **ΟΟΣΑ** (OECD Health Data 2010, October 2010)

¹⁵⁸ *Sickly immigrants add £1bn to NHS bill*: Άρθρο στην εφημ. **The Daily Mail** <http://www.dailymail.co.uk/health/article-185768/Sickly-immigrants-add-1bn-NHS-bill.html> (ημ. επίσκ.: 05.03.11)

¹⁵⁹ Caulford P. & Vali Y. (2006), ό.π.

¹⁶⁰ Thierry Xavier (2004), *Recent Immigration Trends in France and Elements for a Comparison with the United Kingdom*, Population–E, Vol. 59, No. 5, σ. 635-672

¹⁶¹ Gazon E. (2001), *Οι μετανάστες και η δημοκρατία*. Στο: Ναξάκης Χ., Χλέτσος Μ., ό.π., σ. 145-177

¹⁶² Στοιχεία του **ΟΟΣΑ**: OECD Health Data 2010, October 2010

αργότερα ο ασφαλιστικός φορέας επιστρέφει τη δαπάνη σε κάποιο ποσοστό¹⁶³. Πρόσφατα, ανακοινώθηκε ότι οι δαπάνες της ΑΜΕ, που απευθύνεται κυρίως σε παράτυπους μετανάστες, τους λεγόμενους στη Γαλλία “άτομα χωρίς χαρτιά” (*les sans-papiers*), είχαν φτάσει τα 540 εκατομμύρια ευρώ το 2009. Η Κυβέρνηση για να αντιμετωπίσει το έλλειμμα πρότεινε την επιβολή ετήσιου ‘παράβολου’ ύψους 30 ευρώ, στο οποίο κάποιοι φορείς αντιτίθενται διότι το θεωρούν αναποτελεσματικό¹⁶⁴. Ας σημειωθεί, τέλος, ότι όσοι μετανάστες δεν έχουν πρόσβαση στην ΑΜΕ, δικαιούνται μόνο παροχή πρώτων βοηθειών σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού.

Στη **Σουηδία** και τη **Δανία** οι μετανάστες έχουν περισσότερες πιθανότητες να βρίσκονται κάτω από το όριο φτώχειας, και έτσι απορροφούν μεγαλύτερο ποσοστό προνοιακών παροχών ή επιδομάτων (πάνω από 18% των επιδομάτων έπαιρναν οι μετανάστες στη Δανία, σε αντίθεση με 3% για το γενικό πληθυσμό). Εξάλλου, πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι στη Σουηδία οι νέοι πρόσφυγες κοστίζουν στο Κράτος περίπου 20 ευρώ ανά άτομο την ημέρα, σε αντίθεση με τους παλαιότερους (άνω της πενταετίας) μετανάστες, το κόστος των οποίων ήταν οριακό ή, αντίθετα, παρουσίαζαν μικρό όφελος για την οικονομία¹⁶⁵. Έχει γενικότερα επισημανθεί ότι σε ένα τυπικό κράτος πρόνοιας, όπως είναι η Σουηδία, οι μετανάστες αποτελούν μάλλον οικονομική επιβάρυνση, αν και οι νέοι σε ηλικία μετανάστες αποφέρουν μακροπρόθεσμα κάποιο οικονομικό όφελος¹⁶⁶. Επίσης, στη Σουηδία ναι μεν τα νοσοκομεία δεν δικαιούνται να διώχνουν ασθενείς και υποχρεούνται σε παροχή υπηρεσιών, αλλά οι παράνομοι μετανάστες δεν δικαιούνται καμία υγειονομική παροχή δωρεάν¹⁶⁷, και οφείλουν να καταβάλλουν όλο το κόστος (περίπου 184 ευρώ) για τυχόν υγειονομικές υπηρεσίες. Ως προς τη χρήση υγειονομικών υπηρεσιών, στη Δανία επίσης σημειώνεται μια μεγαλύτερη χρήση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων αντί άλλων υπηρεσιών, που ορισμένοι ερευνητές αποδίδουν πάνω-κάτω στους γνωστούς

¹⁶³ Βλ. Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1997), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*, Αθήνα: Εξάντας, σ. 137-138

¹⁶⁴ *Santé des sans-papiers : des associations demandent de modifier la réforme*. Άρθρο στην εφημ. **Le Monde** (07.01.11): http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/01/07/aide-medicale-d-etat-des-associations-demandent-la-suspension-du-droit-d-entree_1462575_3224.html (ημ. επίσκ. 12.01.11)

¹⁶⁵ Pekkala Kerr S., Kerr W. (2011), ό.π., σ. 17-20

¹⁶⁶ Βλ. Storesletten K. (2002), *Fiscal Implications of Immigration—A Net present Value Calculation*, Institute for International Economic Studies, Stockholm University, σ. 23

¹⁶⁷ **HUMA Network** (2009), *Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 E.U. countries: Law and Practice*, σ. 17

λόγους: άγνοια των διαθέσιμων υπηρεσιών και των διαδικασιών, άγνοια ή πλημμελής γνώση της γλώσσας, και φόβος καταγγελίας στις Αρχές¹⁶⁸.

Στην **Ολλανδία** παρατηρούμε επίσης ραγδαία αύξηση του αριθμού αλλοδαπών: Το 1980 αποτελούσαν το 3% του πληθυσμού, το 1990 το 6%, και το 2005 είχε ξεπεράσει το 10%¹⁶⁹. Η χρήση υπηρεσιών υγείας διαφοροποιείται ανάμεσα στις εθνοτικές ομάδες: για παράδειγμα οι καταγόμενοι από το Πράσινο Ακρωτήριο χρησιμοποιούν πολύ λιγότερο τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με όσους κατάγονται από την Τουρκία, το Μαρόκο και το Σουρινάμ¹⁶⁷. Οι διαφορές αυτές έχουν αποδοθεί πρωτίστως σε πολιτισμικούς λόγους, όπως μια πιο θετική στάση απέναντι στην αναζήτηση ιατρικών φροντίδων, και διαφορετικές απόψεις περί υγείας και νόσου σε σχέση με τον γηγενή πληθυσμό.

Και στην Ολλανδία, όπως και σε άλλες χώρες, οι παράνομοι μετανάστες χρησιμοποιούν κυρίως τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και τα εξωτερικά ιατρεία και γενικούς γιατρούς, και πολύ λιγότερο εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες¹⁷⁰. Αυτό οφείλεται σε ένα βαθμό στο Νόμο που μπήκε σε ισχύ το 1998 (*Koppelingswet*), ο οποίος καθιστούσε αδύνατη την πρόσβαση των λαθρομεταναστών στο ασφαλιστικό σύστημα και τις αντίστοιχες παροχές¹⁷¹.

Ως προς τη νοσοκομειακή φροντίδα, από το 2007 η Κυβέρνηση έχει δημιουργήσει έναν ειδικό λογαριασμό από τον οποίο αποζημιώνονται (μέχρι το 80% της δαπάνης) κάποια συμβεβλημένα νοσοκομεία για παροχή νοσηλείας σε παράτυπους μετανάστες. Τα υπόλοιπα νοσοκομεία παρέχουν πρώτες βοήθειες —συχνά απαιτώντας κάποια αμοιβή—, διαφορετικά παραπέμπουν τους μετανάστες σε κάποιο από τα συμβεβλημένα νοσηλευτικά ιδρύματα¹⁷².

¹⁶⁸ Norredam M., Krasnik A., Moller Sorensen T., et al. (2004), *Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents*, Scandinavian Journal of Public Health, Vol. 32, No. 1, σ. 53-59

¹⁶⁹ Lanting L. C., et al. (2008), *Ethnic differences in Internal Medicine referrals and diagnosis in the Netherlands*, BMC Public Health 2008, 8:287. Δημοσιευμένο στο διαδίκτυο στις 14.08.08, με doi:10.1186/1471-2458-8-287 στη διεύθυνση <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/287> (ημ. ανάκτ. 05.06.10)

¹⁷⁰ Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. (2001), *Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs?*, Journal of Epidemiology & Community Health, Vol. 55, No. 10, σ. 701-707. Περίληψη: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11553652> (ημ. επίσκ. 15.04.10)

¹⁷¹ Suurmond J., Stronks K., Mladovsky Ph. (2007), *Migrant Health Policies in the Netherlands*. Στο Euro Observer, Vol. 9, No. 4, σ. 3-4

¹⁷² *Dutch health care for illegal migrants below par*: Ρεπορτάζ του **Radio Nederlands Worldwide**, διαθέσιμο και στο διαδίκτυο: <http://www.rnw.nl/english/article/dutch-health-care-illegal-migrants-below-par> (ημ. επίσκ. 21.01.2010)

Στη **Γερμανία** το θέμα της παράνομης μετανάστευσης φαίνεται να αποτελεί ταμπού¹⁷³, γεγονός που ίσως εξηγεί τις λιγοστές επιστημονικές έρευνες που έχουν δημοσιευτεί πάνω στο θέμα αυτό.

Ανάλογα με το πώς ορίζει κανείς τον παράνομο μετανάστη, υπολογίζεται ότι ο αριθμός τους στη Γερμανία είναι από 500.000 μέχρι (ίσως και παραπάνω από) ένα εκατομμύριο.

Στη Γερμανία δεν προβλέπονται ασφαλιστικές ή άλλες παροχές για τους παράνομους μετανάστες. Για την ακρίβεια, ακόμα και οι αιτούντες άσυλο δικαιούνται μόνο την εντελώς απαραίτητη βοήθεια σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού¹⁷⁴. Είναι χαρακτηριστικό ίσως, ότι σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος σε οικοδομικά έργα στο Βερολίνο, ο τραυματίας συνήθως μεταφέρεται από τον εργοδηγό ή τους συναδέλφους του σε νοσοκομεία της Πολωνίας για να του δοθούν οι πρώτες βοήθειες, αποφεύγοντας το υψηλό κόστος των γερμανικών νοσοκομείων¹⁷⁵ —συν την πιθανότητα σύλληψης και απέλασής του, αφού ο Νόμος υποχρεώνει το προσωπικό να αναφέρει στις Αρχές τους παράνομους μετανάστες^{176, 177}.

Παρόλα αυτά μια έρευνα αναφέρει ότι οι μετανάστες πρώτης γενιάς καταφεύγουν σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και γενικούς γιατρούς συχνότερα από τους γηγενείς αλλά και από τους μετανάστες δεύτερης γενιάς¹⁷⁸.

Στην **Ισπανία**, μια μεσογειακή χώρα με αυξημένο πρόβλημα εισροής μεταναστών από την Αφρική και τη Νότιο Αμερική κυρίως, οι μετανάστες φαίνεται να χρησιμοποιούν περισσότερο τα ‘κέντρα υγείας’ (centros de salud) και τα τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων (σε ποσοστά 64,3% και 7,1%

¹⁷³ Ο χαρακτηρισμός είναι του Stobbe Holk (2000), *Undocumented Migration in the USA and Germany. An Analysis of the German Case with Cross-References to the U.S. Situation*, The Center for Comparative Immigration Studies, University of California, San Diego, σ. 1

¹⁷⁴ **HUMA Network** (2009), *Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 E.U. countries: Law and Practice*, ό.π., σ. 15

¹⁷⁵ Stobbe Holk (2000), ό.π. σ. 13

¹⁷⁶ *Spotlight Berlin: Illegal Immigrants and the Health Care Dilemma*: Ρεπορτάζ της **Ντόιτσε Βέλλε**, 26.02.2009. Στο διαδίκτυο: <http://www.dw-world.de/dw/article/0,,4056861,00.html> (ημ. επίσκ. 21.01.2010)

¹⁷⁷ Περίληψη του Διεθνούς Συνεδρίου για την “Πρόσβαση των Παράτυπων Μεταναστών στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ευρώπη”, υπό το **PICUM** (Platform for International Cooperation on Undocumented Immigrants), Βρυξέλλες 28-29 Ιουνίου 2007, σ.3

¹⁷⁸ Glaesmer H., et al. (2010), *Health care utilization among first and second generation immigrants and native-born Germans: a population-based study in Germany*, International Journal of Public Health —Προδημοσίευση στο διαδίκτυο με doi 10.1007/s00038-010-0205-9 στη διεύθυνση <http://www.springerlink.com/content/576116j045653q34/> (ημ. επίσκ. 12.02.11)

αντίστοιχα), σε αντίθεση με τακτικά τμήματα νοσοκομείων και ιδιώτες γιατρούς (6,3 και 5,6% αντίστοιχα)^{179, 180, 181}.

Επίσης, αν και φαίνεται να νοσηλεύονται συχνότερα από τον τοπικό πληθυσμό, δεν υπάρχουν ενδείξεις υπερβολικής χρήσης των υγειονομικών υπηρεσιών¹⁸². Τα μεγαλύτερα ποσοστά χρήσης υπηρεσιών υγείας αφορούν ζητήματα εγκυμοσύνης, παιδιατρικά, καθώς και κρούσματα φυματίωσης¹⁸³.

Τέλος, αν και η νομοθετική μεταρρύθμιση του 2002 έκανε εφικτή την πρόσβαση των παράνομων μεταναστών σε περισσότερες ιατρικές υπηρεσίες (πλην επειγόντων περιστατικών), με μια απλή εγγραφή στα μητρώα του Δήμου όπου κατοικούν¹⁸⁴, (το λεγόμενο *empadronamiento*), φαίνεται ότι δεν υπήρξε μεγαλύτερη χρήση αυτών των υπηρεσιών¹⁸⁵. Ας σημειωθεί και ότι τέσσερις (από τις 17) περιφέρειες της Ισπανίας έχουν παράσχει από μια 'κάρτα ασθενείας' σε κάθε παράνομο μετανάστη δίχως άλλες διοικητικές απαιτήσεις, για να διευκολύνουν την πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας. Έτσι, το 2005 υπολογίστηκε ότι οι μετανάστες στην Ισπανία (με ή χωρίς χαρτιά) αποτελούσαν το 10% του πληθυσμού (το 2007) και παράλληλα το 5,18% των υγειονομικών δαπανών της χώρας¹⁸⁶, ενώ σύμφωνα με άλλους υπολογισμούς απορροφούν το 4,6% των δημοσίων δαπανών για την υγεία^{187, 188}.

¹⁷⁹ Santamaría F. N. et al. (2002), *Inmigrantes y atención sanitaria en España*: Ανακοίνωση στο 15ο Συνέδριο Φοιτητών Προληπτικής Ιατρικής και Δημ. Υγείας του Αυτόνομου Παν/μίου Μαδρίτης. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-18.html> (ημ. επίσκ. 25.09.10)

¹⁸⁰ Cots F., Castells X., et al. (2007), *Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain)*, BMC Health Services Research, Vol. 7, No. 9 (Δημοσιεύθηκε στο Ίντερνετ στις 19.01.07. Ημ. επίσκ. 21.01.10): <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1783650/>

¹⁸¹ Rué M., Cabré X., et al. (2008), *Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations*, BMC Health Serv Res., Vol. 8, No. 81. Δημοσιευμένο στο διαδίκτυο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2329626/> (ημ. επίσκ.: 21.01.2010)

¹⁸² Carrasco-Garrido P. et al. (2007), *Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain*, The European Journal of Public Health, Vol. 17, No 5, σ. 503-507

¹⁸³ Jansà J. M., García de Olalla P. (2004), *Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos*, Gaceta Sanitaria, vol.18, No.1. Δημοσιευμένο στο διαδίκτυο: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112004000700033&script=sci_arttext&tlng=en (ημ. επίσκ. 20.01.10)

¹⁸⁴ Νικόλοβα Μ. (2010), ό.π.

¹⁸⁵ Torres-Cantero A. M., Miguel A.G., Gallardo C. & Ippolito S. (2007), *Health care provision for illegal migrants: may health policy make a difference?*, The European Journal of Public Health, Vol. 17, No. 5, σ. 483-485

¹⁸⁶ *Inmigración y gasto social en España—Análisis de las funciones: sanidad, educación y desempleo*. Περίληψη παρουσίασης στο 16ο Συνέδριο Δημόσιων Οικονομικών, Γρανάδα 5-6 Φεβρουαρίου 2009, σ. 3 και 14-15

¹⁸⁷ *IDEA Project*, Κείμενο εργασίας Νο 9 (Μάιος 2009): *The making of an immigration model: inflows, impacts and policies in Southern Europe*, σ. 57-58

Παραμένοντας στην Ιβηρική, στην **Πορτογαλία**, μια χώρα που το 1995 είχε περίπου μόνο 1% Αφρικανούς μετανάστες (προερχόμενους κυρίως από πρώην αποικίες, όπως η Αγκόλα, η Μοζαμβίκη και η Γουινέα), το 2006 οι κάτοικοι χωρίς πορτογαλική υπηκοότητα έφταναν το 6,3% του συνολικού πληθυσμού¹⁸⁹, ενώ ο αριθμός των παράτυπων μεταναστών παραμένει άγνωστος.

Οι περισσότεροι είναι Βραζιλιάνοι, καθώς και από αφρικανικές χώρες με επίσημη γλώσσα την Πορτογαλική, και έτσι αναπτύσσονται πολιτικές για την ενσωμάτωσή τους.

Η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας παρέχεται χωρίς περιορισμούς εφόσον ο παράτυπος μετανάστης αποδείξει ότι διαμένει στη χώρα για περισσότερες από 90 ημέρες¹⁹⁰. Η πορτογαλική νομοθεσία προβλέπει ότι τα άτομα που δεν έχουν κάρτα πρόσβασης στο σύστημα υγείας (κυρίως άτομα που έχουν έρθει παράνομα, χωρίς ταξιδιωτικά έγγραφα), πρέπει να καταβάλουν το αντίτιμο των υγειονομικών υπηρεσιών που χρησιμοποίησαν —και έχουν αναφερθεί περιπτώσεις αλλοδαπών που χρησιμοποιούν την κάρτα κάποιου άλλου για να εξεταστούν¹⁹¹. Εξαιρούνται από αυτή την υποχρέωση: οι ανήλικοι κάτω των 12 ετών, οι έγκυες γυναίκες, άτομα με διαγνωσμένες χρόνιες παθήσεις, οι άνεργοι που είναι γραμμένοι στα μητρώα των Υπηρεσιών Απασχόλησης, καθώς και εκείνοι που λαμβάνουν προνοιακές παροχές¹⁹².

Τέλος, στη γειτονική **Ιταλία**, όπου οι μετανάστες το 2005 αποτελούσαν επισήμως το 4% του συνολικού πληθυσμού^{193, 194} οι σχετικοί με τους μετανάστες στόχοι υγείας έχουν τεθεί από τα τέλη της δεκαετίας του '90, με βασικό στόχο την παροχή όλων

¹⁸⁸ *Inmigración y Economía Española: 1996-2006*, Έκθεση της Προεδρίας της Ισπανικής Κυβέρνησης (15.11.2006), σ. 24

¹⁸⁹ **OECD** (2006): *International Migration Outlook*, SOPEMI, 2006 Edition. Paris: OECD

¹⁹⁰ **HUMA Network** (2009), *Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 E.U. countries: Law and Practice*, ό.π., σ. 16

¹⁹¹ *Imigrantes indocumentados usam cartões de amigos para serem tratados*: Ανάρτηση σε ιστολόγιο κοινωνικής λειτουργού <http://serviosocial.blogspot.com/2009/01/imigrantes-indocumentados-usam-cartes.html> (ημ. επίσκ. 18.01.10)

¹⁹² Dias S. F., Severo M., Barros H. (2008), *Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal*, BMC Health Services Research, Vol. 8, No. 1:207. Δημοσιευμένο στο διαδίκτυο (7.10.08) με doi 10.1186/1472-6963-8-207 στη διεύθυνση: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/207> (ημ. ανάκτ. 21.11.10)

¹⁹³ Sacco G. (2006), *Italia Addio: démographie et immigration*, Outre-Terre, 2006/4, (n.17). Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=OUTE_017_0113 (ημ. επίσκ. 04.12.10)

¹⁹⁴ **Istituto Nazionale di Statistica/ISTAT** (2007), *La presenza straniera in Italia: caratteristiche socio-demografiche*, Informazioni No. 10/2007, σ. 34-35

των απαραίτητων υγειονομικών υπηρεσιών σε όλους είτε σε επίπεδο επείγοντος περιστατικού, είτε σε γενικότερες υπηρεσίες υγείας (όπως βασικοί εμβολιασμοί, θεραπεία μεταδοτικών νοσημάτων, τοκετοί και νεογνική φροντίδα)¹⁹⁵.

Ο κάθε παράνομος μετανάστης επίσης έχει πρόσβαση στην Εθνική Υπηρεσία Υγείας (*Servizio sanitario nazionale*, Ssn), με συμβολικό αντίτιμο, αρκεί να έχει καταγραφεί στο σύστημα ως “Αλλοδαπός Προσωρινώς Παρών” (*straniero temporaneamente presente*, STP)^{196, 197}. Η καταγραφή του αλλοδαπού ως ‘STP’ γίνεται εύκολα με τη δήλωση ονοματεπώνυμου, εθνικότητας και ημερομηνίας γέννησης.

Παρόλα αυτά, και στην Ιταλία (όπως και σε άλλες χώρες, όπως προείδαμε), σημειώνονται χαμηλά ποσοστά νοσηλείων τόσο για ενηλίκους όσο και για παιδιά¹⁹⁸.¹⁹⁹ και μάλλον μικρή χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών, που συνήθως αποδίδεται σε γραφειοκρατικούς, γλωσσικούς και πολιτισμικούς λόγους²⁰⁰.

Έτσι, έχει υπολογιστεί ότι η συνολική επιβάρυνση του συστήματος υγείας και περιθαλψης είναι μικρή (3% επί του συνόλου) σε σχέση με το ποσοστό των αλλοδαπών επί του πληθυσμού (περίπου 5%)²⁰⁰.

2.5 Σύνοψη Κεφαλαίου

Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης (International Organization for Migration, IOM) και τον ΟΗΕ, ο συνολικός αριθμός των μεταναστών παγκοσμίως έχει αυξηθεί σε 214 εκατομμύρια άτομα. Στην Ελλάδα το 2008 είχε υπολογιστεί ότι οι νόμιμοι μετανάστες έφταναν κατά προσέγγιση το 1.075.000 άτομα, ενώ οι

¹⁹⁵ Βλ. ενδ. τον “Δεκάλογο για την υγειονομική αρωγή των μεταναστών” προς τους Ιταλούς επαγγελματίες υγείας: *Le 10 regole per l'assistenza sanitaria agli immigrati* (2001), Υπουργείο Υγείας της Ιταλίας/Ministero della Sanità

¹⁹⁶ Giannoni M., Mladovsky Ph. (2007), *Migrant Health Policies in Italy*, Euro Observer, Vol. 9, No. 4, σ. 5-6

¹⁹⁷ Geraci S., Martinelli B., Olivani P. (2006), *Assistenza sanitaria agli immigrati: politiche locali e diritto sovranaZIONALE*. Στο: Todisco A., Gini G., Volpini M.P. (Eds), *Workshop I: Immigrazione, salute e partecipazione. Aspetti critici e nuove prospettive operative*, σ. 127-139. IIMS - Istituto Italiano di Medicina Sociale

¹⁹⁸ Fedeli Ugo et al., (2010), *Hospitalisation for surgical procedures is lower among immigrants than among non-immigrant preschool children: results from a region-wide study in Italy*, Journal of Epidemiology and Community Health, Προδημοσίευση στο Διαδίκτυο με doi:10.1136/jech.2009.103093

<http://jech.bmj.com/content/early/2010/10/01/jech.2009.103093.abstract> (ημ. επίσκ. 20.01.11)

¹⁹⁹ Grassino E. C., (2009), *Access to paediatric emergency departments in Italy: a comparison between immigrant and Italian patients*, Italian Journal of Pediatrics, Vol. 35, No 1. Δημοσιευμένο online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2687543/?tool=pubmed> (ημ. επίσκ. 10.12.10)

²⁰⁰ Cacciani L., et al. (2006), *Hospitalisation among Immigrants in Italy*, Emerging Themes in Epidemiology, Vol. 3, No. 4. Δημοσιευμένο στο Διαδίκτυο στις 11.05.2006, με doi:10.1186/1742-7622-3-4, στη διεύθυνση <http://www.ete-online.com/content/3/1/4> (ημ. επίσκ. 22.08.10)

παράνομοι μετανάστες υπολογίζονταν (ΕΛΙΑΜΕΠ) σε περίπου 470.000. Η πλειονότητα των μεταναστών στην Ελλάδα (γύρω στο 60%) είναι αλβανικής καταγωγής.

Στη συνέχεια είδαμε ότι λόγοι προστασίας της δημόσιας υγείας δικαιολογούν τους προληπτικούς ελέγχους υγείας των εισερχομένων μεταναστών, αν και οι έλεγχοι αυτοί θα πρέπει να ενταχθούν σε ένα ευρύτερο πλαίσιο μεταναστευτικής πολιτικής. Ο Ν. 3386/2005, που ρυθμίζει τα μεταναστευτικά θέματα, προβλέπει την παροχή πρώτων βοηθειών στους ανασφάλιστους μετανάστες και πλήρους νοσηλείας στους ανηλίκους.

Είδαμε επίσης ότι σε κάποιες χώρες (Γερμανία, Ελλάδα, Σουηδία, και επίσης Ελβετία²⁰¹) η πρόσβαση σε δωρεάν ιατρική περίθαλψη περιορίζεται μόνο σε επείγοντα περιστατικά. Σε άλλες (Βέλγιο, Ισπανία, Γαλλία, Ιταλία, Ολλανδία, Πορτογαλία) έχουν καθιερωθεί μηχανισμοί για ολική ή, έστω, μερική κάλυψη του κόστους περίθαλψης, η οποία δεν περιορίζεται μόνο στα επείγοντα περιστατικά. Παρόλα αυτά, παρατηρούμε ότι η συνεχιζόμενη εισροή μεταναστών από την Ασία και την Αφρική στην Ευρώπη φαίνεται να δημιουργεί έναν μεγάλο —και εύγλωττο— προβληματισμό σχετικά με την οικονομική επιβάρυνση των συστημάτων υγείας και περίθαλψης. Προβληματισμός ακόμα μεγαλύτερος στις ευρωπαϊκές κυρίως χώρες, όπου οι προνοιακές, ασφαλιστικές και νοσοκομειακές ακόμα παροχές είναι σχεδόν πάντα πιο γενναιόδωρες σε σχέση με τις χώρες αποδημίας, πράγμα που κάνει ορισμένους συγγραφείς να διαβλέπουν την πιθανότητα οι μετανάστες να έλκονται περισσότερο προς χώρες με μεγάλες τέτοιες παροχές^{202, 203}, αν και η διερεύνηση αυτού του ενδεχομένου βρίσκεται ακόμα στην αρχή²⁰⁴.

²⁰¹ 'Χωρίς φροντίδα οι μη νόμιμοι μετανάστες': Ρεπορτάζ της εφημ. **Η Καθημερινή** (18.09.09): http://news.kathimerini.gr/4dcgi/w_articles_ell_2_18/09/2009_329842 (ημ. επίσκ.: 18.01.2010)

²⁰² Pekkala Kerr S., Kerr W. (2011), ό.π., σ. 15-16

²⁰³ European Commission (2006b), *Equality in Health: Greek National Report*. Edition of The Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Σε αυτή την έρευνα, μεταξύ άλλων, το 41,5% των ερωτηθέντων Ελλήνων θεωρεί ότι τα άτομα που ανήκουν σε μειονοτικές ομάδες καταχρώνται το σύστημα κοινωνικών παροχών.

²⁰⁴ Zimmermann S. (2010), *Why Seek Asylum? The Roles of Integration and Financial Support*, *International Migration*, Vol. 48, No. 1, σ. 199-231. Περίληψη στο διαδίκτυο: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/122542434/abstract> (ημ. επίσκ. 27.01.2010)

Κεφάλαιο 3: ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσει τις δημογραφικές, νοσολογικές και οικονομικές διαστάσεις της νοσηλείας των μεταναστών σε ένα μεσαίο επαρχιακό νοσοκομείο, το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, για το έτος 2009.

Ο απώτερος αυτός στόχος δημιουργεί κάποια επιμέρους ερωτήματα:

- Ποια τα χαρακτηριστικά (δημογραφικά και νοσολογικά) των μεταναστών που προσήλθαν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο;
- Καταφεύγουν οι μετανάστες στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών τόσο συχνά όσο αναφέρεται για άλλες χώρες (2.4.1.β);
- Νοσηλεύονται συχνότερα ή για περισσότερες ημέρες από τον γηγενή πληθυσμό;
- Ποια είναι τελικά η επιβάρυνση του Νοσοκομείου από ανασφάλιστους μετανάστες;

Αναγνωρίζεται ευρέως πλέον ότι το ζήτημα των μεταναστών, των χαρακτηριστικών τους και του ζητήματος της περίθαλψής τους στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αποτελεί ένα θέμα που δεν έχει εξεταστεί στο μέγιστο δυνατό.

Στα επόμενα κεφάλαια θα επιχειρηθεί να δοθούν απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα (από τη σκοπιά ενός μεσαίου επαρχιακού νοσοκομείου), δεδομένου ότι τον τελευταίο καιρό βλέπουν το φως της δημοσιότητας δημοσιεύματα σχετικά με υπερβολική χρήση των υπηρεσιών υγείας από παράνομους μετανάστες²⁰⁵, και τις συνακόλουθες δαπάνες που οφείλονται σε αυτό τον υποπληθυσμό.

Είναι επομένως σκόπιμο, να δούμε στο μέλλον περισσότερες παρόμοιες έρευνες και από άλλα νοσοκομεία, που θα μιλούν ξεκάθαρα για το θέμα και θα παραθέτουν συγκεκριμένα και ξεκάθαρα στοιχεία.

²⁰⁵ Βλ. ενδ. *Τα επείγοντα των νοσοκομείων γεμάτα αλλοδαπούς*: Ρεπορτάζ στην εφημ. **Η Καθημερινή**, 18.03.2009): http://news.kathimerini.gr/4dcgi/w/articles_ell_2_18/03/2009_307966 (ημ. επίσκ. 18.01.2010). Πρόκειται, πάντως, για ένα ψύχραιμο άρθρο, σε αντίθεση με διάφορα άλλα που δημοσιεύονται κατά καιρούς σε κάποιες εφημερίδες.

Κεφάλαιο 4: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για την απάντηση των επιμέρους ερωτημάτων της μελέτης απαιτήθηκε διαφορετική (και για την ακρίβεια δύο ειδών) μεθοδολογία.

4.1 Εντοπισμός βιβλιογραφίας

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έγινε κυρίως με τη χρήση μηχανών αναζήτησης του διαδικτύου (κυρίως του Google Scholar και του Scirus.com), και δευτερευόντως με προσωπική έρευνα σε βιβλιοθήκες (συγκεκριμένα: στη βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου Κορίνθου, στη βιβλιοθήκη του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, και στη Δημοτική Βιβλιοθήκη Κορίνθου), καθώς και με εντοπισμό των ΦΕΚ και εγκυκλίων που αφορούν τη σχετική νομοθεσία. Οι βασικές λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην αναζήτηση βιβλιογραφίας ήταν:

- Μετανάστες και περίθαλψη
- Παράνομοι μετανάστες και κόστος περίθαλψης
- Συστήματα υγείας και λαθρομετανάστες
- Νοσηλεία μεταναστών
- Οικονομική επιβάρυνση και παράνομοι μετανάστες
- Μετανάστες και δημόσια υγεία
- Μεταναστευτική πολιτική και νομοθεσία
- Καθώς και διάφοροι συνδυασμοί των παραπάνω.

Η αναζήτηση συνεχίστηκε στα αγγλικά, στα γαλλικά, στα ιταλικά, στα ισπανικά και στα πορτογαλικά (χρησιμοποιώντας τους αντίστοιχους όρους για κάθε γλώσσα), ενώ παράλληλα καταβλήθηκε κάθε προσπάθεια να συγκεντρωθούν οι πιο πρόσφατες έρευνες και εργασίες (της τελευταίας δεκαετίας, κυρίως) σχετικά με το θέμα “μετανάστες και κόστος περίθαλψης”. Οι λιγιστές παλαιότερες έρευνες που τελικά συμπεριελήφθησαν στην εργασία, επελέγησαν λόγω της ιδιαίτερης σημασίας τους και των ευρημάτων τους.

Δεν συμπεριελήφθησαν στην εργασία έρευνες που το θέμα τους δεν αφορούσε άμεσα τους στόχους και τα ερωτήματα της παρούσας εργασίας.

Η αναζήτηση Νόμων έγινε κυρίως από την ιστοσελίδα του Εθνικού Τυπογραφείου (www.et.gr), καθώς και από την ιστοσελίδα του Συνηγόρου του Πολίτη (www.synigoros.gr). Τα διάφορα στατιστικά στοιχεία αναζητήθηκαν στην ιστοσελίδα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (www.statistics.gr) και στους αρμόδιους κατά περίπτωση Οργανισμούς και Υπηρεσίες (π.χ. τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης²⁰⁶, την Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία/Eurostat, και τον ΟΟΣΑ/OECD).

4.2 Υλικό από το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου

Το υλικό αφορά τους αλλοδαπούς που

- (α) προσήλθαν στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Νοσοκομείου Κορίνθου (Παθολογικό και Χειρουργικό) κατά το έτος 2009 (από 1 Ιανουαρίου έως και 31 Δεκεμβρίου), καθώς και
- (β) όσους νοσηλεύτηκαν στις εννέα κλινικές του εν λόγω νοσοκομείου την ίδια χρονική περίοδο.

Για την πρόσβαση στα στοιχεία αυτά, έπρεπε να εξασφαλιστεί η σχετική άδεια από την Επιστημονική Επιτροπή του Γ.Ν. Κορίνθου (πράγμα που έγινε). Δεν χρειάστηκε άλλη άδεια, εφόσον στο υλικό δεν συμπεριελήφθησαν προσωπικά δεδομένα των ασθενών (π.χ. ονοματεπώνυμο και διεύθυνση), ούτε υπήρξε προσωπική επικοινωνία (συνέντευξη) με αυτούς.

Στη συνέχεια, για τα στοιχεία που αφορούν προσέλευση στα ΤΕΠ του Νοσοκομείου χρησιμοποιήθηκε πρωτογενές αρχειακό υλικό και συγκεκριμένα τα βιβλία περιστατικών των ΤΕΠ. Τα στοιχεία εισαγωγών και νοσηλείας των αλλοδαπών στις κλινικές του Νοσοκομείου, μας παραχωρήθηκαν από το Τμήμα Πληροφορικής του ΓΝΚ. Τέλος, τα οικονομικά μεγέθη σχετικά με τις οικονομικές εκκρεμότητες και τις συνολικές δαπάνες, μας παραχωρήθηκαν από το Γραφείο Κίνησης Ασθενών και από το Γραφείο Χρηματικού του ΓΝΚ.

4.3. Μέθοδος Έρευνας

Αρχικά έπρεπε να υπολογιστεί η εισροή μεταναστών στα Επείγοντα Περιστατικά του ΓΝΚ κατά το 2009. Δεδομένου ότι τα συγκεκριμένα στοιχεία δεν ήταν

²⁰⁶ www.iom.int

- Εθνικότητα (όπου ήταν εφικτό)
- Τόπος κατοικίας (πόλη, χωριό)
- Αρχική διάγνωση
- Ασφαλιστικός Φορέας (αν υπάρχει και ποιος), και τέλος
- Αν έγινε εισαγωγή ή όχι

Στη συνέχεια υπολογίστηκαν όλα τα σχετικά μεγέθη.

Όσον αφορά τα στοιχεία πραγματικών εισαγωγών και νοσηλειών, χρησιμοποιήσαμε τα συγκεντρωτικά στοιχεία που μας παραχωρήθηκαν από το Τμήμα Πληροφορικής, και προχωρήσαμε στην εξαγωγή των επιμέρους μεγεθών νοσηλείας (διάρκεια και μέσο κόστος νοσηλείας) για καθεμία από τις εξής κλινικές: Παθολογική, Καρδιολογική, Παιδιατρική, Χειρουργική, Ορθοπαιδική, Ουρολογική, Γυναικολογική-Μαιευτική, και ΩΡΛ. Αποκλείστηκε η Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας (ΜΜΑ), η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (ΜΤΝ), διότι —πέρα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους— δεν νοσηλεύτηκε κανένας αλλοδαπός σε αυτές κατά το έτος 2009 που μας ενδιαφέρει εδώ.

Από τα απολογιστικά στοιχεία χρήσης του 2009 έγινε η συλλογή δεδομένων για τις οικονομικές πτυχές της νοσηλείας ανασφάλιστων αλλοδαπών.

Τέλος, ως προς τον υπολογισμό του κόστους νοσηλείας των ανασφάλιστων αλλοδαπών στις κλινικές του Παθολογικού Τομέα (Παθολογική, Παιδιατρική και Καρδιολογική), υπολογίστηκε το κόστος τόσο βάσει των απολογιστικών στοιχείων όσο και βάσει νοσηλίου. Στις κλινικές του Χειρουργικού Τομέα το κόστος ανά ασθενή υπολογίστηκε επιπλέον με βάση όχι μόνο το νοσήλιο αλλά και τη διάγνωση και το μέσο κόστος χειρουργικής επέμβασης (δεδομένων των χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιούνται στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, και που είναι κυρίως: τοκετοί με καισαρική τομή, ανατάξεις καταγμάτων, χολοκυστεκτομές, σκωληκοειδεκτομές, σπάνια κήλες, και —πιο σπάνια— αποφρακτικοί ειλεοί).

Κεφάλαιο 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

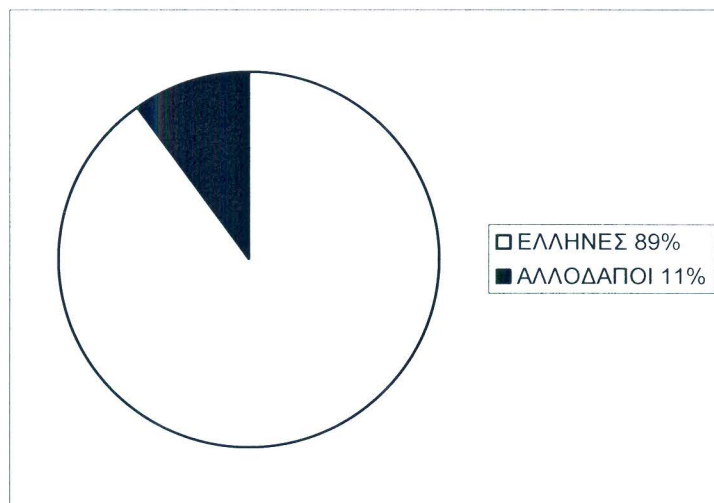
5.1 Αποτελέσματα από τα Επείγοντα Περιστατικά (ΤΕΠ)

5.1.1 Προσέλευση και δημογραφικά χαρακτηριστικά των αλλοδαπών που προσήλθαν στα ΤΕΠ

Συνολικά, στα δύο τμήματα επειγόντων περιστατικών του Νοσοκομείου Κορίνθου (Παθολογικό και Χειρουργικό), το 2009 προσήλθαν και εξετάστηκαν συνολικά 4.464 αλλοδαποί, εκ των οποίων 1.437 στα Παθολογικά Επείγοντα (ποσοστό 32,19% μεταξύ των αλλοδαπών), και 3.027 στα Χειρουργικά (ποσοστό 67,81% των αλλοδαπών).

Ο συνολικός αριθμός των ατόμων που προσήλθαν για εξέταση στα Επείγοντα ήταν 40.561 άτομα, επομένως οι αλλοδαποί αποτέλεσαν το **11,01%** όσων προσήλθαν για κάποιο λόγο στα ΤΕΠ (Γράφημα 5.1):

Γράφημα 5.1 Ποσοστιαία κατανομή αλλοδαπών επί του συνόλου των ασθενών των ΤΕΠ



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων ΓΝΚ (2009) από τον συγγραφέα

Ως προς το Παθολογικό ΤΕΠ, παρατηρούμε ότι η πλειονότητα των αλλοδαπών είναι άντρες (n=840, 58,46%). Οι γυναίκες ήταν 597 (41,54%). Από πλευράς εθνικότητας, η πλειονότητα είναι αλβανικής καταγωγής (n=919, ήτοι 63,95%), και ακολουθούν με

απόσταση οι Βούλγαροι (n=92, δηλ. 6,4%), οι Ρουμάνοι (n=77, ποσοστό 5,36%) και οι Πακιστανοί (n=75, δηλ. 5,22%).

Η κατανομή των αλλοδαπών που προσήλθαν στο Χειρουργικό ΤΕΠ (σύνολο: 3.027 άτομα) από πλευράς φύλου και εθνικότητας, ακολουθεί παρόμοια χαρακτηριστικά: Οι περισσότεροι ήταν άρρενες (n=2.077, ποσοστό 68,62%). Από πλευράς εθνικότητας, οι περισσότεροι είναι Αλβανοί (2.026, ήτοι 66,93%), και ακολουθούν οι Πακιστανοί (n=237, με 7,83%) και οι Ρουμάνοι με 200 άτομα (6,61%) και οι Βούλγαροι με 154 άτομα (5,09%).

Ο Πίνακας 5.1 που ακολουθεί συνοψίζει τη εθνοτική κατανομή των ατόμων που προσήλθαν στα δύο ΤΕΠ κατά το έτος 2009:

Πίνακας 5.1 Εθνοτική κατανομή αλλοδαπών στα ΤΕΠ (2009)

Εθνικότητα	ΤΕΠ/ΠΑΘ		ΤΕΠ/ΧΕΙΡ		ΣΥΝΟΛΟ	
	Πληθυσμός (n1)	Ποσοστό %	Πληθυσμός (n2)	Ποσοστό %	Πληθυσμός (ntotal)	
ΑΛΒΑΝ	919	63,95%	2.026	66,93%	2945	65,97%
ΒΟΥΛΓ	92	6,4%	154	5,09%	246	5,51%
ΡΟΥΜ	77	5,36%	200	6,61%	277	6,21%
ΠΑΚΙΣΤ	75	5,22%	237	7,83%	312	6,99%
ΙΝΔΙΑ	66	4,59%	98	3,24%	164	3,67%
ΑΦΓΑΝ	47	3,27%	78	2,58%	125	2,8%
ΡΩΣΙΑ	39	2,71%	62	2,05%	101	2,26%
ΟΥΚΡ	25	1,74%	28	0,93%	53	1,19%
ΠΑΛΑΙΣ	23	1,6%	34	1,12%	57	1,28%
ΠΟΛΩΝ	14	0,97%	25	0,83%	39	0,87%
ΑΙΓΥΠ	11	0,77%	6	0,2%	17	0,38%
ΑΛΛΟ	49	3,41%	79	2,61%	128	2,87%
ΣΥΝΟΛΑ	1437	100,00%	3027	100,00%	4464	100,00%

Πηγή: Πρωτογενή στοιχεία (βιβλία περιστατικών) ΓΝΚ. Οι υπολογισμοί του συγγραφέα.

Σχετικά με την ηλικιακή κατανομή, και στα δύο ΤΕΠ η πλειονότητα των αλλοδαπών ανήκαν στην ηλικιακή κλάση **31-55 ετών** (48,71% για τα Παθολογικά Επείγοντα, 40,2% για τα Χειρουργικά).

Αναλυτικότερα, η ηλικιακή κατανομή των αλλοδαπών που προσήλθαν στα δύο ΤΕΠ φαίνεται στον Πίνακα 5.2 που ακολουθεί.

14-18	115	8,00	229	1,91	977	1,74
19-25	262	18,23	650	21,47	912	20,43
26-30	251	17,47	471	15,56	722	16,17
31-39	349	24,29	680	22,46	1029	23,05
40-55	351	24,43	537	17,74	888	19,89
56-65	57	3,97	91	3,00	148	3,32
66+	22	1,53	27	0,89	49	1,1
ΑΓΝ.	30	2,08	29	0,96	59	1,32
ΣΥΝ.	1437	100%	3027	100%	4464	100%

Πηγή: Πρωτογενή στοιχεία (βιβλία περιστατικών) ΓΝΚ. Οι υπολογισμοί του συγγραφέα.

5.1.2 Ασφαλιστικό στάτους των αλλοδαπών που προσήλθαν στα ΤΕΠ

Ως προς την ασφαλιστική κάλυψη των μεταναστών που προσήλθαν στο Παθολογικό ΤΕΠ, οι περισσότεροι ήταν ασφαλισμένοι (n=944, ποσοστό **65,69%**) και οι βεβαιωμένοι ανασφάλιστοι ήταν 303 (ήτοι το 21,09%). Για τους υπόλοιπους 190 (13,22%) δεν καταγράφηκε αν υπάρχει ασφαλιστικός φορέας και ποιος. Σχετικά με τον ασφαλιστικό φορέα των ασφαλισμένων, οι περισσότεροι ήταν ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ (66,53% των ασφαλισμένων) και ακολουθεί ο ΟΓΑ (με το 30,19% των ασφαλισμένων).

Από όσους προσήλθαν στο Χειρουργικό ΤΕΠ, οι ασφαλισμένοι ήταν 1.204 (39,78%). Οι βεβαιωμένοι ανασφάλιστοι ήταν 352 άτομα (11,63%). Δυστυχώς, δεν καταγράφηκε αν υπάρχει ασφαλιστικός φορέας σε 1.471 άτομα (48,6%). Από όσους καταγράφηκαν ως ασφαλισμένοι, η πλειονότητα και πάλι είναι στο ΙΚΑ (855 άτομα, 71,01%) και ακολουθεί ο ΟΓΑ (311 άτομα, 25,83% των ασφαλισμένων).

Συνοπτικά, από τα 4.464 άτομα που προσήλθαν στα δύο ΤΕΠ, οι 2.148 (48,12%) ήταν ασφαλισμένοι, οι 655 (14,67%) ήταν βεβαιωμένοι ανασφάλιστοι, και για 1.661 άτομα (37,21%) δεν καταγράφηκε στα ΤΕΠ αν υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη (και ποια).

5.1.3 Εισαγωγές αλλοδαπών από τα ΤΕΠ στις Κλινικές

Στο Παθολογικό ΤΕΠ, από τα 1437 άτομα που προσήλθαν, τα 166 κρίθηκε σκόπιμο να κάνουν εισαγωγή (δείκτης εισαγωγών= **11,55%**), και τρία άτομα διακομίστηκαν σε νοσοκομεία της Αττικής. Η πλειονότητα των εισακτέων οδηγήθηκαν στην Παθολογική κλινική (113 ασθενείς, 68,07%), σαράντα ασθενείς εισήχθησαν στην Καρδιολογική (24,10%), και οι υπόλοιποι στην Χειρουργική (7 ασθενείς, 4,22%), στη Γυναικολογική (5 ασθενείς, 3,01%), και ένας στην Ουρολογική (0,6%).

Στο Χειρουργικό ΤΕΠ, από τα 3027 άτομα που εξετάστηκαν, κρίθηκε σκόπιμη η εισαγωγή των 295 και η διακομιδή των 24 (δείκτης εισαγωγών= **9,75%**). Οι περισσότεροι ασθενείς εισήχθησαν στη Χειρουργική κλινική (176 άτομα, 59,66%), και στην Ορθοπαιδική κλινική (68 άτομα, 23,05%). Ακολουθούν 14 άτομα στην ΩΡΛ (4,75%), 13 ασθενείς στην Ουρολογική (4,41%) και ένας ανήλικος στην Παιδιατρική (0,34%).

Συνοπτικά, από τα 4464 άτομα (αλλοδαπούς) που προσέφυγαν στα ΤΕΠ, κρίθηκε σκόπιμη η εισαγωγή των 461 (δείκτης εισαγωγών= **10,33%**) και η διακομιδή των 27 (0,6%).

5.1.4 Νοσολογικά χαρακτηριστικά των αλλοδαπών στα Επείγοντα

Για ποιους λόγους προσέφυγαν οι αλλοδαποί στα Επείγοντα του Γ.Ν. Κορίνθου το 2009; Για το Παθολογικό ΤΕΠ, σε σύνολο 1437 ασθενών, φαίνεται ότι στις περισσότερες περιπτώσεις το βασικό πρόβλημα ήταν εποχιακές ιώσεις και λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού (321 περιστατικά, 22,3%), ακολουθούν ενοχλήσεις από το γαστρεντερικό (243 περιστατικά, 16,9%), παράπονα για 'ζάλη' και 'ίλιγγο' (169 άτομα, 11,8%), και αλλεργικές αντιδράσεις και εξανθήματα (124 περιστατικά, 8,6%). Τα πιο σοβαρά περιστατικά όπως καρδιολογικά και εγκεφαλικά επεισόδια έφτασαν τα 52 (3,6%), ενώ τα πνευμονολογικά (δύσπνοια, πνευμονία, άσθμα) έφτασαν τα 119 (8,3%).

Στο Χειρουργικό ΤΕΠ, σε σύνολο 3027 ασθενών, τα ελάσσονα περιστατικά (μικρά θλαστικά τραύματα και εκδορές, απλές κακώσεις και διαστρέμματα, καθώς και μυοσκελετικά άλγη) φτάνουν τα 1084 (ποσοστό 35,8%). Αν σε αυτά προσθέσουμε τα περιστατικά οσφυαλγίας (273), νεφρολιθίασης (25) και μικρών εγκαυμάτων (42), ο αριθμός φτάνει τα 1424 ελάσσονα περιστατικά (47,04%, και μόλις 9 εισαγωγές). Σε πιο σημαντικά περιστατικά, σημειώθηκαν 129 κατάγματα (9%, τα 20 έχρηξαν

νοσηλείας), 266 περιστατικά χειρουργικής κοιλίας (18,5%, 51 εισαγωγές), 225 τροχαία ατυχήματα (15,7%, 71 εισαγωγές συν 10 διακομιδές) και 265 περιστατικά πτώσης εξ ύψους (18,4%, 38 εισαγωγές και 6 διακομιδές).

Συνοπτικά, παρατηρούμε ότι κατά το μεγαλύτερο μέρος (60% στα Παθολογικά, 50-53% στα Χειρουργικά) η προσέλευση στα Επείγοντα αφορούσε **μη απειλητικά** για τη ζωή συμβάματα, και κυρίως ιώσεις, γαστρεντερικές ενοχλήσεις, εξανθήματα, εργατικά ατυχήματα και κακώσεις²⁰⁷. Τα νοσήματα φθοράς (υπέρταση, διαβήτης, κλπ) και τα χρόνια νοσήματα (νεοπλάσματα, π.χ.) παρουσιάζουν μεγαλύτερο επιπολασμό στον ντόπιο πληθυσμό λόγω μεγαλύτερου μέσου όρου ηλικίας (όπως ήδη είδαμε στο 2.1.3).

5.2 Αποτελέσματα από τις Κλινικές

Το 2009 οι εισαγωγές στις κλινικές του Νοσοκομείου Κορίνθου έφτασαν συνολικά τις 17.047. Αφαιρώντας όσους έκαναν εισαγωγή στις Μονάδες του νοσοκομείου (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας και Μονάδα Τεχνητού Νεφρού), αφού δεν νοσηλεύτηκε σε αυτές κανένας αλλοδαπός, φτάνουμε σε σύνολο 15.745. Από αυτό το σύνολο των εισαγωγών, οι 863 αφορούσαν αλλοδαπούς (ποσοστό **5,48%**).

Και πάλι η πλειονότητα των αλλοδαπών ήταν αλβανικής καταγωγής (n=605, 70,10%), και ακολουθούν Βούλγαροι (49 άτομα, 5,68%), Ινδοί (45 άτομα, 5,21%) και Ρουμάνοι (44 άτομα, 5,1%).

Ως προς την **ασφαλιστική** κάλυψη, εδώ παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι καταγράφηκαν να έχουν ιδιωτική ασφάλιση (339 άτομα, 39,28%), ακολουθούν οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ (318 άτομα, 36,85%) και του ΟΓΑ (156 ασθενείς, 18,08%). Θα ήταν ίσως ενδιαφέρον να παρουσιαστεί εδώ συγκεντρωτικά το ασφαλιστικό στάτους των αλλοδαπών τόσο σε επίπεδο ΤΕΠ, όσο και στις κλινικές (πίν. 5.3).

²⁰⁷ Mighealthnet (2009), 'Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα', ό.π., σ. 18

Πίνακας 5.3 Συγκριτικός πίνακας ασφαλιστικού φορέα στα ΤΕΠ vs. στις Κλινικές

	ΤΕΠ		ΚΛΙΝΙΚΕΣ	
ΙΔΙΩΤΙΚΗ	8	0,18%	339	39,28%
ΙΚΑ	1483	33,22%	318	36,85%
ΟΓΑ	596	13,35%	156	18,08%
ΑΝΑΣΦ	655	14,67%	6	0,70%
ΑΓΝΩΣΤΟ	1661	37,21%	-	
ΑΛΛΟ	61	1,37%	44	5,09%
ΣΥΝΟΛΑ	4464	100,00	863	100,00

(Ιδιοι υπολογισμοί από τα αρχεία εισαγωγών 2009)

Ως προς τις **εισαγωγές** ανά κλινική, οι περισσότερες εισαγωγές έγιναν στην Μαιευτική/Γυναικολογική κλινική (318 άτομα, ποσοστό 36,85%), και ακολουθεί η Χειρουργική (169 άτομα, 19,58%), η Παθολογική (117 άτομα, 13,56%) και η Ορθοπαιδική (74 άτομα, 8,57%). Η Καρδιολογική δέχτηκε 38 εισαγωγές αλλοδαπών (4,4%), η Ουρολογική 32 εισαγωγές (3,7%), και οι λιγότερες εισαγωγές έγιναν στην ΩΡΛ και στην Οφθαλμολογική κλινική (συνολικά 4,17% των εισαγωγών)

Σημειώτεον ότι στο Νοσοκομείο Κορίνθου (δυναμικότητας 195 κλινών) δεν νοσηλεύονται τα πολύ βαριά περιστατικά, τα οποία διακομίζονται σε μεγάλα νοσοκομεία της Αττικής και σπανιότερα της Πάτρας. Συνοπτικά οι εισαγωγές στον Πίνακα 5.4 που ακολουθεί:

Πίνακας 5.4 Αριθμός εισαγωγών ανά κλινική

ΚΛΙΝΙΚΗ	ΑΡ. ΕΙΣΑΓ.	
ΠΑΘΟΛ	117	13,56%
ΚΑΡΔΙΟΛ	38	4,40%
ΠΑΙΔΙΑΤΡ	79	9,15%
ΧΕΙΡΟΥΡΓ	169	19,58%
Μ/ΓΥΝ	318	36,85%
ΟΡΘΟΠ	74	8,57%
ΟΥΡΟΛ	32	3,71%
ΩΡΛ	19	2,2%
ΟΦΘΑΛΜ	17	1,98%
ΣΥΝΟΛΟ	863	100,00

(Πηγή: Υπολογισμοί του συγγραφέα από τα στοιχεία του ΓΝΚ, 2009)

5.3 Οικονομικές διαστάσεις της νοσηλείας αλλοδαπών

Ο υπολογισμός του κόστους της νοσηλείας των αλλοδαπών έγινε ακολουθώντας τη μεθοδολογία που υιοθετήθηκε στο Γείτονα και συν. (1995)²⁰⁸, με βάση τα οικονομικά μεγέθη του νοσοκομείου και τους δείκτες κλινικής δραστηριότητας, όπως φαίνονται στον Πίνακα 5.5.

Βάσει των δαπανών του νοσοκομείου και του συνόλου των νοσηλευθέντων, προκύπτει ότι το μέσο πραγματικό κόστος ενός νοσηλευόμενου ασθενούς είναι 658,58 ευρώ. Το συνολικό κόστος νοσηλείας αλλοδαπών, επομένως, υπολογίστηκε με βάση το κόστος νοσηλείας επί το σύνολο ημερών νοσηλείας των αλλοδαπών και βρέθηκε να φτάνει τα 574.115,93 ευρώ.

Πίνακας 5.5 Απολογιστικά στοιχεία του Γ.Ν. Κορίνθου το 2009

1	Σύνολο Δαπανών (εκ των οποίων Λειτουργικές)	11.226.849,59 (8.076.455)
2	Σύνολο Νοσηλευθέντων	17.047
3	Συνολικά Έσοδα Έσοδα από Νοσήλια	12.100.782,72 3.268.997,13
4	Σύνολο Ημερών Νοσηλείας	40.503
5	Νοσηλευθέντες Αλλοδαποί	863
6	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (4/2)	2,4
7	Ημερήσιο Κόστος Νοσηλείας (1/4)	277,19
8	Μέσο Κόστος Νοσηλευθέντος (1/2)	658,58
9	Ημέρες Νοσηλείας Αλλοδαπών (5*6)	2.071,20
10	Τιμή Νοσηλίου Γ' θέσης (Μ.Ο.)	80,71
11	Κόστος Νοσηλείας Αλλοδαπών (7*9)	574.115,93
12	Έσοδα από Νοσήλια Αλλοδαπ. (9*10)	167.166,55

Ειδικότερα για τον υπολογισμό του κόστους νοσηλείας αλλοδαπών, ακολουθήθηκε και η εξής μέθοδος: Όσα άτομα νοσηλεύτηκαν στις κλινικές του Παθολογικού Τομέα (παθολογική, καρδιολογική και παιδιατρική, σύνολο 234 εισαγωγές), καθώς και όσα νοσηλεύτηκαν σε Χειρουργικές κλινικές για μία έως τρεις ημέρες, υπολογίστηκαν με βάση μόνο την τιμή νοσηλίου Γ' θέσης. Οι τιμές νοσηλίων αυτής της θέσης ανά Τομέα, σύμφωνα με όσα προβλέπει η Κ.Υ.Α. Υ4α/οικ.1320/98 (ΦΕΚ 99 Β' "Ορισμός νοσηλίου Νοσοκομείων"), παρατίθενται στον Πίνακα 5.6. Στον πίνακα 5.5 αναφέρεται ο μέσος όρος νοσηλίων πρώτης ημέρας.

²⁰⁸ Γείτονα Μ., και συν. (1995), *Πολιτικές διαχείρισης και κόστος νοσηλείας των αλλοδαπών στο Κοργαλένιο-Μπενάκειο Νοσοκομείο*, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τόμ. 4, τεύχ. 4, σ. 231-240

Πίνακας 5.6 Τιμή νοσηλίου ανά Τομέα

	ΠΑΘ. Τομέας	ΧΕΙΡ. Τομέας
1η ημέρα	73,37	88,04
Για κάθε επόμ. ημέρα	58,69	73,37

Στις κλινικές του Χειρουργικού τομέα τα πράγματα ήταν πιο περίπλοκα διότι επιχειρήσαμε ένα υποθετικό πείραμα: Υποθέσαμε ότι οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν επιπλέον κόστος, όπως και τα υλικά ή οι παρακλινικές εξετάσεις που θα απαιτηθούν.

Λαμβάνοντας, επομένως, υπόψη τις επεμβάσεις που πραγματοποιούνται στο Νοσοκομείο Κορίνθου (και που είναι κυρίως: τοκετοί με καισαρική τομή, ανατάξεις καταγμάτων, χολοκυστεκτομές, σκωληκοειδεκτομές, σπάνια κήλες, και —πιο σπάνια— αποφρακτικοί ειλεοί), και τα υλικά και τις διαδικασίες (π.χ. γενική αναισθησία) που συνήθως απαιτούνται, υπολογίστηκαν ξεχωριστά όσοι ασθενείς νοσηλεύτηκαν για έξι (6) και περισσότερες ημέρες.

Αυτά ήταν συνολικά 29 περιστατικά, εκ των οποίων: 16 νοσηλεύτηκαν στην Ορθοπαιδική κλινική, 12 στη Χειρουργική και 1 στην Ουρολογική. Υπολογίζοντας μία χειρουργική επέμβαση στον καθένα (πράγμα που δικαιολογείται από τη διάρκεια νοσηλείας τους, περ. 7 ημέρες κατά μέσο όρο), συν έξοδα αναισθησίας και υλικών, συν δύο αξονικές τομογραφίες, και μόνο με βάση το «επίσημο» κόστος (όπως ορίζεται στο **Π.Δ. 157, ΦΕΚ Α'62, 30.04.1991** —και παραμένει σταθερό έκτοτε), προέκυψε ότι αυτοί οι 29 ασθενείς κόστισαν τουλάχιστο 29.146,83 ευρώ, και επομένως είχαν πολύ μεγαλύτερο κόστος (1.005 ευρώ ανά ασθενή σε σχέση με 658,60 ευρώ το μέσο πραγματικό κόστος κάθε ασθενούς).

Οφείλουμε βέβαια να πούμε ότι στην πραγματικότητα οι γιατροί δεν χρησιμοποιούν τα ακριβά υλικά σε τέτοιου τύπου επεμβάσεις. Από την άλλη πλευρά, εννοείται ότι παρά τον υπολογισμό αυτό, το επίσημο κόστος ήταν *πάλι βάσει νοσηλίου*, αφού δεν χρησιμοποιήθηκαν υλικά εκτός νοσηλίου. Ο υπολογισμός αυτός έγινε ως υποθετικό πείραμα, απλά για να φανεί ότι ακόμα με βάση την κοστολόγηση του 1991 (αν η επέμβαση, η αναισθησία κλπ χρεώνονταν ξεχωριστά), το κόστος θα ήταν και *πάλι* μεγαλύτερο από ότι μόνο βάσει κλειστού (ενιαίου) νοσηλίου.

Παράλληλα, ως προς τη Μαιευτική Κλινική, υπολογίστηκε το μέσο κόστος είτε απλού τοκετού είτε τοκετού με καισαρική τομή και έγινε ο αντίστοιχος υπολογισμός

για 80 γυναίκες. Προέκυψε «επίσημο» (βάσει Π.Δ.) κόστος νοσηλείας 32.451,50 ευρώ.

Η διαφορά μεταξύ εκτιμώμενου πραγματικού κόστους (βλ. πίν. 5.5) και πλασματικού κόστους (δηλ. κόστους μόνο βάσει νοσηλίου) είναι **406.949,38 ευρώ**, για την οποία θα γίνει λόγος στο επόμενο Κεφάλαιο.

Τέλος, ως προς την *πραγματική επιβάρυνση* του νοσοκομείου, αυτή φαίνεται από τις ανεξόφλητες εκκρεμότητες νοσηλευθέντων ανασφάλιστων ασθενών, οι οποίες για το 2009 είχαν ως εξής (Πίνακας 5.7):

Πίνακας 5.7 Ανεξόφλητες εκκρεμότητες 2009

Έλληνες ασθενείς	135.633,92	61,16%
Αλλοδαποί ασθενείς	86.135,07	38,84%
ΣΥΝΟΛΟ	221.768,99	100,00%

(Πηγή: Στοιχεία από το Γραφείο Κίνησης Ασθενών του ΓΝΚ)

Επομένως προκύπτει ότι, με βάση το μέσο πραγματικό κόστος νοσηλείας του ασθενούς (658,58 ευρώ), υπολογίζεται ότι οι 863 αλλοδαποί που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο το 2009 κόστισαν περίπου 568.354,54 ευρώ, κόστος που αποτελεί το 4,70% των συνολικών εσόδων του νοσοκομείου, το 17,39% των εσόδων μόνο από νοσήλια, και το 5,06% των συνολικών δαπανών του νοσοκομείου.

Το ποσό των βεβαιωμένων εκκρεμοτήτων, από την άλλη, αποτελεί το **51,53%** των εκτιμώμενων εσόδων από νοσήλια αλλοδαπών, το 2,63% των συνολικών εσόδων από νοσήλια, και το **0,77%** των συνολικών δαπανών του νοσοκομείου για το 2009.

Κεφάλαιο 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα επίσημα εγκαίνια του αρχικού κτηριακού συγκροτήματος του Γ. Ν. Κορίνθου έγιναν στις 14 Σεπτεμβρίου του 1969 από τον τότε Υφυπουργό επί των Κοινωνικών Υπηρεσιών Αντώνιο Μέξη. Το υπάρχον Νοσοκομειακό συγκρότημα, κατόπιν διαδοχικών επεκτάσεων, αποτελείται από τέσσερις πτέρυγες και έχει συνολική έκταση 20.450 m². Στον οργανισμό του Γ.Ν. Κορίνθου (Α3β/οικ.14155/30-09-1986, ΦΕΚ 647/Β/86), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει, η συνολική δύναμη των κλινών του Νοσοκομείου ορίζεται σε 214 (από τις οποίες είχαν αναπτυχθεί οι 195 το 2009).

Εκτός από τα τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και Εξωτερικών Ιατρείων, λειτουργούν εννέα κλινικές (Παθολογική, Χειρουργική, Ορθοπαιδική, Μαιευτική—Γυναικολογική, Παιδιατρική, Καρδιολογική, Ουρολογική, Οφθαλμολογική, Ωτορινολαρυγγολογική), καθώς και τρεις ειδικές μονάδες (Τεχνητού Νεφρού, Μεσογειακής Αναιμίας και Εντατικής Θεραπείας). Επίσης, λειτουργεί ξενώνας αποκατάστασης και επανένταξης ψυχικά ασθενών στα πλαίσια του κοινοτικού επιχειρησιακού προγράμματος ‘Ψυχαργός’. Συνοπτικά, το 2009 το Νοσοκομείο παρουσίαζε τα εξής βασικά χαρακτηριστικά (Πίν. 6.1):

Πίνακας 6.1 Γενικά χαρακτηριστικά του Γ. Ν. Κορίνθου (2009)

Δείκτης πληρότητας	57%
ΜΑΝ	2,4
Αριθμός Γιατρών	128
Αριθμός Νοσηλευτών	204
Λοιπό Προσωπικό	163
Αρ. Κλινών	195
Σύνολο Λειτουργ. Δαπάνης	8.076.455
Σύνολο Νοσηλευθέντων Ασθενών	17.047
Σύνολο Ημερών Νοσηλείας	40.503
Επισκέψεις στα ΤΕΠ	40.561
Επισκέψεις στα Ε.Ι.	14.064

Πηγές: <http://www.hospkorinthos.gr/story.html> [Ημ. επίσκ. 12.09.10], και Μανιαδάκης Ν., Κυριόπουλος Γ. (2009)

Από τα ευρήματα της παρούσας εργασίας, όπως αυτά παρουσιάστηκαν στο προηγούμενο Κεφάλαιο, προκύπτει ότι οι αλλοδαποί αποτέλεσαν (το 2009) το **11,01%** όσων προσήλθαν στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου

Κορίνθου. Ποσοστό αρκετά αυξημένο, αν αναλογιστούμε παλαιότερες έρευνες σε αθηναϊκό νοσοκομείο, όπου το αντίστοιχο ποσοστό κυμαινόταν από 4,8%²⁰⁹ μέχρι 6,15%²¹⁰. Αυτό όμως, πιθανότατα δικαιολογείται από την παράλληλη αύξηση του αριθμού των αλλοδαπών στην Ελλάδα, οι οποίοι πλέον αποτελούν —όπως είδαμε στο 2ο Κεφάλαιο— περίπου το 10% του πληθυσμού. Επομένως, το ποσοστό των αλλοδαπών που προσήλθαν στα Επείγοντα συμφωνεί με το γενικό ποσοστό των αλλοδαπών στη χώρα (και στο Νομό).

Δεν θα ήταν, ίσως, παράλογο να θεωρήσει κανείς, λοιπόν, ότι υπάρχει όντως κάποια αυξημένη χρήση των Επειγόντων Περιστατικών από πλευράς μεταναστών, φαινόμενο που είδαμε ότι επισημαίνεται και στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία για τη Δανία²¹¹, την Ολλανδία^{212, 213}, τη Βρετανία²¹⁴, την Ισπανία²¹⁵, την Καταλονία^{216, 217} και τη Χώρα των Βάσκων²¹⁸.

Ο λόγος για το φαινόμενο αυτό είναι αφενός η εύκολη πρόσβαση των αλλοδαπών στα Επείγοντα²¹⁹, και αφετέρου η έλλειψη άλλων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας: Τα Κέντρα Υγείας σε μεγάλο βαθμό (λόγω υποστελέχωσης ή έλλειψης εξοπλισμού)²²⁰ στέλνουν ακόμα και απλά περιστατικά (π.χ. απλές κακώσεις, ακτινογραφίες, δερμοαντιδράσεις Mantoux) στο νοσοκομείο, ενώ τα Περιφερειακά Ιατρεία δεν έχουν συνήθως καν τη δυνατότητα πραγματικής αντιμετώπισης περιστατικών, αυτοπεριοριζόμενα είτε σε αντιμετώπιση απλών περιστατικών είτε σε καθαρή συνταγογράφηση.

²⁰⁹ Γείτονα Μ., και συν. (1995), *Πολιτικές διαχείρισης και κόστος νοσηλείας των αλλοδαπών στο Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Νοσοκομείο*, ό.π., σ. 234

²¹⁰ Παπαλιμναίου Β., και συν. (2000), *Προσέλευση αλλοδαπών κατά εθνικότητα, φύλο και ηλικία στα εξωτερικά παθολογικά ιατρεία γενικού νοσοκομείου των Αθηνών*. Ελεύθερη ανακοίνωση στο 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας & Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα, 21-23 Φεβρουαρίου 2000 (τόμ. Περιλήψεων, σ. 62)

²¹¹ Norredam M, Krasnik A, Moller Sorensen T, et al. (2004), ό.π.

²¹² Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. (2001), ό.π.

²¹³ Για την αυξημένη προσέλευση στα εξωτερικά ιατρεία (outpatient clinic), βλ. και Lanting L. C., et al. (2008), ό.π.

²¹⁴ *Immigration: the true cost to Britain*. Άρθρο στην εφημ. **The Daily Mirror**, 18.10.2007

²¹⁵ Santamaría F. N. et al. (2002), ό.π.

²¹⁶ Cots F., Castells X., et al. (2007), ό.π.

²¹⁷ Rué M., Cabré X., et al. (2008), ό.π.

²¹⁸ Rodríguez Álvarez E., et al. (2008), *Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco*, Rev. Esp. Salud Publica, Vol. 82, No. 2. Δημοσιευμένο στο διαδίκτυο: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272008000200007&script=sci_arttext (ημ. ανάκτησης: 20.01.10)

²¹⁹ Παππά Εβ. (2008), ό.π., σ. 13

²²⁰ Βλ. και Θεοδωράκης Π. (2007), *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*. Στο: Σουλιώτης Κ. (επιμ.), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης, σ. 439-462, και ιδ. 452-453

Από την άλλη πλευρά, η βιβλιογραφία συμφωνεί επίσης με το ότι οι αλλοδαποί γενικά χρησιμοποιούν λιγότερο συχνά τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με το γηγενή πληθυσμό, τόσο στην Ελλάδα (31,3% έναντι 45,4%²²¹), όσο και σε άλλες χώρες, όπως στις ΗΠΑ²²², τον Καναδά²²³ (αν και μία έρευνα στο Κεμπέκ βρήκε ίδια ποσοστά χρήσης δημοσίων υπηρεσιών, αλλά αυξημένα ποσοστά επισκέψεων σε ιδιώτες ειδικούς γιατρούς²²⁴), την Ισπανία^{225, 226}, την Ιταλία²²⁷ και την Πορτογαλία²²⁸.

Η εύκολη πρόσβαση των αλλοδαπών στα Επείγοντα, πιθανόν υπογραμμίζει τη σημασία άλλων παραγόντων που περιορίζουν την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας, και που έχουν ήδη εντοπιστεί από τη διεθνή βιβλιογραφία, όπως:

(α) *Η έλλειψη γνώσης και πληροφόρησης* για το υγειονομικό σύστημα της χώρας υποδοχής^{229, 230}. Είναι λογικό ότι η έλλειψη πληροφόρησης για τη δομή, τον τρόπο λειτουργίας του Συστήματος και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών εμποδίζει τους μετανάστες να επιλέγουν την σωστή υπηρεσία για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους²³¹. Για παράδειγμα, βλέπουμε στο ΓΝΚ αλλοδαπούς οι οποίοι έρχονται για το πιστοποιητικό υγείας (προκειμένου να βγάλουν άδεια παραμονής) αγνοώντας ότι μπορούσαν να κάνουν την ίδια δουλειά στο Κέντρο Υγείας της περιοχής τους (σε ορισμένα Κ.Υ., έστω).

(β) *Δυσκολίες στην επικοινωνία*: Η άγνοια ή η πλημμελής γνώση της γλώσσας της χώρας υποδοχής μπορεί να δυσκολέψει πολύ τα πράγματα^{232, 233, 234}. Σε αρκετές

²²¹ Μαράτου-Αλιπράντη Λ., Γκαζόν Ε. (2005), *Μετανάστευση και Κοινωνική Ασφάλιση: Μια προσέγγιση με βάση δεδομένα της έρευνας EU-SLIC και των Ασφαλιστικών Ταμείων*, Αθήνα: ΕΚΚΕ

²²² Ortega A. N., et al. (2007), ό.π.

²²³ Wen S. W., Goel V., Williams J. I. (1996), ό.π.

²²⁴ Blais R. (1999), *Do ethnic groups use health services like the majority of the population? A study from Quebec, Canada, Social Science & Medicine*, Vol. 48, No. 9, σ. 1237-1245. Περίληψη: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953698004237> (ημ. επίσκ. 13.09.10)

²²⁵ Carrasco-Garrido P. et al. (2007), ό.π.

²²⁶ Torres-Cantero A. M., Miguel A.G., Gallardo C., Ippolito S. (2007), ό.π.

²²⁷ Cacciani L., et al. (2006), ό.π.

²²⁸ Dias S. F., Severo M., Barros H. (2008), ό.π.

²²⁹ Mighealthnet (2009), 'Εκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα', ό.π., σ. 28

²³⁰ Moreno P. G., Gómez E. J. L., Agudo Polo S. (2007), *Barreras de acceso al sistema sanitario para inmigrantes subsaharianos*, SEMG, No 100, σ. 680-684

²³¹ Παππά Εβ. (2008), ό.π., σ. 13-14

²³² Flores G., et al., (1998), *Access Barriers to Health Care for Latino Children*, Arc Pediatr Adolesc Med, Vol. 152 σ. 1119-1125

²³³ Norredam M., Krasnik A., Moller Sorensen T., et al. (2004), ό.π.

²³⁴ Cordasco K. M. et al. (2010), *English Language Proficiency and Geographical Proximity to a Safety Net Clinic as a Predictor of Health Care Access*, Journal of Immigrant and Minority Health. Δημοσιευμένο στο διαδίκτυο στις 18.12.2010, με doi 10.1007/s10903-010-9425-6 και διαθέσιμο μέσω Springerlink.com

περιπτώσεις είτε ο αλλοδαπός είτε το προσωπικό αγνοούν κάποια τρίτη γλώσσα (π.χ. αγγλικά), και έτσι το πρόβλημα απλώς χειροτερεύει, αφού δεν υπάρχει καμία σχεδόν επικοινωνία (και έτσι, για παράδειγμα, η διάγνωση και η ενημέρωση του ασθενή γίνεται μια πολύ δύσκολη υπόθεση^{235, 236}). Η ύπαρξη διερμηνέων μπορεί να ακούγεται σαν μια ενδιαφέρουσα (αν και εξωπραγματική —για τα ελληνικά δεδομένα) λύση, αλλά αυτό θα μπορούσε ίσως να γίνει σε κάποια μεγάλα νοσοκομεία. Στην πράξη, στις περισσότερες περιπτώσεις απλώς επιστρατεύονται κάποιοι συμπατριώτες του ασθενούς οι οποίοι έχουν περισσότερα χρόνια στην Ελλάδα και διαμεσολαβούν ως μεταφραστές.

(γ) *Φόβος για διακρίσεις*: Η έλλειψη επικοινωνίας, οι πολιτισμικές διαφορές²³⁷, ακόμα και οι προσωπικές απόψεις των επαγγελματιών υγείας περί ‘ξένων’ μπορούν να οδηγήσουν στη δημιουργία στερεότυπων αντιλήψεων για τους μετανάστες²³⁸. Πρέπει όμως εδώ να επισημανθεί ότι τα κρούσματα κακομεταχείρισης αλλοδαπών από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι σπάνια και αποτελούν οπωσδήποτε μεμονωμένα περιστατικά²³⁹, αν και έχει υποστηριχτεί ότι το 10,3% του νοσηλευτικού προσωπικού αρνείται να τους παράσχει νοσηλεία²⁴⁰.

Οι παράτυποι αλλοδαποί, από την άλλη, έχει διαπιστωθεί πολλές φορές στη βιβλιογραφία ότι συχνά αποφεύγουν εκουσίως την επαφή με το σύστημα υγείας φοβούμενοι ότι μπορεί να ταυτοποιηθούν και τα στοιχεία τους να δοθούν στις Αρχές —με τις συνέπειες που μπορεί να έχει κάτι τέτοιο^{241, 242, 243, 244}.

²³⁵ Βλ. ενδ. για την Ολλανδία: Lanting L. C., et al. (2008), ό.π.

²³⁶ Bischoff A. (2003), *Caring for migrant and minority patients in European hospitals*. Άρθρο διαθέσιμο στο διαδίκτυο: http://www.mfh-eu.net/public/files/mfh_literature_review.pdf (ημ. επίσκ. 22.03.10)

²³⁷ Schepper E., et al. (2006), *Potential Barriers to the Use of Health Services among Ethnic Minorities: A Review*, Family Practice, Vol. 23, No. 3, σ. 325-348. Δημοσιευμένο και στο διαδίκτυο (13.02.06) με doi 10.1093/fampra/cmi113 στη διεύθυνση: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/23/3/325.full> (ημ. ανάκτ. 04.06.10)

²³⁸ Flakerud J. H., Kim S. (1999), *Health problems of Asian and Latino immigrants : Emerging nursing care of vulnerable populations*, ό.π.

²³⁹ Mighealthnet (2009), ό.π., σ. 29

²⁴⁰ *Οι παράνομοι μετανάστες, το ΕΣΥ και τα χρόνια νοσήματα*: Ρεπορτάζ της εφημ. **Η Καθημερινή** (26.09.2007): http://www.kathimerini.gr/4dcgi/w_articles_ell_1_26/09/2007_242744 (ημ. επίσκ. 11.01.10)

²⁴¹ Berk M. L., Schur C. L. (2001), *The Effect of Fear on Access to Care Among Undocumented Latino Immigrants*, Journal of Immigrant Health, Vol. 3, No. 3, σ. 151-156. Περίληψη στο διαδίκτυο: <http://www.springerlink.com/content/k43756u272j0r443/> (ημ. επίσκ. 20.01.2010)

²⁴² Βλ. ενδ. για τη Γερμανία: *Spotlight Berlin: Illegal Immigrants and the Health Care Dilemma*: Ρεπορτάζ της **Ντόιτσε Βέλλε** (26.02.2009). Στο διαδίκτυο: <http://www.dw-world.de/dw/article/0,,4056861,00.html> (ημ. επίσκ. 21.01.2010)

²⁴³ Asch S., Leake B., Gelberg L. (1994), *Does fear of immigration authorities deter tuberculosis patients from seeking care?*, Western Journal of Medicine, Vol. 161, No.4, σ. 373-376

Όσον αφορά τα **αίτια προσέλευσης** των αλλοδαπών ασθενών στα Επείγοντα, προέκυψε ότι κατά το μεγαλύτερο μέρος (60% στα Παθολογικά, 50-53% στα Χειρουργικά) η προσέλευση στα Επείγοντα αφορούσε *μη απειλητικές για τη ζωή* καταστάσεις, και κυρίως:

Για τον Παθολογικό τομέα: εποχιακές ιώσεις/λοιμώξεις ανώτερου αναπνευστικού (24% των περιστατικών), ενοχλήσεις από το γαστρεντερικό (17%), και αλλεργικά εξανθήματα (8,6%)²⁴⁵, εργατικά ατυχήματα και κακώσεις (20% των περιστατικών για τον Χειρουργικό). Και πάλι ευθυγραμμίζονται τα ευρήματα της παρούσας εργασίας με εκείνα της βιβλιογραφίας, αφού π.χ. το ίδιο προέκυψε και στην Έκθεση της Mighealth²⁴⁶, και παρόμοια φαίνεται να είναι η κατάσταση και για νοσοκομεία της Ισπανίας^{247, 248}.

Στην Ιταλία, από την άλλη βρέθηκε ότι κάποια σοβαρά μεταδοτικά νοσήματα (40% AIDS και 20% φυματίωση) αποτελούν επίσης ένα κομμάτι των εισαγωγών, με αναλογία 2,73 ασθενείς ανά 1000 αλλοδαπούς, ενώ γενικά οι μεταδοτικές και παρασιτικές νόσοι αποτελούν κατά μέσο όρο το 8,4% των εισαγωγών²⁴⁹. Πάλι στην Ιταλία, σε μία άλλη έρευνα υπολογίστηκε ότι το 6% των εισαγωγών των αλλοδαπών κατά το 2002 οφείλονταν σε τροπικά νοσήματα (κυρίως ελονοσία και σχιστοσωμίαση)²⁵⁰.

Στο ΓΝΚ δεν έχουν παρουσιαστεί (ακόμα τουλάχιστον) κρούσματα τροπικών νόσων, ενώ από πλευράς φυματίωσης, σύμφωνα με το Αντιφυματικό Ιατρείο του ΓΝΚ, το

²⁴⁴ Μαρούκης Θ., Νικόλοβα Μ., *Το έλλειμμα της υγείας και οι μετανάστες*. Άρθρο στην εφημ. **Η Καθημερινή** (07.12.2010), σ. 13

²⁴⁵ Παρόμοια εικόνα και στο Γεωργίου Α., και συν. (2000), *Αίτια Προσέλευσης και Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας Αλλοδαπών σε Γενικό Νοσοκομείο των Αθηνών*. Ελεύθ. Ανακοίνωση στο 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα 21-23 Φεβρ. 2000 (τόμος περιλήψεων, σ. 63)

²⁴⁶ Mighealthnet (2009), ό.π., σ. 18

²⁴⁷ Santamaría F. N. et al. (2002), ό.π.

²⁴⁸ Sanz B., Torres A.M., Schumacher R., (2000), *Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la comunidad de Madrid*, *Medicina Clínica* (Barc), Vol. 26, σ. 314-318. Περίληψη:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11100601> (ημ. επίσκ. 20.01.2010)

²⁴⁹ Cacciani L., et al. (2006), ό.π.

²⁵⁰ Scotto G., et al. (2008), *Epidemiological Multicentric Italian Society of Infectious and Tropical Diseases Study on Prevalence of Tropical Diseases in Hospitalized Immigrants in Italy During 2002*, *Infectious Diseases in Clinical Practice*, Vol. 16, No. 2, σ. 105-108. Διαθέσιμο και στο διαδίκτυο: http://journals.lww.com/infectdis/Fulltext/2008/03000/Epidemiological_Multicentric_Italian_Society_of.6.aspx (ημ. ανάκτ. 03.01.11)

2009 εντοπίστηκαν 59 αλλοδαποί με θετική δερμοαντίδραση Mantoux, από τους οποίους οι 7 θεωρήθηκαν πιθανά κρούσματα και έλαβαν θεραπεία.

Στην Ολλανδία, επίσης, ένα μεγάλο ποσοστό όσων προσήλθαν το 2002-2003 σε ένα μεγάλο νοσοκομείο του Ρότερνταμ με «σημεία και συμπτώματα από το γαστρεντερικό»²⁵¹, κοινό εύρημα και στην παρούσα εργασία.

Όσον αφορά τα αυξημένα ποσοστά εργατικών ατυχημάτων και κακώσεων, αυτό αποδίδεται στο ότι πολλοί αλλοδαποί εργάζονται σε τομείς υψηλού κινδύνου και χαμηλών αποδοχών^{252, 253, 254}, όπως οι οικοδομές, τα λιμάνια και οι αγροτικές εργασίες. Ως εκ τούτου, είναι συχνοί οι τραυματισμοί είτε από πτώση (265 τέτοια περιστατικά στα ΤΕΠ του Γ.Ν. Κορίνθου μέσα στο 2009, εκ των οποίων τα 38 χρειάστηκαν εισαγωγή και τα 6 διακομίστηκαν), είτε από άλλες κακώσεις και κατάγματα (συνολικά 600 περιστατικά, τα 20 χρειάστηκαν εισαγωγή).

Παρεμφερή συμπεράσματα υπάρχουν και στην έρευνα των Alexe et al. (2003)²⁵⁵, καθώς και στις ΗΠΑ^{256, 257}, αλλά και στην Ιταλία όπου σύμφωνα με μια έρευνα οι κακώσεις και τα κατάγματα αποτέλεσαν τη βασική αιτία εισαγωγής των αντρών²⁵⁸. Μάλιστα, σε έρευνα στο Λάτσιο βρέθηκε ότι οι τραυματισμοί αποτελούσαν το 1/4 των εισαγωγών των αντρών²⁵⁹. Από μία άλλη έρευνα, προέκυψε ότι η συχνότητα εργατικών ατυχημάτων σε εργάτες που είναι παράτυποι μετανάστες, είναι σχεδόν η διπλάσια από εκείνη των νόμιμων μεταναστών που εργάζονται σε παρεμφερείς

²⁵¹ Lanting L. C., et al. (2008), ό.π.

²⁵² Benach J., et al. (2009), *Immigration employment relations, and health: Developing a research agenda*, ό.π.

²⁵³ McCauley L. A. (2005), *Immigrant workers in the United States: recent trends, vulnerable populations, and challenges for occupational health*, American assoc of occupational health nurses journal, Vol. 53, No. 7, σ. 313-319. Περίληψη: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16097105> (ημ. επίσκ. 06.10.10)

²⁵⁴ Capacci F, Carnevale F, Gazzano N. (2005), *The health of foreign workers in Italy*, Int J of Occup Environ Health, Vol. 11, No. 1, σ. 64-69

²⁵⁵ Alexe D.M., et al., (2003), *Characteristics of farm injuries in Greece*, Journal of Agricultural Safety and Health, Vol. 9, No.3, σ.233-240

²⁵⁶ DuBard A. C., Massing M. W. (2007), *Trends in Emergency Medicaid Expenditures for Recent and Undocumented Immigrants*, ό.π.

²⁵⁷ Orrenius P. M., Zavodny M. (2009), *Do Immigrants work in riskier jobs?*, Federal Reserve Bank of Dallas, Texas

²⁵⁸ Cacciani L., et al. (2006), ό.π.

²⁵⁹ Baglio G., et al. (2010), *Utilisation of hospital services in Italy: a comparative analysis of immigrant and Italian citizens*, Journal of Immigrant and Minority Health, Vol. 12, No. 4, σ. 598-609. Περίληψη εδώ: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20140517>

εργασίες²⁶⁰, και τα ατυχήματα αυτά αφορούν κατά κύριο λόγο άντρες νεαρής ηλικίας (18-34 ετών)²⁶¹. Επίσης, έχει επισημανθεί η πιθανότητα πολλοί αλλοδαποί να αναφέρουν ότι ο τραυματισμός έγινε στο σπίτι και όχι στη δουλειά, επειδή φοβούνται πιθανή απόλυση²⁶².

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία του ΙΚΑ για το 2005, αντιστοιχούν κανονικά περίπου 7 ατυχήματα ανά 1000 εργαζόμενους, όπως αυτά καταγράφονται από τις στατιστικές του οργανισμού. Η συχνότητα των ατυχημάτων σε αλλοδαπούς εργαζόμενους (καταγωγής εκτός Ε.Ε.) είναι όμως μεγαλύτερη, αφού έχουν καταγραφεί 11 ατυχήματα ανά 1000 αλλοδαπούς εργαζόμενους²⁶³.

Ως προς τα *τροχαία ατυχήματα*, και αυτά αποτέλεσαν ένα ενδιαφέρον ποσοστό των εισαγωγών, αφού στο ΓΝΚ προσήχθησαν 213 τέτοια περιστατικά, εκ των οποίων χρειάστηκαν νοσηλεία οι 67 και διακομιδή οι 10 (ποσοστό 33,3% των νοσηλευομένων σε χειρουργική και ορθοπαιδική κλινική μαζί, και ποσοστό 8,9% του συνόλου των εισαγωγών). Δεν είναι δύσκολο να καταλάβει κανείς γιατί: η Κόρινθος βρίσκεται στο σημείο όπου συναντώνται τρεις αυτοκινητόδρομοι (Αθηνών-Κορίνθου, Κορίνθου-Πατρών και Κορίνθου-Τριπόλεως), και έτσι τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν δυστυχώς συχνά περιστατικά και σε ημεδαπούς και σε αλλοδαπούς.

Σε μια έρευνα στη Βόρεια Καρολίνα (ΗΠΑ) προέκυψε ότι το 1/5 των εισαγωγών οφείλονταν σε τραυματισμούς κυρίως λόγω τροχαίων²⁶⁴, αλλά η διεθνής βιβλιογραφία δεν αναφέρει αρκετά πράγματα για την εμπλοκή αλλοδαπών σε τροχαία ατυχήματα.

Τα *νοσήματα φθοράς* (υπέρταση, διαβήτης, κλπ) και τα χρόνια νοσήματα (αναπηρίες, νεοπλάσματα, καρδιολογικά, κλπ) παρουσιάζουν μεγαλύτερο επιπολασμό στον

²⁶⁰ Marchiori L., et al. (2008), [*A procedure for estimating the rate of occupational accidents in non-European-Union workers with irregular immigrant status*], *La Medicina del Lavoro*, Vol. 99, Suppl. 1, σ. 76-87. Περίληψη στα αγγλικά: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18404901> (ημ. επίσκ. 20.02.11)

²⁶¹ Colao A. M. (2006), [*Occupational accidents among immigrant workers in the Fabriano areas*], *La Medicina del Lavoro*, Vol.97, No. 6, σ. 787-798. Περίληψη στα αγγλικά: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17219768> (ημ. επίσκ. 15.11.10)

²⁶² Mastrangelo G., et al. (2010), *Work related injuries: estimating the incidence among illegally employed immigrants*, *BMC Res Notes.*, 3: 331. Δημοσιευμένο στο διαδίκτυο στις 08.12.2010, με doi 10.1186/1756-0500-3-331 στη διεύθυνση <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3019162/> (ημ. ανάκτ. 20.01.11)

²⁶³ Mighealthnet (2009), ό.π., σ. 18

²⁶⁴ DuBard A. C., Massing M. W., (2007), , ό.π.

ντόπιο πληθυσμό λόγω μεγαλύτερου συγκριτικά μέσου όρου ηλικίας. Για το ΓΝΚ, προέκυψε ότι το 2009 οι αλλοδαποί με καρδιολογικά, χρόνια αναπνευστικά και μεταβολικά προβλήματα (εν προκειμένω, παχυσαρκία ή/και αρρυθμιστο σακχαρώδη διαβήτη, κυρίως) ήταν 57 (ήτοι ποσοστό 4% όσων προσήλθαν στο Παθολογικό ΤΕΠ), και χρειάστηκε να εισαχθούν για περαιτέρω ιατρικό έλεγχο οι 30. Σημειώνουμε εδώ όμως, ότι έχουμε πια μετανάστες πρώτης γενιάς άνω των 50–60 ετών· το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με το ότι οι μετανάστες δεύτερης και τρίτης γενιάς ενσωματώνονται στην κοινωνία υποδοχής²⁶⁵ και σταδιακά το νοσολογικό τους προφίλ εξομοιώνεται όλο και περισσότερο με του γηγενούς πληθυσμού²⁶⁶, θεωρούμε πολύ πιθανό οι έρευνες του μέλλοντος να καταγράψουν αύξηση στην περιθάλψη τέτοιων χρόνιων περιστατικών.

Τα γυναικολογικά και μαιευτικά περιστατικά προέκυψε ότι αποτέλεσαν ένα μεγάλο μέρος των εισαγωγών: Για την ακρίβεια, οι περισσότερες εισαγωγές έγιναν ακριβώς στη Γυναικολογική–Μαιευτική κλινική του ΓΝΚ (318 εισαγωγές, 36,85% του συνολικού αριθμού, βλ. και Πίνακα 5.4) και αφορούσαν από απλά περιστατικά (διερεύνηση υπερηβικού άλγους, καθυστέρηση στην έμμηνο ρύση, μικρές κολπορραγίες), μέχρι πιο σοβαρά περιστατικά (εκτεταμένη αιμορραγία, επιπλοκές τοκετού, εκτρώσεις) και, βέβαια, τοκετούς (επί πληρωμή, φυσιολογικούς ή με καισαρική τομή).

Και πάλι, τα αποτελέσματα αυτά ευθυγραμμίζονται με τα αντίστοιχα της βιβλιογραφίας, αφού σε πολλές έρευνες έχει διαπιστωθεί αυξημένη συρροή γυναικολογικών και μαιευτικών περιστατικών σε δημόσια νοσοκομεία από αλλοδαπές γυναίκες^{267, 268}. Στη Βρετανία, είδαμε ότι το Σύστημα Υγείας (NHS) ξοδεύει πλέον 350 εκατομμύρια λίρες για έξοδα τοκετών των αλλοδαπών, 200 εκατομμύρια περισσότερα σε σχέση με δέκα χρόνια πριν²⁶⁹.

Στις ΗΠΑ, οι DuBard και Massing (2007), υπολόγισαν ότι το 2004 μόνο οι τοκετοί και οι επιπλοκές εγκυμοσύνης αποτελούσαν το 82% των δαπανών του προγράμματος κάλυψης επειγόντων περιστατικών του Medicaid (Emergency Medicaid) και το 91%

²⁶⁵ Χλέτσος Μ. (2001), ό.π., σ. 35

²⁶⁶ Lanting L. C., et al. (2008), ό.π.

²⁶⁷ Μαράτου-Αλιπράντη Λ., Γκαζόν Ε. (2005), ό.π., σ. 33-34

²⁶⁸ Καϊτελίδου Δ., Σίσκου Ο., Νικολάου Σ. (2003), *Η χρήση υπηρεσιών υγείας από πρόσφυγες και μετανάστες στην Ελλάδα*. 14η Ημερίδα Ελληνικής Νεφρολογικής Ένωσης Νοσηλευτών. Αθήνα: Πολεμικό Μουσείο.

²⁶⁹ Ρεπορτάζ του **BBC**: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/7215624.stm>

των νοσηλειών²⁷⁰ στη Βόρεια Καρολίνα. Ομοίως, μια άλλη έρευνα²⁷¹ διαπίστωσε ότι, ενώ τα γενικά ποσοστά νοσηλείας των αλλοδαπών ήταν παρόμοια με των γηγενών, αυτό δεν ίσχυε για τα μαιευτικά περιστατικά, τα οποία παρουσίαζαν αυξημένα ποσοστά νοσηλείας.

Σε έρευνα σε κλινική του Καναδά, η πλειονότητα όσων προσέρχονταν ήταν γυναίκες (66%) και 17% εξ αυτών είχαν ανάγκες σχετιζόμενες με τοκετό²⁷².

Παρόμοια τα ευρήματα και από έρευνες στην Ισπανία²⁷³, τη Χώρα των Βάσκων²⁷⁴ αλλά και την Καταλονία, όπου σε έρευνα που έγινε το 2000 σε νοσοκομείο της Βαρκελώνης βρέθηκε ότι οι τοκετοί αποτέλεσαν 33% των εισαγωγών²⁷⁵, ενώ σε επόμενη έρευνα στο ίδιο νοσοκομείο το 2004, προέκυψε γενικά χαμηλότερη χρήση των επειγόντων, πλην γυναικολογικών προβλημάτων και ελασσόνων περιστατικών όπου η αναλογία ήταν στα ίδια επίπεδα με το γηγενή πληθυσμό²⁷⁶.

Στην Ιταλία έχει υπολογιστεί ότι το 2002 το 48% των επειγουσών εισαγωγών στα νοσοκομεία και το 56% των ημερησίων νοσηλειών αφορούσαν εγκυμοσύνες, τοκετούς, και εθελούσιες εκτρώσεις²⁷⁷. Σε μια πιο πρόσφατη έρευνα, τέλος, προέκυψε ότι το ποσοστό γυναικών εφηβικής ηλικίας με εγκυμοσύνη στη βορειοανατολική Ιταλία ήταν σχεδόν οκταπλάσιο από το αντίστοιχο των Ιταλίδων ίδιας ηλικίας²⁷⁸. Με βάση αυτές τις τάσεις στην υπόλοιπη Ευρώπη, ίσως σημειωθεί περαιτέρω αύξηση γυναικολογικών/μαιευτικών περιστατικών και στη χώρα μας τα επόμενα χρόνια, επομένως.

Σχετικά με τον **δείκτη εισαγωγών**, προέκυψε ότι οι αλλοδαποί αποτέλεσαν το **5,48%** των εισαγωγών στο νοσοκομείο. (Χωρίς να συμπεριλαμβάνονται οι εισαγωγές στις

²⁷⁰ DuBard A. C., Massing M. W. (2007), ό.π.

²⁷¹ Berk M. L., et al. (2000), *Health Care Use among Undocumented Latino Immigrants*, *Health Affairs*, Vol. 19, No. 4, σ. 51-64

²⁷² Caulford P., Vali Y. (2006), ό.π.

²⁷³ Jansà J. M., García de Olalla P. (2004), ό.π.

²⁷⁴ Rodríguez Álvarez E., et al. (2008), ό.π.

²⁷⁵ Cots F., Castells X., et al. (2007), ό.π.

²⁷⁶ Buron A., et al. (2008), *Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain*. *BMC Health Serv Res.*, Vol. 3, No.8, 51. Δημοσιευμένη στο διαδίκτυο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2311300/> (ημ. επίσκ.19.02.11)

²⁷⁷ Spinelli A., et al. (2005), [*Health conditions of immigrant women in Italy*], *Annali di Igiene*, Vol. 17, No. 3, σ. 231-241. Περίληψη στα αγγλικά: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16041925> (ημ. επίσκ. 16.12.10)

²⁷⁸ Fedeli U., et al. (2010). *Obstetric hospitalizations among Italian women, regular and irregular immigrants in North-Eastern Italy*, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, Vol. 89, No. 11, σ. 1432-1437

ειδικές Μονάδες νοσηλείας· αν τις συμπεριλάβουμε, το ποσοστό περιορίζεται στο 5,06%.)

Αυτό το ποσοστό υποδηλώνει ότι παρά την αυξημένη χρήση των Επειγόντων, τελικά οι αλλοδαποί δεν φαίνεται να νοσηλεύθηκαν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο περισσότερο από τους ημεδαπούς, ούτε και για μεγαλύτερη χρονική διάρκεια: η μέση διάρκεια νοσηλείας των αλλοδαπών είναι ίδια με τη γενική μέση διάρκεια νοσηλείας του νοσοκομείου (2,4 ημέρες).

Σε αυτό το σημείο, όμως, διαφοροποιείται η παρούσα εργασία από εκείνη του Κόντη (2006): Στην εργασία του είχε προκύψει ότι —σε αντίθεση με τους αλλοδαπούς— οι νοσηλείες των ημεδαπών χαρακτηρίζονται από πολυήμερες νοσηλείες²⁷⁹, ενώ στην παρούσα εργασία η μέση διάρκεια νοσηλείας των αλλοδαπών είναι ξεκάθαρα η ίδια με τη γενική μέση διάρκεια νοσηλείας του νοσοκομείου. Αυτή η διαφορά πιθανότατα οφείλεται σε κάποια γενικότερα χαρακτηριστικά του Γ.Ν. Κορίνθου, τα οποία περιλαμβάνουν όχι μόνο τη χαμηλή ΜΔΝ (που είναι το ήμισυ του εθνικού μέσου όρου), αλλά και χαμηλή πληρότητα επίσης (57%). Οι δείκτες αυτοί, σύμφωνα με κάποια μελέτη αξιολόγησης, στην ουσία υποδεικνύουν ότι το ΓΝΚ «*λειτουργεί περισσότερο ως διακομιστικό κέντρο*» και ότι «*αφήνει ανεκμετάλλευτο το 60% των δυνατοτήτων του*»²⁸⁰.

Επιστρέφοντας στα ποσοστά νοσηλείας των μεταναστών, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας ευθυγραμμίζονται με εκείνα πιλοτικής έρευνας που έγινε το 2003 σε νοσοκομείο της βορειοδυτικής Αττικής, όπου το ποσοστό εισαγωγών αλλοδαπών ήταν 6,2%²⁸¹. Επίσης, έχει υπολογιστεί ότι κατά την περίοδο 2004-2005 το ποσοστό των μεταναστών που νοσηλεύτηκαν στα δημόσια νοσοκομεία (έστω και για μία ημέρα) ήταν το 6,1% του μεταναστευτικού πληθυσμού^{282, 283}, ενώ ο Καψάλης (2004) αναφέρει για το νοσοκομείο 'Σωτηρία' ότι οι αλλοδαποί που νοσηλεύτηκαν αποτέλεσαν το 6,7%²⁸⁴ επί του συνόλου.

²⁷⁹ Κόντης Α., (2006), ό.π., σ. 44

²⁸⁰ Μανιαδάκης Ν., Κυριόπουλος Γ. (2009), *Μέτρηση της Αποδοτικότητας των Νοσηλευτικών Μονάδων Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης*, Αθήνα: ΕΣΔΥ, σ. 83-84

²⁸¹ Μαράτου-Αλιπράντη Λ., Γκαζόν Ε. (2005), ό.π., σ. 32

²⁸² Κόντης Α., (2006), ό.π., σ. 44

²⁸³ Παππά Εβ. (2008), ό.π., σ. 14

²⁸⁴ Καψάλης, (2004), ό.π.

Σε παλαιότερες εργασίες που αφορούσαν κάποιο άλλο νοσοκομείο της Αθήνας, τα ποσοστά εισαγωγών ήταν 15,7%²⁸⁵ και 12,1% αντίστοιχα, αν και η δεύτερη μελέτη αφορούσε μόνο ασθενείς του Παθολογικού τομέα²⁸⁶.

Στη βιβλιογραφία βλέπουμε ότι ενδεικτικά, το 2000 στην επαρχία του Λος Άντζελες (Los Angeles county) το ποσοστό των παράτυπων μεταναστών που είχαν νοσηλευτεί ήταν μόνο 11% (σε μια περιοχή που οι μετανάστες αποτελούν το 45% του πληθυσμού)²⁸⁷, και σε μια ευρύτερη έρευνα με παλαιότερα δεδομένα²⁸⁸ φαίνεται ότι οι δείκτες νοσηλείας είναι παρόμοιοι μεταξύ αλλοδαπών και Αμερικανών (πλην γυναικολογικών περιστατικών, όπως είδαμε). Σε μια άλλη έρευνα στη Νέα Υόρκη, βρέθηκε επίσης ότι οι μετανάστες είχαν συγκριτικά χαμηλότερα ποσοστά νοσηλείας από τους γηγενείς²⁸⁹.

Στο Τορόντο του Καναδά οι Glazier et al. (2004) βρήκαν πάντως αυξημένα ποσοστά νοσηλείας για τους πρόσφατους μετανάστες²⁹⁰, αν και μία άλλη έρευνα σε άλλη επαρχία έδειξε χαμηλότερα ποσοστά νοσηλείας για τους μετανάστες από ότι για τον γηγενή πληθυσμό²⁹¹. Αυτό έχει αποδοθεί σε διαφορές μεταξύ των διαφορετικών εθνοτικών/μεταναστευτικών ομάδων στον Καναδά, αλλά και των διαφορών των υγειονομικών υπηρεσιών ανά περιφέρεια και πολιτεία.

Στη Σουηδία βρέθηκε ότι οι μετανάστες νοσηλεύονται μάλλον συχνότερα από το γηγενή πληθυσμό, γεγονός που έχει αποδοθεί όχι τόσο σε επιβαρημένο επίπεδο υγείας, όσο στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν εκεί και καθιστούν δύσκολη την ενσωμάτωση κάποιου ξένου στην αγορά εργασίας²⁹².

²⁸⁵ Γείτονα Μ., και συν., (1995), ό.π., σ. 234

²⁸⁶ Γεωργίου Α., και συν., (2000), ό.π.

²⁸⁷ Goldman D. P., Smith J. P., Sood N., (2006), ό.π.

²⁸⁸ Berk M. L. et al., (2000), ό.π.

²⁸⁹ Muennig P., Fahs M. C. (2002), ό.π.

²⁹⁰ Glazier et al. (2004), *Neighbourhood recent immigration and hospitalization in Toronto*, Canadian Journal of Public Health, Vol. 95, No. 3, σ. 30-34

²⁹¹ Kliewer E. V., Kazanjian A. (2000), *Health Status and Medical Services Utilization of Recent Immigrants to Manitoba and British Columbia: A Pilot Study*. Vancouver: BC Office of Health Technology Assessment

²⁹² Klinthall M. (2008), *Ethnic Background, Labour Market Attachment and Severe Morbidity: Hospitalisation among Immigrants in Sweden 1990–2001*, Journal of International Migration and Integration, Vol. 9, No. 1, σ. 45–61. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: http://www.forsakringskassan.se/irj/go/km/docs/fk_publishing/Dokument/Rapporter/Working_papers/wp0701_etnisk_bakgrund_integrations_och_sjuklighet_slutenvard_bland_invandrare_i_sverige_1990_2001_ethnic_background_labor_market_attachment_and_severe_morbidity.pdf (ημ. επίσκ. 17.12.10)

Στην Ισπανία, φαίνεται μεν οι αλλοδαποί να νοσηλεύονται περισσότερο από τους Ισπανούς (11,4% έναντι 8,2%)²⁹³, αλλά μια άλλη έρευνα από την Βαρκελώνη υποστηρίζει ότι οι αλλοδαποί αποτελούν μεν το 26% των επειγόντων περιστατικών, αλλά μόνο το 13% των εισαγωγών στο εν λόγω νοσοκομείο²⁹⁴.

Στην Ιταλία, το 2000, μόνο το 2,2% των εξιτηρίων αφορούσε αλλοδαπούς²⁹⁵ (αν και σε αυτή τη χώρα υπάρχουν πάλι σημαντικές διαφορές ανά περιφέρεια), με κύριο αίτιο τους τραυματισμούς για τους άντρες και τις εγκυμοσύνες για τις γυναίκες (όπως είδαμε και προηγουμένως). Νεότερες μελέτες υποστηρίζουν ότι πλέον το ποσοστό εισαγωγής αλλοδαπών στα ιταλικά νοσοκομεία ξεπερνούν το 4%²⁹⁶.

Στη Δανία, τέλος, μια έρευνα έδειξε ότι η μέση διάρκεια νοσηλείας απλώς εξαρτάται από τις διαγνωστικές κατηγορίες: έτσι σε κάποιες από αυτές οι Δανοί προηγούνται σε νοσηλεία, ενώ σε κάποιες άλλες οι αλλοδαποί σημειώνουν μεγαλύτερα ποσοστά²⁹⁷.

Ως προς την **οικονομική επιβάρυνση** του Γ.Ν. Κορίνθου από ανασφάλιστους αλλοδαπούς, προέκυψε ότι ενώ τα αναμενόμενα έσοδα από νοσήλια αλλοδαπών ήταν 167.166,55 ευρώ, οι ανεξόφλητες εκκρεμότητες για το 2009 ήταν 86.135,07 ευρώ, δηλαδή το 51,53% των αναμενόμενων νοσηλίων. Αυτό υποδηλώνει ότι, στην πραγματικότητα, ένας στους δύο αλλοδαπούς είτε καθυστερούν είτε δεν καταβάλλουν ποτέ το αντίτιμο για τις υγειονομικές υπηρεσίες που κατανάλωσαν.

Μπορούμε να υποθέσουμε ότι τα αίτια για αυτή την κατάσταση είναι αφενός το ότι ο εντοπισμός και η ενημέρωση των ανθρώπων αυτών από το Γραφείο Κίνησης του Νοσοκομείου αποτελεί μια δύσκολη υπόθεση: η ελλιπής γνώση της Ελληνικής σε συνδυασμό με ατελή ή ανακριβή στοιχεία που έχουν καταχωρηθεί (π.χ. λάθος

²⁹³ Carrasco-Garrido P. et al., (2007), ό.π.

²⁹⁴ Buron A., et al., (2008), ό.π.

²⁹⁵ Cacciani L., et al. (2006), ό.π.

²⁹⁶ Alessandro C. & Mauro B. (2010), *Differences between Italian and immigrant female citizens' hospitalizations related to obstetrical and gynecological diseases in the province of Ferrara, Italy*, The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics, Vol. 12, No. 2. Δημοσιευμένο στο διαδίκτυο: http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_gynecology_and_obstetrics/volume_12_number_2_3/article/differences-between-italian-and-immigrant-female-citizens-hospitalizations-related-to-obstetrical-and-gynecological-diseases-in-the-province-of-ferrara-italy.html (ημ. ανάκτ. 10.02.11)

²⁹⁷ Krasnik A. (2002), *Effect of ethnic background on Danish hospital utilisation patterns*, Social Science and Medicine, Vol. 55, No. 7, σ. 1207-1211. Περίληψη στο διαδίκτυο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/12365531?dopt=Abstract&holding=f1000.f1000m.isrctn> (ημ. επίσκ. 22.11.10)

αριθμός τηλεφώνου ή διεύθυνση), καθιστούν δυσχερή —ή και εντελώς αδύνατη— την αποπληρωμή μέρους των εκκρεμοτήτων.

Έτσι, αν και σήμερα φαίνεται ότι οι περισσότεροι αλλοδαποί είναι ασφαλισμένοι, υπάρχουν και κάποιοι οι οποίοι απλώς δεν έχουν τα χρήματα για να πληρώσουν, και προτιμούν (ειδικά οι παράτυποι) να φύγουν από την περιοχή μετά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Βεβαίως, το κάθε Νοσοκομείο είναι υποχρεωμένο να αναζητά και να εισπράττει τα νοσήλια όλων των νοσηλευομένων σε αυτό, είτε είναι ασφαλισμένοι είτε όχι, αφού το αντίθετο θα αποτελούσε διακριτική αντιμετώπιση των υπολοίπων. Από την άλλη, η οικονομική αδυναμία κάποιων ανθρώπων πρέπει να θεωρείται δεδομένη, πράγμα που συνήθως υποδηλώνει ότι δεν πρόκειται να εξοφλήσουν τις υπηρεσίες υγείας που κατανάλωσαν —αν φυσικά ποτέ εντοπιστούν.

Πιο συγκεκριμένα, οι **οικονομικές εκκρεμότητες των αλλοδαπών** αποτελούν το 1,07% των λειτουργικών δαπανών του νοσοκομείου (8.076.455 ευρώ το 2009) και το 2,63% των συνολικών εσόδων από νοσήλια και το 0,77% των συνολικών δαπανών του νοσοκομείου για το 2009.

Ας σημειωθεί εδώ ότι η έλλειψη σχετικών ερευνών ειδικά για τη χρήση υπηρεσιών υγείας από μετανάστες, αποτελεί έναν περιορισμό για την παρούσα εργασία, αφού δεν μπορούν να γίνουν έγκυρες συγκρίσεις με άλλα ισοδύναμα νοσοκομεία.

Αν όμως συγκριθεί αυτό το ποσοστό με το αντίστοιχο για τις μονάδες υγείας της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιά και Αιγαίου (το 10% των λειτουργικών δαπανών τους), και για την Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής (3,6% συνολικών λειτουργικών δαπανών)²⁹⁸, βλέπουμε ότι το ποσοστό για το ΓΝΚ είναι αρκετά μικρότερο (βεβαίως αναγνωρίζοντας ότι η σύγκριση αυτή είναι ένας πολύ χονδρικός δείκτης και τίποτα περισσότερο).

Τα ποσά εκκρεμοτήτων είναι πολύ μεγαλύτερα, βεβαίως, στα μεγάλα νοσοκομεία, όπως π.χ. το Γ.Ν.Α. 'Ο Ευαγγελισμός', όπου το συνολικό ποσό εξόδων που πραγματοποιήθηκαν για τη νοσηλεία απόρων, αλλοδαπών και ανασφάλιστων ασθενών φτάνει στον Ισολογισμό του 2009 τα 19.229.471,39 ευρώ, τα οποία, σύμφωνα με εκτιμήσεις του Νοσοκομείου, «δεν αναμένεται να εισπραχθούν στο

²⁹⁸ Δημοσίευμα στις 20.03.2011 στο: <http://www.iatrikotypos.com/content/ellada/270-ekat-eyro-gia-perithalpsi-ton-metanaston-se-dyo-xronia> (ημ. επίσκ. 23.03.11)

μέλλον και θεωρούνται επισφαλής»²⁹⁹. Την ίδια στιγμή, στο νοσοκομείο ‘Παπαγεωργίου’ (στη Θεσσαλονίκη) την τελευταία τριετία το κόστος των νοσηλίων μεταναστών και απόρων που βρίσκεται σε εκκρεμότητα, ξεπέρασε τα 6 εκατομμύρια ευρώ²⁹⁸. Επίσης, σύμφωνα με έρευνα στα δύο νοσοκομεία των Ιωαννίνων, το κόστος νοσηλείας ασθενών από την Αλβανία μεταξύ 1991–1999 ανήλθε σε περίπου 35.190.615,83 ευρώ³⁰⁰.

Πρόσφατα, ο Υπουργός Υγείας, κ. Ανδρέας Λοβέρδος, υποστήριξε ότι τα 150 από τα 400 εκατομμύρια ευρώ του ελλείμματος του Υπουργείου Υγείας οφείλονται στη χρήση των κρατικών υπηρεσιών υγείας από μη νόμιμους μετανάστες. Σύμφωνα όμως με τους Μαρούκη και Νικόλοβα (2010), για το 2007 το ανεξόφλητο σύνολο της δαπάνης περίθαλψης αλλοδαπών χωρίς βιβλιάριο απορίας ανερχόταν σε 5.099.325,80 ευρώ. Και σημειώνουν: «Το αξιοπερίεργο είναι το πώς φτάνουμε από τα πέντε (που είναι ήδη μια σοβαρή υπερεκτίμηση των απλήρωτων νοσηλίων των μεταναστών χωρίς χαρτιά) στα 150 εκατομμύρια ευρώ σε μία τετραετία α) όταν οι ροές μη νόμιμων μεταναστών (...) προς τη χώρα μας είναι στα ίδια λίγο-πολύ επίπεδα τα τελευταία 3-4 χρόνια, και β) όταν από διαφορετικές έρευνες διαφαίνεται ότι η πλειονότητα των μη νόμιμων μεταναστών αντιμετωπίζει τα όποια προβλήματα υγείας εν οίκω ή μέσω ΜΚΟ;»³⁰¹

Αποφεύγοντας να πάρουμε θέση στο θέμα λόγω έλλειψης ειδικών γνώσεων και πληροφοριών, ας σημειωθεί μόνο ότι α) οι μεταναστευτικές ροές δεν φαίνεται να είναι σταθερές —μάλλον αυξάνονται, και β) σε μια εποχή που οι συζητήσεις για το πόσο επιβαρύνουν οι ανασφάλιστοι μετανάστες το ΕΣΥ (και κατ’ επέκταση τον κρατικό προϋπολογισμό) πληθαίνουν, είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν περισσότερες επιστημονικές έρευνες πάνω σε αυτό το θέμα, για να αποφεύγονται οι αστήριχτες —και δυνάμει ιδεολογικά πολωμένες— συζητήσεις καφενειακού επιπέδου πάνω σε ένα τόσο σοβαρό ζήτημα.

²⁹⁹ Διαθέσιμος ο Ισολογισμός στο διαδίκτυο: http://www.evangelismos-hosp.gr/xmsAssets/File/ISOLOGISMOS/ISOLOGISMOS_2009.xls (ημ. ανάκτ. 10.01.11)

³⁰⁰ Σχετ. αναφορά στο *Ο αλβανός ασθενής: Πόσο μας κοστίζει η νοσηλεία των γειτόνων από τα Βαλκάνια*. Ρεπορτάζ της εφημ. **Το Βήμα** στις 17.09.2000. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=126020> (ημ. επίσκ. 01.10.10)

³⁰¹ Μαρούκης Θ., Νικόλοβα Μ. (2010), ό.π. σ.13

Επίσης, από την εργασία αυτή προέκυψε κάτι ήδη γνωστό στη βιβλιογραφία: η διάσταση μεταξύ πραγματικού κόστους νοσηλείας και κόστους βάσει νοσηλίου (που καταβάλλουν τα ασφαλιστικά ταμεία). Έτσι, ενώ υπολογίστηκε ότι το μέσο πραγματικό κόστος νοσηλείας (για το νοσοκομείο Κορίνθου) είναι 277,19 ευρώ, πρακτικά βάσει νοσηλίου το κόστος είναι περίπου 80 ευρώ —πολύ λίγο για να καλύψει το κόστος των παρεχομένων φαρμάκων, αναλώσιμων υλικών, τροφίμων, απόσβεσης ξενοδοχειακού εξοπλισμού και συντήρησης συσκευών, οργάνων και μηχανημάτων, και εργατοωρών απασχολούμενου προσωπικού³⁰².

Ας θυμηθούμε επίσης εδώ ότι η κοστολόγηση των ιατρικών εξετάσεων και πράξεων ρυθμίζεται ακόμη από το Π.Δ. 157 του 1991, επομένως βρίσκεται εξ ορισμού σε μεγάλη διάσταση με το πραγματικό κόστος, ούτε και καλύπτει το κόστος των χρησιμοποιούμενων ανά πράξη αναλώσιμων υλικών, αφού είναι λίγα τα φάρμακα και το υγειονομικό υλικό που είναι ανταποδοτικό (δηλαδή εκτός νοσηλίου).

Για την ακρίβεια, δεν περιλαμβάνονται στην έννοια του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου: (α) οι παρακάτω κατηγορίες φαρμάκων: κυτταροστατικά, ανταγωνιστές της ΗΤ3, ανοσοσφαιρίνες κάθε τύπου, υποκατάσταστα πλάσματος και παράγωγα αίματος, αντιαιμορροφιλικοί παράγοντες, ορμόνες υποθαλάμου, υποφύσεως και ομόλογα, διεγερτικά της ερυθροποίησης, αυξητικοί αιμοποιητικοί παράγοντες, ιντερφερόνες, αντιρετροϊκά, ανοσοκατασταλτικά, θρομβολυτικά ένζυμα, σκιαγραφικά που χρησιμοποιούνται στην πυρηνική ιατρική, (β) κάθε φάρμακο του οποίου το κόστος της ημερήσιας δόσης θεραπείας υπερβαίνει το 70% του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου του Παθολογικού Τομέα Γ' Θέσης, (γ) τα φάρμακα που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα και εισάγονται από τα Νοσοκομεία μέσω Ε.Ο.Φ., (δ) όλα τα είδη παρεντερικής διατροφής, τα ειδικά γάλατα και τα ειδικά διαλύματα, (ε) όλες οι μιας χρήσης συσκευές που υποστηρίζουν προσωρινά, περιοδικά ή μόνιμα, ατελείς ή καταργημένες λειτουργίες του οργανισμού, (στ) όλα τα θεραπευτικά μέσα εμφυτεύσιμα και μη, (ζ) όλα τα μοσχεύματα, (η) οι θεραπευτικές προθέσεις, και (θ) υλικά αγγειακής προσπέλασης και αιμοδυναμικού ελέγχου για θεραπευτικούς και διαγνωστικούς σκοπούς. Επίσης δεν περιλαμβάνονται στο κλειστό νοσήλιο οι εξής ιατρικές πράξεις: Αγγειογραφία κάθε είδους, στεφανιογραφία,

³⁰² Αυγερινός Α. (2010), *Η Οικονομική Πολιτική στα Δημόσια Νοσοκομεία*. Στο: Επιλογές Άρθρων Πολιτικής Υγείας, Μηνιαίο ενημερωτικό δελτίο, Ιούλιος 2010, Φύλλο 3, σ. 4-5

σπινθηρογράφημα με γ' κάμερα, παγκρεατογραφία, μαγνητική και αξονική τομογραφία και οι λιθοτριψίες.

Επομένως, όπως εύγλωττα είχε υποστηρίξει σε συνέντευξή του ο Διοικητής του Γ. Ν. Λαμίας, κ. Β. Αγγουράς, «το μάξιμουμ που μπορούμε να χρεώσουμε για έναν χειρουργικό ασθενή είναι γύρω στα 90 ευρώ την ημέρα [με] το νοσήλιο, και αυτός μας κοστίζει κάθε μέρα κατά μέσο όρο 200. Άρα μπαίνουμε μέσα εκ των προτέρων»³⁰³. Αυτό ισχύει σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό, δεδομένου ότι το νοσήλιο των απόρων, των ανασφάλιστων, των αλλοδαπών και γενικότερα όσων δεν έχουν την οικονομική ευχέρεια της καταβολής του, δεν αναπληρώνεται στο σύνολό του από τις επιχορηγήσεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης³⁰², μεγεθύνοντας το ήδη σημαντικό πρόβλημα των ελλειμμάτων των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Έχει υποστηριχθεί ότι είναι ανάγκη η δημιουργία διακρατικών συμφωνιών με τα κράτη προέλευσης των αλλοδαπών για την εξόφληση του κόστους νοσηλείας τους, ανάγκη που φαίνεται ότι θα μεγαλώνει όσο συνεχίζονται αμείωτες οι μεταναστευτικές εισροές προς την Ελλάδα (και ευρύτερα την Ευρωπαϊκή Ένωση).

Τέλος, ένα παράπλευρο εύρημα της παρούσας εργασίας, που αποτέλεσε και περιορισμό για την εξαγωγή πιο ασφαλών αποτελεσμάτων, ήταν η ελλιπής καταγραφή των στοιχείων των αλλοδαπών: Σε σύνολο 1.437 αλλοδαπών που προσήλθαν στο Παθολογικό ΤΕΠ, στο 13,22% δεν καταγράφηκε αν υπάρχει ασφαλιστικός φορέας. Στο Χειρουργικό ΤΕΠ, η καταγραφή ασφαλιστικού φορέα έλειπε στο 48,6% των προσελθέντων. Είναι λογικό ότι η βιασύνη για την αντιμετώπιση του περιστατικού είναι ίσως η βασική αιτία για αυτό το φαινόμενο, αλλά από την άλλη πλευρά αυτό αποδεικνύει πόσο σημαντική είναι η μηχανοργάνωση των ΤΕΠ και η ακριβής καταχώρηση των στοιχείων των προσερχομένων. Η καταχώρηση δεν είναι αναγκαίο να γίνεται από γιατρούς: μπορεί να γίνεται και από νοσηλευτές ή και από βοηθητικό προσωπικό, αρκεί να υπάρχει ένας συγκεκριμένος και πάγιος (standardized) τρόπος καταγραφής.

³⁰³ Συνέντευξη στις 04.08.2010 στην εφημ. **Παρατηρητής της Φθιώτιδας**. Διαθέσιμη και στο διαδίκτυο: http://www.paratiritisfthiotidas.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=4859:2010-08-03-21-33-12&catid=44:2009-02-26-17-25-41&Itemid=64 (ημ. επίσκ. 5.12.10)

Είναι επίσης ενδιαφέρον, ίσως, το ότι ενώ για τους προσερχόμενους στα ΤΕΠ καταγράφηκαν 8 άτομα με ιδιωτική ασφάλεια (0,18% των προσερχομένων), στις κλινικές καταγράφηκε ποσοστό ατόμων με ιδιωτική ασφάλεια 39,28%, που ίσως οφείλεται σε ψευδείς βεβαιώσεις εκ μέρους κάποιων αλλοδαπών. Η διαφορά αυτή είναι πολύ σημαντική, αλλά η διερεύνηση των αιτίων αυτής της διαφοράς βρίσκεται εξ ορισμού πέρα από τα πλαίσια της παρούσας εργασίας, αν και είναι πιθανόν να σχετίζεται με τα περί ελλιπούς καταγραφής που αναφέρθηκαν μόλις προηγουμένως.

Κεφάλαιο 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η μετανάστευση είναι ένα φαινόμενο με ευρύτατες συνέπειες που «εκτυλίσσονται σε πολλά και διαφορετικά πεδία, από τα σύνορα έως τα δικαστήρια, από τα νομοθετικά σώματα έως τους χώρους εργασίας» (Σάσσην, 2001: 129). Βεβαίως, δε θα μπορούσαν να λείψουν οι υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η παρούσα εργασία έδειξε ότι έχει δημιουργηθεί η ανάγκη για διερεύνηση τόσο της πρόσβασης και χρήσης υπηρεσιών υγείας από τους αλλοδαπούς, όσο και της οικονομικής επιβάρυνσης που δέχονται τα νοσοκομεία ειδικά από ανασφάλιστους μετανάστες.

Η βιβλιογραφία, αλλά και τα ευρήματα από το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, συμφωνούν στο ότι: *Πρώτον*, οι μετανάστες φαίνεται να χρησιμοποιούν συχνά τα Επείγοντα περιστατικά, ακόμα και για μη απειλητικά για τη ζωή περιστατικά, αλλά (*δεύτερον*) δε νοσηλεύονται ούτε συχνότερα ούτε για μεγαλύτερη διάρκεια από τους γηγενείς. *Τρίτον*, ως προς τη νοσολογική εικόνα, τα ευρήματά μας ευθυγραμμίζονται σε μεγάλο βαθμό με εκείνα της βιβλιογραφίας, αφού τραυματισμοί και εργατικά ατυχήματα αφενός, και μαιευτικά/γυναικολογικά προβλήματα αφετέρου αποτελούν ένα μεγάλο μέρος των εισερχομένων περιστατικών. *Τέταρτον*, βρέθηκε ότι τα ποσοστά μεταδοτικών και τροπικών νόσων είναι χαμηλά, αλλά σύμφωνα με τη βιβλιογραφία και τις συνεχιζόμενες μεταναστευτικές εισροές στη χώρα, πιθανόν να σημειωθεί αύξηση τέτοιων περιστατικών τα επόμενα χρόνια.

Πέμπτον, οι περισσότεροι αλλοδαποί που προσήλθαν είτε στα Επείγοντα του Νοσοκομείου Κορίνθου είτε εισήχθησαν για νοσηλεία, ήταν ασφαλισμένοι. Έτσι, *έκτον*, οι οικονομικές εκκρεμότητες που οφείλονται σε ανασφάλιστους αλλοδαπούς το 2009 αποτελούσαν το **1,07%** των λειτουργικών δαπανών του νοσοκομείου, το 2,63% των συνολικών εσόδων από νοσήλια, αλλά και το **51,53%** των αναμενόμενων νοσηλίων από αλλοδαπούς. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι πιθανόν ένας στους δύο αλλοδαπούς είτε καθυστερούν είτε αδυνατούν να καταβάλουν το αντίτιμο για τις υγειονομικές υπηρεσίες που κατανάλωσαν.

Η έλλειψη σχετικών ερευνών ειδικά για τη χρήση υπηρεσιών υγείας από μετανάστες στη χώρα μας αποτελεί έναν περιορισμό για την παρούσα εργασία, αφού δεν μπορούν να γίνουν έγκυρες συγκρίσεις με άλλα ισοδύναμα νοσοκομεία. Θεωρούμε, όμως, ότι στο μέλλον οι ερευνητές (δόκιμοι και εκκολλαπτόμενοι) θα στρέψουν την προσοχή τους και σε αυτό το θέμα, και έτσι πιστεύουμε ότι θα μελετηθεί σε βάθος τόσο ο βαθμός στον οποίο χρησιμοποιούν οι μετανάστες τις υπηρεσίες του ΕΣΥ, όσο και ο πραγματικός βαθμός στον οποίο επιβαρύνεται οικονομικά το σύστημα από τους ανασφάλιστους αλλοδαπούς.

Σε μια εποχή που ο προβληματισμός για την παράνομη μετανάστευση μεγαλώνει σε όλο τον Δυτικό Κόσμο, η ανάγκη για να προσδιοριστούν ξεκάθαρες μεταναστευτικές πολιτικές γίνεται όλο και πιο έντονη. Πριν όμως από τη λήψη νομοθετικών μέτρων (που συνήθως έχουν μόνο αστυνομικό χαρακτήρα, και επομένως είναι εξ ορισμού αναποτελεσματικά), θα πρέπει να υπάρχει ένα σύνολο (corpus) επιστημονικών εργασιών που θα ξεκαθαρίζει ποιες ακριβώς είναι οι διαστάσεις του φαινομένου, ποιες πλευρές του είναι δυνάμει βλαπτικές και ποιες δυνάμει ευεργετικές· διαφορετικά, θα αρκούμαστε σε ad hoc νομοθετήματα και πολιτικές που απλώς καλύπτουν προσωρινά το πρόβλημα χωρίς να το θεραπεύουν. Η παρούσα εργασία αποτελεί μόνο μια μικρή συμβολή στην ψύχραιμη και αντικειμενική μελέτη ενός τόσο πολύπλοκου ζητήματος, όπως είναι η μετανάστευση.

Ας μας επιτραπεί να κλείσουμε με τη γλαφυρή επισήμανση του Ουμπέρτο Έκο, που ακριβώς υπογραμμίζει την ανάγκη δημιουργίας και υιοθέτησης μιας ουσιώδους μεταναστευτικής πολιτικής σε ευρωπαϊκό επίπεδο: *«Ο Τρίτος Κόσμος χτυπάει την πόρτα της Ευρώπης και μπαίνει μέσα, ακόμη κι αν η Ευρώπη δεν συμφωνεί. Το πρόβλημα δεν έγκειται πια στο να αποφασιστεί (όπως οι πολιτικοί υποκρίνονται ότι πιστεύουν) αν θα γίνουν δεκτές στο Παρίσι φοιτήτριες με τσαντόρ ή πόσα τζαμιά πρέπει να ανεγερθούν στη Ρώμη. Το πρόβλημα είναι ότι στην επόμενη χιλιετία (...) η Ευρώπη θα είναι μια πολυφυλετική ήπειρος, ή αν προτιμάτε, μια 'πολύχρωμη' ήπειρος. Αν έτσι σας αρέσει, έτσι θα γίνει· αν δεν σας αρέσει, και πάλι έτσι θα γίνει».* (Έκο, 1997: 138)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Eco Umberto (1997), *Πέντε Ηθικά Κείμενα*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Gazon E. (2001), *Οι μετανάστες και η δημοκρατία*. Στο: Ναζάκης Χ., Χλέτσος Μ., *Μετανάστες και Μετανάστευση: Οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές πτυχές*, Αθήνα: Πατάκης, σ. 145-177

Jared Diamond (2006), *Όπλα, Μικρόβια και Ατσάλι*, Αθήνα: Κάτοπτρο

Ανακοίνωση της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρίας:
<http://www.hts.org.gr/index.php?section=13&show482=team&teamid482=5> (ημ. επίσκ. 12.03.10)

Άρθρο της εφημ. **Η Καθημερινή** (15.09.2009)

Αυγερινός Α. (2010), *Η Οικονομική Πολιτική στα Δημόσια Νοσοκομεία*. Στο: Επιλογές Άρθρων Πολιτικής Υγείας, Μηνιαίο ενημερωτικό δελτίο, Ιούλιος 2010, Φύλλο 3, σ. 4-5

Γείτονα Μ., και συν. (1995), *Πολιτικές διαχείρισης και κόστος νοσηλείας των αλλοδαπών στο Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Νοσοκομείο*, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τόμ. 4, τεύχ. 4, σ. 231-240

Γεωργίου Α., και συν. (2000), *Αίτια Προσέλευσης και Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας Αλλοδαπών σε Γενικό Νοσοκομείο των Αθηνών*. Ελεύθ. Ανακοίνωση στο 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα 21-23 Φεβρ. 2000 (τόμος περιλήψεων, σ. 63)

Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΕΔΑ): Απόφαση «Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς Νόμιμα Έγγραφα Παραμονής», 08.11.2007, σ. 18. Διαθέσιμο εδώ:
http://www.nchr.gr/document.php?category_id=136&document_id=213 (ημ. επίσκ. 02.12.2010)

Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΕΚΚΑ): ενημερωτικός οδηγός:
<http://www.ekka.org.gr/Guide.htm> (ημ. επίσκ.: 18.01.2010)

Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης: *Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου της 22ας Απριλίου 2009 σχετικά με μία κοινή μεταναστευτική πολιτική για την Ευρώπη: αρχές, ενέργειες και μέσα*, P6_TA(2009)0257

Έφη Γαζή, *Πόσο «κοινωνική» είναι η αρρώστια;*, εφημ. **Το Βήμα** (13.09.2009)

Εφημ. **Παρατηρητής της Φθιώτιδας** Συνέντευξη του Διοικητή του Γ.Ν. Λαμίας και Β. Αγγουρά (04.08.2010). Διαθέσιμη στο διαδίκτυο: http://www.paratiritisfthiotidas.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=4859:2010-08-03-21-33-12&catid=44:2009-02-26-17-25-41&Itemid=64 (ημ. επίσκ. 5.12.10)

Θεοδωράκης Π. (2007), *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*. Στο: Σουλιώτης Κ. (επιμ.), Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Αθήνα: Παπαζήσης, σ. 439-462, και 452-453

ΙΜΕΠΟ (2008), *Εκτίμηση του όγκου των αλλοδαπών που διαμένουν παράνομα στην Ελλάδα*, σ. 105

Καϊτελίδου Δ., Σίσκου Ο., Νικολάου Σ. (2003), *Η χρήση υπηρεσιών υγείας από πρόσφυγες και μετανάστες στην Ελλάδα*. Ανακ. Στην 14η Ημερίδα Ελληνικής Νεφρολογικής Ένωσης Νοσηλευτών. Αθήνα: Πολεμικό Μουσείο.

Καλύβας Στ., Μυλωνάς Χ., *Ευλογία ή κατάρα*: Άρθρο στην εφημ. **Η Καθημερινή**, 20.02.2011, σ.21

Κατρούγκαλος Γ. (2008), *Τα κοινωνικά δικαιώματα των παράνομων αλλοδαπών*. Στο: Γούναρη Δ., Τα κοινωνικά δικαιώματα των μεταναστών στην Ελλάδα, Αθήνα: ΕΚΚΑ, σ. 45-56, και 47

Κατρούγκαλος Γ. (επιστ. υπεύθ.) (2004), *Νομικές, θεσμικές και διοικητικές διαστάσεις του καθεστώτος εισόδου και παραμονής μεταναστών στην Ελλάδα—Προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης*, Αθήνα: Κέντρο Ευρωπαϊκού Συνταγματικού Δικαίου, σ. 14

Καψάλης Α. (2004), *Μετανάστες-Υγεία και κοινωνικός αποκλεισμός*, Ενημέρωση-μηνιαία έκδοση του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, τεύχ. 112, σ. 14-64

Κόντης Α. (υπεύθ.), (2006), *Οι οικονομικές επιπτώσεις της απασχόλησης των μεταναστών κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας στο Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν*, Εργαστήριο Μελέτης της Μετανάστευσης και Διασποράς, Παν/μιο Αθηνών, σ. 23-25

Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1997), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*, Αθήνα: Εξάντας

Κυριακάκη Ε. Ν., Τζώρτζη Αργ. (2008), *Η πρόσβαση των μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας & πρόνοιας. Η εμπειρία του Συνηγόρου του Πολίτη*. Στο: Γούναρη Δ., Τα κοινωνικά δικαιώματα των μεταναστών στην Ελλάδα, Αθήνα: ΕΚΚΑ, σ. 33-41, και 34

Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ. (1995), *Η διασυνοριακή ροή ασθενών στην Ελλάδα και την Ευρώπη*, Αθήνα: Εξάντας

Mighealthnet (2009), *Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα*. Επιστ. Υπεύθ.: Λινού Αθηνά, σ. 7

Μαγκλιβέρας Κ. (2008), *Μετανάστευση, Διεθνές Δίκαιο και ο ρόλος των Ηνωμένων Εθνών*. Στο: Καβουνίδη Τζ., et al. (επιμ.), *Μετανάστευση στην Ελλάδα: Εμπειρίες, πολιτικές, προοπτικές*, τόμος Β', Αθήνα: Εκδόσεις Ι.ΜΕ.ΠΟ., σ. 14-29

Μανιαδάκης Ν., Κυριόπουλος Γ. (2009), *Μέτρηση της Αποδοτικότητας των Νοσηλευτικών Μονάδων Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης*, Αθήνα: ΕΣΔΥ

Μαράτου-Αλιπράντη Λ., Γκαζόν Ε. (2005), *Έκθεση Μετανάστευση και Υγεία-Πρόνοια: Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης—Προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης*. Αθήνα: ΕΚΚΕ

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

Μαρούκης Θ., Νικόλοβα Μ. (2010), *Το έλλειμμα της υγείας και οι μετανάστες*. Άρθρο στην εφημ. **Η Καθημερινή** (07.12.2010), σ. 13

Νικόλοβα Μ. (2010), *Είναι η πρόσβαση στην υγεία θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα;* στο ιστολόγιο του ΕΛΙΑΜΕΠ: <http://blogs.eliamep.gr/marinaniki/ine-i-prosvasi-stin-igia-themeliodes-anthropino-dikeoma/> (ημ. επίσκ. 20.12.10)

Παπακωνσταντίνου Απ. (2008), *Η συνταγματική αρχή του “κοσμοπολιτισμού” των θεμελιωδών δικαιωμάτων*. Στο: Καβουνίδη Τζ., και συν. (επιμ.), *Μετανάστευση στην Ελλάδα: Εμπειρίες, πολιτικές, προοπτικές*, τόμος Β', Αθήνα: Εκδόσεις Ι.ΜΕ.ΠΟ., σ. 30-44

Παπαλιμναίου Β., και συν. (2000), *Προσέλευση αλλοδαπών κατά εθνικότητα, φύλο και ηλικία στα εξωτερικά παθολογικά ιατρεία γενικού νοσοκομείου των Αθηνών*. Ελεύθερη ανακοίνωση στο 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας & Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα, 21-23 Φεβρουαρίου 2000 (τόμ. Περιλήψεων, σ. 62)

Παππά Ε. (2008), *Η πρόσβαση των μεταναστών και των προσφύγων στις Υπηρεσίες Υγείας. Διεθνής εμπειρία—Ελληνική πραγματικότητα*. Στο: Γούναρη Δ., *Τα κοινωνικά δικαιώματα των μεταναστών στην Ελλάδα*, Αθήνα: ΕΚΚΑ

Ρεπορτάζ της εφημ. **Η Καθημερινή** (03.02.2011): http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_2_03/02/2011_431162 (ημ. επίσκ. 04.02.11)

Ρεπορτάζ της εφημ. **Η Καθημερινή**: *‘Οι παράνομοι μετανάστες, το ΕΣΥ και τα χρόνια νοσήματα’* (26.09.2007): http://www.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_1_26/09/2007_242744 (ημ. επίσκ. 11.01.10)

Ρεπορτάζ της εφημ. **Η Καθημερινή**: *‘Τα επείγοντα των νοσοκομείων γεμάτα αλλοδαπούς’* (18.03.2009):

http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_2_18/03/2009_307966 (ημ. επίσκ. 18.01.2010)

Ρεπορτάζ της εφημ. **Η Καθημερινή**: 'Χωρίς φροντίδα οι μη νόμιμοι μετανάστες' (18.09.09): http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_2_18/09/2009_329842 (ημ. επίσκ.: 18.01.2010)

Ρεπορτάζ της εφημ. **Η Καθημερινή**: 'Χωρίς φροντίδα οι μη νόμιμοι μετανάστες' (18.09.09): http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_2_18/09/2009_329842 (ημ. επίσκ.: 18.01.2010)

Ρεπορτάζ της εφημ. **Το Βήμα** 'Ο αλβανός ασθενής: Πόσο μας κοστίζει η νοσηλεία των γειτόνων από τα Βαλκάνια' (17.09.2000). Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=126020> (ημ. επίσκ. 01.10.10)

Ρεπορτάζ αναδημοσιευμένο στον ιστότοπο **Ιατρικός Τύπος**, 20.03.2011: <http://www.iatrikostypos.com/content/ellada/270-ekat-eyro-gia-perithalpsi-ton-metanaston-se-dyo-xronia> (ημ. επίσκ. 23.03.11)

Ρεπορτάζ του περιοδικού «**Κ**» της εφημ. **Η Καθημερινή**, τεύχ. 403, 20.02.11, 'Περιμένοντας το φράχτη', σ. 44

Ρούσσος Α., Γκορίτσας Κ., και συν. (2001), *Επιπολασμός δεικτών ηπατίτιδας Β και C σε αλλοδαπούς μετανάστες των Αθηνών*, Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων, τόμ. 35, σ. 161-165

Σάσκια Σάσεν (2001), *Χωρίς Έλεγχο; Η εθνική κυριαρχία, η μετανάστευση και η ιδιότητα του πολίτη την εποχή της παγκοσμιοποίησης*, Αθήνα: Μεταίχμιο

Σουλιώτης Κ. (2007), *Οικονομικές ανισότητες και πολιτική υγείας*, Αθήνα: Παπαζήσης

Τούντας Γ. (2011), *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Υπάρχει λύση;* Επιλογές Άρθρων Πολιτικής Υγείας, Μηνιαίο ενημερωτικό δελτίο, Ιανουάριος 2011, Φύλλο 8, σ. 1-2

Τριανταφυλλίδου Ά. (2005), *Ελληνική Μεταναστευτική Πολιτική: Προβλήματα και Κατευθύνσεις*, Αθήνα: ΕΛΙΑΜΕΠ

Τσαούσης Δ. Γ. (1989), *Χρηστικό Λεξικό Κοινωνιολογίας*, Αθήνα: Gutenberg

Υφαντόπουλος Γ. Ν. (2006), *Τα οικονομικά της υγείας — Θεωρία και πολιτική*, (β' έκδ.), Αθήνα: Τυπωθήτω-Γ. Δαρδανός

Χλέτσος Μ. (2001), Η πολιτική οικονομία της μετανάστευσης. Στο: Ναζάκης Χ., Χλέτσος Μ., *Μετανάστες και Μετανάστευση: Οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές πτυχές*, Αθήνα: Πατάκης, σ. 17-42

Ξενόγλωσση

134^ο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Ένωσης Δημόσιας Υγείας (ΑΡΗΑ), Νοέμβριος 2006. Παρουσίαση της Congress E., *Public health and immigrants: The new ethical epicenter for social workers*. Περίληψη εδώ: http://apha.confex.com/apha/134am/techprogram/paper_127700.htm (ημ. επίσκ. 20.03.2010)

136^ο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Ένωσης Δημόσιας Υγείας (ΑΡΗΑ), Οκτώβριος 2008. Παρουσίαση του Καθ. Alan Maryon-Davis (27.10.2008). Διαθέσιμη περίληψη και ηχογράφιση στην ιστοσελίδα <http://apha.confex.com/apha/136am/webprogram/Paper189950.html> (ημ. επίσκ. 20.03.2010)

136^ο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Ένωσης Δημόσιας Υγείας (ΑΡΗΑ), Οκτώβριος 2008. Παρουσίαση του Alex Gatherer (27.10.2008). Διαθέσιμη περίληψη και ηχογράφιση στην ιστοσελίδα <http://apha.confex.com/apha/136am/webprogram/Paper189954.html> (ημ. επίσκ. 20.06.10)

16ο Συνέδριο Δημόσιων Οικονομικών (Ισπανία, Γρανάδα 2009), *Inmigración y gasto social en España—Análisis de las funciones: sanidad, educación y desempleo*. Περίληψη παρουσίασης, σ. 3 και 14-15

Achkar J. M., Macklin R. (2009), *Ethical Considerations about Reporting Research Results with Potential for Further Stigmatization of Undocumented Immigrants*, *Clinical Infectious Diseases*, Vol. 48, σ. 1250-1253

Alessandro C. & Mauro B. (2010), *Differences between Italian and immigrant female citizens' hospitalizations related to obstetrical and gynecological diseases in the province of Ferrara, Italy*, *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 12, No. 2. Δημοσιευμένο στο διαδίκτυο: http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_gynecology_and_obstetrics/volume_12_number_2_3/article/differences-between-italian-and-immigrant-female-citizens-hospitalizations-related-to-obstetrical-and-gynecological-diseases-in-the-province-of-ferrara-italy.html (ημ. ανάκτ. 10.02.11)

Alexe D.M., et al. (2003), *Characteristics of farm injuries in Greece*, *Journal of Agricultural Safety and Health*, Vol. 9, No.3, σ.233-240

Asch S., Leake B., Gelberg L. (1994), *Does fear of immigration authorities deter tuberculosis patients from seeking care?*, *Western Journal of Medicine*, Vol. 161, No.4, σ. 373-376

Baglio G., et al. (2010), *Utilisation of hospital services in Italy: a comparative analysis of immigrant and Italian citizens*, *Journal of Immigrant and Minority Health*, Vol. 12, No. 4, σ. 598-609. Περίληψη εδώ: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20140517>

Baldwin-Edwards Martin (2001), *Semi-reluctant Hosts: Southern Europe's Ambivalent Response to Immigration*, Mediterranean Migration Observatory, κείμενο εργασίας, No 3, Νοέμβριος 2001, σ. 9

Baldwin-Edwards Martin (2008), *Immigrants in Greece: Characteristics and Issues of Regional Distribution*, Mediterranean Migration Observatory, No 10, Athens: 2008, σ. 4

Benach J., et al. (2009), *Immigration employment relations, and health: Developing a research agenda*, American Journal of Industrial Medicine. Προδημοσίευση στο διαδίκτυο στις 07.07.2009:
<http://www3.interscience.wiley.com/journal/122500369/abstract> (ημ. επίσκ. 22.01.2010)

Berk M. L., Schur C. L. (2001), *The Effect of Fear on Access to Care Among Undocumented Latino Immigrants*, Journal of Immigrant Health, Vol. 3, No. 3, σ. 151-156. Περίληψη στο διαδίκτυο:
<http://www.springerlink.com/content/k43756u272j0r443/> (ημ. επίσκ. 20.01.2010)

Berk M. L., et al. (2000), *Health Care Use among Undocumented Latino Immigrants*, Health Affairs, Vol. 19, No. 4, σ. 51-64

Bischoff A. (2003), *Caring for migrant and minority patients in European hospitals*. Άρθρο διαθέσιμο στο διαδίκτυο: http://www.mfh-eu.net/public/files/mfh_literature_review.pdf (ημ. επίσκ. 22.03.10)

Blais R. (1999), *Do ethnic groups use health services like the majority of the population? A study from Quebec, Canada*, Social Science & Medicine, Vol. 48, No. 9, σ. 1237-1245. Περίληψη:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953698004237> (ημ. επίσκ. 13.09.10)

Buron A., et al. (2008), *Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain*. BMC Health Serv Res. , Vol. 3, No.8, 51. Δημοσιευμένη στο διαδίκτυο:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2311300/> (ημ. επίσκ. 19.02.11)

Cacciani L., et al. (2006), *Hospitalisation among Immigrants in Italy*, Emerging Themes in Epidemiology, Vol. 3, No. 4. Δημοσιευμένο στο Διαδίκτυο στις 11.05.2006, με doi:10.1186/1742-7622-3-4, στη διεύθυνση <http://www.ete-online.com/content/3/1/4> (ημ. επίσκ. 22.08.10)

Capacci F, Carnevale F, Gazzano N. (2005), *The health of foreign workers in Italy*, Int J of Occup Environ Health, Vol. 11, No. 1, σ. 64-69

Capps R., Rosenblum M. R., Fix M. (2009), *Immigrants and Health Care Reform: What's Really at Stake?* Washington, DC: Migration Policy Institute, σ. 5-6 και 16

Carrasco-Garrido P. et al. (2007), *Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain*, The European Journal of Public Health, Vol. 17, No 5, σ. 503-507

Caulford P., Vali Y. (2006), *Providing health care to medically uninsured immigrants and refugees*, Canadian Medical Association Journal, Vol. 174, No. 9. Ολόκληρο το άρθρο εδώ: <http://www.ecmaj.ca/cgi/content/full/174/9/1253> (ημ. επίσκ. 20.01.2010)

CDC (2009): <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00016154.htm> (ημ. επίσκ. 14.10.2009)

CDC (2010):
http://www.cdc.gov/ncidod/dq/resources/Quarantine_Stations_Fact_Sheet_current.pdf
(ημ. επίσκ. 04.06.2010)

Chavez L. R., Flores E. T., Lopez-Garza M. (1992), *Undocumented Latin American Immigrants and U.S. Health Services: An Approach to a Political Economy of Utilization*, Medical Anthropology Quarterly, Vol. 6, No. 1, σ. 6-26. Περίληψη: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/122497871/abstract> (ημ. επίσκ. 27.01.2010)

Chen J., Ng Ed., Wilkins R. (1996), *La santé des immigrants au Canada en 1994-1995*, Statistique Canada No 82-003, Rapports sur la santé, Vol.7, No. 4, σ. 37-50

CIA Factbook (2010): <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2112rank.html> (ημ. επίσκ. 01.02.11)

Colao A. M. (2006), [*Occupational accidents among immigrant workers in the Fabriano areas*], La Medicina del Lavoro, Vol.97, No. 6, σ. 787-798. Περίληψη στα αγγλικά: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17219768> (ημ. επίσκ. 15.11.10)

Cordasco K. M. et al. (2010), *English Language Proficiency and Geographical Proximity to a Safety Net Clinic as a Predictor of Health Care Access*, Journal of Immigrant and Minority Health. Δημοσιευμένο στο διαδίκτυο στις 18.12.2010, με doi 10.1007/s10903-010-9425-6 και διαθέσιμο μέσω [Springerlink.com](http://www.springerlink.com)

Cots F., Castells X., et al. (2007), *Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain)*, BMC Health Services Research, Vol. 7, No. 9 (Δημοσιεύθηκε στο Ίντερνετ στις 19.01.07. Ημ. επίσκ. 21.01.10): <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1783650/>

Dias S. F., Severo M., Barros H. (2008), *Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal*, BMC Health Services Research, Vol. 8, No. 1:207. Δημοσιευμένο στο διαδίκτυο (7.10.08) με doi 10.1186/1472-6963-8-207 στη διεύθυνση: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/207> (ημ. ανάκτ. 21.11.10)

Dictionary of Human Geography (by Brian Goodall), (1987), London: Penguin Books

DuBard A. C., Massing M. W. (2007), *Trends in Emergency Medicaid Expenditures for Recent and Undocumented Immigrants*, Journal of American Medical Association, Vol. 297, No. 10, σ. 1085-1092

EUROFOUND (2010):

<http://www.eurofound.europa.eu/areas/industrialrelations/dictionary/definitions/MIGRATION.htm> (ημ. επίσκ. 10.09.2010)

European Commission (2006b), *Equality in Health: Greek National Report*. Edition of Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities

Eurostat (2010), *Statistics in Focus—Population and Social Conditions*, 45/2010

Eurostat (2010), Δελτίο Τύπου 110/2010 (27.07.2010)

Eurostat (2011):

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/images/a/a7/Migration_and_migrant_population_statistics_2011.xls (ημ. επίσκ. 03.01.2011)

EuroSurveillance (2004), *Tuberculosis screening programmes in new entrants to countries across Europe*. Vol. 8, No 32, σ. 2520. Διαθέσιμο και online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=2520>

Fedeli U., et al. (2010), *Obstetric hospitalizations among Italian women, regular and irregular immigrants in North-Eastern Italy*, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, Vol. 89, No. 11, σ. 1432-1437

Fedeli Ugo et al., (2010), *Hospitalisation for surgical procedures is lower among immigrants than among non-immigrant preschool children: results from a region-wide study in Italy*, Journal of Epidemiology and Community Health, Προδημοσίευση στο Διαδίκτυο με doi:10.1136/jech.2009.103093
<http://jech.bmj.com/content/early/2010/10/01/jech.2009.103093.abstract> (ημ. επίσκ. 20.01.11)

Flaskerud J. H., Kim S. (1999), *Health problems of Asian and Latino immigrants : Emerging nursing care of vulnerable populations*, The Nursing clinics of North-America, vol. 34, No. 2, σ. 359-380. Περίληψη και στο Διαδίκτυο: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=1798644>

Flores G., et al. (1998), *Access Barriers to Health Care for Latino Children*, Arc Pediatr Adolesc Med, Vol 152 σ. 1119-1125

Francois G., et al. (2008), *Inspecting asylum seekers upon entry: a medico-ethical complex*, European Journal of Public Health, Vol. 18, No 6, σ. 552-553. Και στο Διαδίκτυο: <http://nvl002.axila.nl/postprint/PPpp3431.pdf>

Gardner D. B. (2007), *Immigration and health care reform: shared struggles*, Nursing Economics, Vol. 25, No. 4, σ. 235-237

Geraci S., Martinelli B., Olivani P. (2006), *Assistenza sanitaria agli immigrati: politiche locali e diritto sovranazionale*. Στο: Todisco A., Gini G., Volpini M.P. (Eds), *Workshop I: Immigrazione, salute e partecipazione. Aspetti critici e nuove prospettive operative*, IIMS - Istituto Italiano di Medicina Sociale, σ. 127-139

Giannoni M., Mladovsky Ph. (2007), *Migrant Health Policies in Italy*, Euro Observer, Vol. 9, No. 4, σ. 5-6

Glaesmer H., et al. (2010), *Health care utilization among first and second generation immigrants and native-born Germans: a population-based study in Germany*, International Journal of Public Health – Προδημοσίευση στο διαδίκτυο με doi 10.1007/s00038-010-0205-9 στη διεύθυνση <http://www.springerlink.com/content/576116j045653q34/> (ημ. επίσκ. 12.02.11)

Glazier et al. (2004), *Neighbourhood recent immigration and hospitalization in Toronto*, Canadian Journal of Public Health, Vol. 95, No. 3, σ. 30-34

Goldman D. P., Smith J. P., Sood N. (2006), *Immigrants And The Cost Of Medical Care*, Health Affairs, Vol. 25, No. 6, σ. 1700-1711. Ολόκληρο το άρθρο διαθέσιμο και εδώ: <http://content.healthaffairs.org/content/25/6/1700.full>

Grassino E. C. (2009), *Access to paediatric emergency departments in Italy: a comparison between immigrant and Italian patients*, Italian Journal of Pediatrics, Vol. 35, No 1. Δημοσιευμένο στο διαδίκτυο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2687543/?tool=pubmed> (ημ. επίσκ. 10.12.10)

Gushulak B. D., MacPherson D.W. (2006), *The basic principles of migration health: Population mobility and gaps in disease prevalence*, Emerging Health Threats Journal, 3:3. Ολόκληρο το άρθρο διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.eht-forum.org/eh tj/journal/v2/pdf/eh tj09010a.pdf> (ημ. επίσκ. 12.02.2011)

Gushulak B. D., Weekers J., MacPherson D.W. (2010), *Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework*, Emerging Health Threats Journal, 2:e10. Ολόκληρο το άρθρο διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.eht-forum.org/eh tj/journal/v2/pdf/eh tj09010a.pdf> (ημ. επίσκ. 12.02.2011)

Guy B. Marks, et al. (2001), *Effectiveness of Postmigration Screening in Controlling Tuberculosis Among Refugees: A Historical Cohort Study, 1984–1998*, American Journal of Public Health, Vol. 91, No. 11, σ. 1797-1799. Περίληψη διαθέσιμη και εδώ: <http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/91/11/1797> (ημ. επίσκ. 11.09.2010)

Hadley J., Holahan J. (2003), *How Much Medical Care Do The Uninsured Use, And Who Pays for It?*, Health Affairs. Δημοσιευμένο στο διαδίκτυο με doi: 10.1377/hlthaff.w3.66 στη διεύθυνση: <http://content.healthaffairs.org/content/early/2003/02/12/hlthaff.w3.66.citation>

Hampshire J. (2008), *The Politics of Immigration and Public Health*, Political Quarterly, Vol. 76, No. 2, σ. 190-198

Hao L., Kawano Yukio (2001), *Immigrants' Welfare Use and Opportunity for Contact with Co-Ethnics*, Demography, Vol. 38, No 3, σ. 375-389. Στο διαδίκτυο με doi 10.1353/dem.2001.0027. Όλο το άρθρο εδώ:
http://www.allbusiness.com/human_resources/3482685-1.html (ημ. επίσκ. 10.12.10)

Haque A.Z. (2007), *Medical Treatment of Undocumented Aliens: A Summary of Existing Law and Practical Guidance for Providers*. Άρθρο διαθέσιμο στο διαδίκτυο:
<http://www.szd.biz/resources.php?NewsID=1039&method=unique> (ημ. επίσκ. 09.01.2011)

Hu W. Y. (1998), *Elderly Immigrants on Welfare*, Journal of Human Resources, Vol. 33, No 3, σ. 711-741. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο:
<http://www.econ.ucla.edu/workingpapers/wp750.pdf>

HUMA Network, 2009: *Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 E.U. countries: Law and Practice*, passim.

IDEa Project, Κείμενο εργασίας No 9 (Μάιος 2009): *The making of an immigration model: inflows, impacts and policies in Southern Europe*, σ. 57-58

International Organisation for Migration (2004): 'Migration Health Policies: Shifting the Paradigm from Exclusion to Inclusion'. Σεμινάριο *Υγεία και Μετανάστευση*. Περίληψη εδώ:
http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/microsites/IDM/workshops/Health_and_Migration_09110604/se3_conf_natmigration.pdf (ημ. επίσκ. 10.03.2010)

International Organisation for Migration (2010), *Migration & Health*, κείμενο στην ιστοσελίδα του Οργανισμού: <http://www.iom.int/jahia/Jahia/pid/275> (ημ. επίσκ. 07.03.2010)

International Organisation for Migration (2010):
<http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/facts-and-figures/lang/en> (ημ. επίσκ. 18.11.2010)

Istituto Nazionale di Statistica/ISTAT (2007), *La presenza straniera in Italia: caratteristiche socio-demografiche*, Informazioni No. 10/2007, σ. 34-35

Jansà J. M., García de Olalla P. (2004), *Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos*, Gaceta Sanitaria, vol.18, No.1. Δημοσιευμένο στο διαδίκτυο:
http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112004000700033&script=sci_arttext&tlng=en (ημ. επίσκ. 20.01.10)

Kliwer E. V., Kazanjian A. (2000), *Health Status and Medical Services Utilization of Recent Immigrants to Manitoba and British Columbia: A Pilot Study*. Vancouver: BC Office of Health Technology Assessment

Klinkenberg E., et al. (2009), *Migrant tuberculosis screening in the EU/EEA: yield, coverage and limitations*, European Respiratory Journal, vol. 34 no. 5, σ. 1180-1189. Στο διαδίκτυο με doi: 10.1183/09031936.00038009 <http://erj.ersjournals.com/content/34/5/1180.abstract> (ημ. επίσκ. 24.10.10)

Klinthall M. (2008), *Ethnic Background, Labour Market Attachment and Severe Morbidity: Hospitalisation among Immigrants in Sweden 1990–2001*, Journal of International Migration and Integration, Vol. 9, No. 1, σ. 45–61. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: http://www.forsakringskassan.se/irj/go/km/docs/fk_publishing/Dokument/Rapporter/Working_papers/wp0701_etnisk_bakgrund_integrations_och_sjuklighet_slutenvard_bland_invandrare_i_sverige_1990_2001_ethnic_background_labor_market_attachment_and_severe_morbidity.pdf (ημ. επίσκ. 17.12.10)

Krasnik A. (2002), *Effect of ethnic background on Danish hospital utilisation patterns*, Social Science and Medicine, Vol. 55, No. 7, σ. 1207-1211. Περίληψη στο διαδίκτυο: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/12365531?dopt=Abstract&holding=f1000_f1000m,isrctn (ημ. επίσκ. 22.11.10)

Ku Leighton (2009), *Health Insurance Coverage and Medical Expenditures of Immigrants and Native-Born Citizens in the United States*, American Journal of Public Health, Vol. 99, No. 7, σ. 1322-1328. Περίληψη εδώ: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/abstract/99/7/1322> (ημ. επίσκ. 06.05.10)

Lanting L. C., et al. (2008), *Ethnic differences in Internal Medicine referrals and diagnosis in the Netherlands*, BMC Public Health 2008, 8:287. Δημοσιευμένο στο διαδίκτυο στις 14.08.08, με doi:10.1186/1471-2458-8-287 στη διεύθυνση <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/287> (ημ. ανάκτ. 05.06.10)

Lebedinski S. (2005), *EMTALA: Treatment of Undocumented Aliens and the Financial Burden it places on Hospitals*, Journal of Law in Society, Vol. 7, No. 1, σ. 146

Marchiori L., et. al. (2008), [*A procedure for estimating the rate of occupational accidents in non-European-Union workers with irregular immigrant status*], La Medicina del Lavoro, Vol. 99, Suppl. 1, σ. 76-87. Περίληψη στα αγγλικά: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18404901> (ημ. επίσκ. 20.02.11)

Markel H., Stern A.M.(1999), *Which Face? Whose Nation?*, American Behavioral Scientist, Vol. 42, No. 9, 1314-1331. Περίληψη διαθέσιμη και στο Διαδίκτυο: <http://abs.sagepub.com/cgi/content/abstract/42/9/1314> (ημ. επίσκ. 22.08.2009)

Maroukis Th. (2009), *Undocumented Migration: Counting the Uncountable — Data and Trends across Europe*. Αναφορά για το ερευνητικό πρόγραμμα Clandestino/Ευρωπαϊκή Επιτροπή, σ. 5

Mastrangelo G., et al. (2010), *Work related injuries: estimating the incidence among illegally employed immigrants*, BMC Res Notes., 3: 331. Δημοσιευμένο στο διαδίκτυο από 08.12.2010, με doi 10.1186/1756-0500-3-331 στη διεύθυνση <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3019162/> (ημ. ανάκτ. 20.01.11)

McCauley L. A. (2005), *Immigrant workers in the United States: recent trends, vulnerable populations, and challenges for occupational health*, American assoc of occupational health nurses journal, Vol. 53, No. 7, σ. 313-319. Περίληψη: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16097105> (ημ. επίσκ. 06.10.10)

Mestheneos E. (1999), *Migrants in the Balkans—some health-related aspects from a Greek perspective*. Στο: Ritsatakis A., Levett J., Kyriopoulos J., (Eds), *Neighbours in the Balkans: Initiating a dialogue for health*, WHO, 1999, σ. 117-122

Migration Information (2010):

<http://www.migrationinformation.org/feature/display.cfm?ID=818#1a> (ημ. επίσκ. 10.11.10)

Migration Information (2010b):

<http://www.migrationinformation.org/feature/display.cfm?ID=818#4a> (ημ. επίσκ. 10.11.10)

Mohanty Sarita A. et al. (2005), *Health Care Expenditures of Immigrants in the United States: A Nationally Representative Analysis*, American Journal of Public Health, Vol. 95, No. 8, σ. 1431-1438. Περίληψη στο διαδίκτυο: http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/abstract/95/8/1431?ijkey=b3d23b7d5a6bf8f4e8b4a6d198a72defea9597c1&keytype=tf_ipsecsha (ημ. επίσκ. 06.05.10)

Moore H. (2008), *Contagion from Abroad: U.S. Press Framing of Immigrants and Epidemics, 1891 to 1893*, Μεταπτυχιακή Διατριβή, Georgia State University

Moreno P. G., Gómez E. J. L., Agudo Polo S. (2007), *Barreras de acceso al sistema sanitario para inmigrantes subsaharianos*, SEMG, No. 100, σ. 680-684

Muennig P., Fahs M. C. (2002), *Health Status and Hospital Utilization of Recent Immigrants to New York City*, Preventive Medicine, Vol. 35, No. 3, σ. 225-231. Περίληψη: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12202064> (ημ. επίσκ.: 27.01.2010)

Newton M. F., et al. (2008), *Uninsured Adults Presenting to US Emergency Departments –Assumptions vs Data*, Journal of the American Medical Association, Vol. 300, No 16, σ. 1914-1924. Περίληψη διαθέσιμη στο διαδίκτυο: <http://jama.ama-assn.org/content/300/16/1914.abstract> (ημ. επίσκ. 05.02.10)

Norredam M., Krasnik A., Moller Sorensen T., et al. (2004), *Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents*, Scandinavian Journal of Public Health, Vol. 32, No. 1, σ. 53-59

OECD (2006): *International Migration Outlook, SOPEMI, 2006 Edition*. Paris: OECD

OECD (2010), Health Data 2010, October 2010

Okie S. (2007), *Immigrants and Health Care — At the Intersection of Two Broken Systems*, The New England Journal of Medicine, Vol. 357, No. 6, σ. 525-529.

Διαθέσιμο στο διαδίκτυο:

http://www.fachc.org/UserFiles/mig_immigrants%20and%20healthcare.pdf

Orrenius P. M., Zavodny M. (2009), *Do Immigrants work in riskier jobs?*, Federal Reserve Bank of Dallas, Texas

Ortega A. N., et al. (2007), *Health Care Access, Use of Services, and Experiences Among Undocumented Mexicans and Other Latinos*, Archives of Internal Medicine, Vol. 167, No. 21, σ. 2354-2360. Περίληψη: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/167/21/2354> (ημ. επίσκ.: 16.04.2010)

Paul Halsall (1998), *Jewish History Sourcebook: The Black Death and the Jews 1348-1349 CE*, Διαθέσιμο στο <http://www.fordham.edu/halsall/jewish/1348-jewsblackdeath.html> (ημ. επίσκ.10.08.2009)

Pekkala Kerr S., Kerr W. (2011), *Economic Impacts of Immigration: A Survey*, Κείμενο No. 16736, National Bureau of Economic Research, σ. 3. Στο διαδίκτυο: <http://www.nber.org/papers/w16736> (ημ. ανάκτ. 17.02.11)

PICUM (2007), Περίληψη του Διεθνούς Συνεδρίου για την “Πρόσβαση των Παράτυπων Μεταναστών στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ευρώπη”, Βρυξέλλες 28-29 Ιουνίου 2007, σ. 3

Pitkin Derose K., Escarce J. J., Lurie N. (2007), *Immigrants and Health Care: Sources of Vulnerability*, Health Affairs, Vol. 26, No. 5, σ. 1258-1268. Περίληψη: <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/26/5/1258> (ημ. επίσκ. 20.01.2010)

Pitkin Derose K., et. al. (2009), *Review: Immigrants and Health Care Access, Quality and Cost*, Medical Care Research and Review, Vol. 66, No. 4, σ. 355-408. Περίληψη και στο διαδίκτυο: <http://mcr.sagepub.com/cgi/content/abstract/66/4/355> (ημ. επίσκ.: 20.01.10)

Pylypchuk Y., Hudson J. (2009), *Immigrants and the use of preventive care in the United States*, Health Economics, Vol. 18, No. 7, σ. 783-806. Περίληψη διαθέσιμη εδώ: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/121385551/abstract> (ημ. επίσκ. 22.01.2010)

Quill B. E., et al. (1999), *Policy Incongruence and Public Health Professionals' Dissonance: The Case of Immigrants and Welfare Policy*, Journal of Immigrant Health, Vol. 1, No. 1, σ. 9-18. Διαθέσιμο και εδώ: <http://www.springerlink.com/content/q48k05g182840816/>

Reijneveld S. A. (1998), *Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their*

adverse position?, J Epidemiol Community Health, Vol. 52, No.5, σ. 298-304. Περίληψη εδώ: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1756709/> (ημ. επίσκ. 14.09.10)

Richard Coker (2003), *Migration, public health and compulsory screening for TB and HIV*, Asylum and Migration Working Paper Series, Institute for Public Policy Research, σ. 5. Διαθέσιμο στο Διαδίκτυο: <http://www.ippr.org/members/download.asp?f=/ecomm/files/Healthscreening.pdf&a=skip> (ημ. επίσκ. 08.07.2010)

Robert A. Donnelly (2005), *Immigrants and Health Agency: Public Safety, Health, and Latino Immigrants in North Carolina*, The Center for Comparative Immigration Studies, University of California, San Diego. σ. 6. Διαθέσιμο ως αρχείο κειμένου: <http://www.ccis-ucsd.org/PUBLICATIONS/wrkg128.pdf> (ημ. ανάκτ. 18.01.2010)

Rodríguez Álvarez E., et al. (2008), *Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco*, Rev. Esp. Salud Publica, Vol. 82, No. 2. Δημοσιευμένο στο διαδίκτυο: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272008000200007&script=sci_arttext (ημ. ανάκτησης: 20.01.10)

Rué M., Cabré X., et al. (2008), *Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations*, BMC Health Serv Res., Vol. 8, No. 81. Δημοσιευμένο στο διαδίκτυο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2329626/> (ημ. επίσκ.: 21.01.2010)

Sacco G. (2006), *Italia Addio: démographie et immigration*, Outre-Terre, 2006/4, (n.17). Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=OUTE_017_0113 (ημ. επίσκ. 04.12.10)

Santamaría F. N. et al. (2002), *Inmigrantes y atención sanitaria en España: Ανακοίνωση στο 15ο Συνέδριο Φοιτητών Προληπτικής Ιατρικής και Δημ. Υγείας του Αυτόνομου Παν/μίου Μαδρίτης*. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-18.html> (ημ. επίσκ. 25.09.10)

Sanz B., Torres A.M., Schumacher R., (2000), *Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la comunidad de Madrid*, Medicina Clínica (Barc), Vol. 26, σ. 314-318. Περίληψη: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11100601> (ημ. επίσκ. 20.01.2010)

Schepper E., et al. (2006), *Potential Barriers to the Use of Health Services among Ethnic Minorities: A Review*, Family Practice, Vol. 23, No. 3, σ. 325-348. Δημοσιευμένο και στο διαδίκτυο (13.02.06) με doi 10.1093/fampra/cmi113 στη διεύθυνση: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/23/3/325.full> (ημ. ανάκτ. 04.06.10)

Scotto G., et al. (2008), *Epidemiological Multicentric Italian Society of Infectious and Tropical Diseases Study on Prevalence of Tropical Diseases in Hospitalized Immigrants in Italy During 2002*, *Infectious Diseases in Clinical Practice*, Vol. 16, No. 2, σ. 105-108. Διαθέσιμο και στο διαδίκτυο: http://journals.lww.com/infectdis/Fulltext/2008/03000/Epidemiological_Multicentric_Italian_Society_of.6.aspx (ημ. ανάκτ. 03.01.11)

Solé-Auró A., (2009), *Health care utilization among immigrants and native-born populations in 11 European countries. Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Research Institute of Applied Economics, Κείμενο εργασίας No 20, σ. 3

Spinelli A., et al. (2005), [*Health conditions of immigrant women in Italy*], *Annali di Igiene*, Vol. 17, No. 3, σ. 231-241. Περίληψη στα αγγλικά: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16041925> (ημ. επίσκ. 16.12.10)

Stobbe Holk (2000), *Undocumented Migration in the USA and Germany. An Analysis of the German Case with Cross-References to the U.S. Situation*, The Center for Comparative Immigration Studies, University of California, San Diego

Storesletten K. (2002), *Fiscal Implications of Immigration—A Net present Value Calculation*, Institute for International Economic Studies, Stockholm University

Stowers Johansen P. (2006), *Human Trafficking, Illegal Immigrants and HIV/AIDS: Personal Rights, Public Protection*, *Californian Journal of Health Promotion*, Vol. 4, No. 3, σ. 34-41. Διαθέσιμο και στο διαδίκτυο: <http://www.csuchico.edu/cjhp/4/3/034-041-johansen.pdf>

Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. (2001), *Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs?*, *Journal of Epidemiology & Community Health*, Vol. 55, No. 10, σ. 701-707. Περίληψη: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11553652> (ημ. επίσκ. 15.04.10)

Sudano J. J., Baker D. W. (2003), *Intermittent Lack of Health Insurance Coverage and Use of Preventive Services*, *American Journal of Public Health*, Vol. 93, No. 1, σ. 130-137 (ημ. επίσκ. 10.12.10)

Suurmond J., Stronks K., Mladovsky Ph. (2007), *Migrant Health Policies in the Netherlands*. Στο *Euro Observer*, Vol. 9, No. 4, σ. 3-4

Thierry Xavier (2004), *Recent Immigration Trends in France and Elements for a Comparison with the United Kingdom*, *Population –E*, Vol. 59, No. 5, σ. 635-672

Torres-Cantero A. M., Miguel A.G., Gallardo C. & Ippolito S. (2007), *Health care provision for illegal migrants: may health policy make a difference?*, *The European Journal of Public Health*, Vol. 17, No. 5, σ. 483-485

Triandafyllidou A. (2009), *Greek Immigration Policy at the Turn of the 21st Century. Lack of Political Will or Purposeful Mismanagement?*, *European Journal of Migration*

and Law, Vol. 11, No. 2, σ. 159-177. Περίληψη στο διαδίκτυο:
<http://www.ingentaconnect.com/content/mnp/emil/2009/00000011/00000002/art00004> (ημ. επίσκ.: 24.11.10)

Triandafyllidou A., Marouf M. (2009), *Greece: Immigration towards Greece at the Eve of the 21st Century. A Critical Assessment*, Κείμενο για το Πρόγραμμα IDeA, No. 4, Μάρτιος 2009, σ. 13-15

Triandafyllidou A. (2010), 'Irregular Migration in 21st Century Europe'. Στο: A. Triandafyllidou (επιμ.), *Irregular Migration in Europe. Myths and Realities*, Aldershot, Ashgate, σ. 6-9

UKVISAS (2010): <http://www.ukvisas.gov.uk/en/howtoapply/tbscreening/> (ημ. επίσκ. 04.06.2010)

Weekers J., Siem H. (1997), *Is compulsory overseas medical screening of migrants justifiable?* Public Health Reports, Vol. 112, No 5, σ. 396-402

Wen S. W., Goel V., Williams J. I. (1996), *Utilization of health care services by immigrants and other ethnic/cultural groups in Ontario*, Ethnicity & Health, Vol. 1, No. 1, σ. 99-109. Διαθέσιμη περίληψη στο διαδίκτυο:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9395553> (ημ. επίσκ. 17.07.10)

Zimmermann S. (2010), *Why Seek Asylum? The Roles of Integration and Financial Support*, International Migration, Vol. 48, No. 1, σ. 199-231. Περίληψη στο διαδίκτυο: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/122542434/abstract> (ημ. επίσκ. 27.01.2010)

Άρθρο στην εφημ. **Le Monde**, *Santé des sans-papiers : des associations demandent de modifier la réforme*. (07.01.11): http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/01/07/aide-medicale-d-etat-des-associations-demandent-la-suspension-du-droit-d-entree_1462575_3224.html (ημ. επίσκ. 12.01.11)

Άρθρο στην εφημ. **The Daily Mail**, *Sickly immigrants add £1bn to NHS bill*: <http://www.dailymail.co.uk/health/article-185768/Sickly-immigrants-add-1bn-NHS-bill.html> (ημ. ανάκτ.: 05.03.11)

Άρθρο στην εφημ. **The Daily Mirror**, *Immigration: the true cost to Britain* (18.10.2007), διαθέσιμο και στο διαδίκτυο: <http://www.mirror.co.uk/news/top-stories/2007/10/18/immigration-the-true-cost-to-britain-115875-19969602/> (ημ. επίσκ.: 05.10.10)

Άρθρο στην εφημ. **The Daily Mirror**, *Immigration: the true cost to Britain* (18.10.2007)

Άρθρο στην εφημ. **The Guardian**, *London is "TB hotspot"* (3.8.2004). Διαθέσιμο στο <http://www.guardian.co.uk/society/2004/aug/03/health.medicineandhealth> (ημ. επίσκ.: 05.10.10)

Άρθρο στην εφημ. **The Observer**, *Call for TB screening of immigrants*, (27.5.2007)
Διαθέσιμο και στο
<http://www.guardian.co.uk/society/2007/may/27/health.medicineandhealth> (ημ.
επίσκ.: 05.10.10)

Άρθρο στην εφημ. **The Observer**, *Ministers Drop HIV Test Plan*, (25.7.2004)

Άρθρο στην εφημ. **Independent**, *Government to investigate immigration public health* (17.01.2003): <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/government-to-investigate-immigration-public-health-601944.html> (ημ. επίσκ.: 05.10.10)

Άρθρο στον ιστότοπο **Medical News** (2010):
<http://www.medicalnewstoday.com/articles/166303.php> (ημ. επίσκ. 06. 05.10)

Έκθεση της Προεδρίας της Ισπανικής Κυβέρνησης (15.11.2006), *Inmigración y Economía Española: 1996-2006*, σ. 24

Ελβετία, Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας: 'Ομοσπονδιακή Στρατηγική για τη Μετανάστευση και τη Δημόσια Υγεία'.
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/00396/index.html?lang=en#> (ημ. επίσκ. 07.04.2010)

Ρεπορτάζ της **Ντόιτσε Βέλλε**, *Spotlight Berlin: Illegal Immigrants and the Health Care Dilemma* (26.02.2009). Στο διαδίκτυο: <http://www.dw-world.de/dw/article/0,,4056861,00.html> (ημ. επίσκ. 21.01.2010)

Ρεπορτάζ του **BBC**: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/7215624.stm>

Ρεπορτάζ του **Radio Netherlands Worldwide**, *Dutch health care for illegal migrants below par*. Διαθέσιμο και στο διαδίκτυο: <http://www.rnw.nl/english/article/dutch-health-care-illegal-migrants-below-par> (ημ. επίσκ. 21.01.2010)

Ρεπορτάζ της εφημ. **USA TODAY** (22.01.08), διαθέσιμο στο διαδίκτυο:
http://www.usatoday.com/news/washington/2008-01-21-immigrant-healthcare_N.htm
(ημ. επίσκ. 24.11.10)

Στατιστική Υπηρεσία του Καναδά (2009): "Facts and figures 2009 – Immigration overview: Permanent and temporary residents". Διαθέσιμο στο:
<http://www.cic.gc.ca/english/resources/statistics/facts2009/permanent/10.asp> (ημ.
επίσκ. 10.01.11)

Στατιστική Υπηρεσία του Καναδά (2010):
<http://www.cic.gc.ca/english/information/medical/medexams-perm.asp> (ημ. επίσκ.
10.01.11)

Υπουργείο Υγείας της Ιταλίας/Ministero della Sanità (2001), *Le 10 regole per l'assistenza sanitaria agli immigrati*. Οδηγός προς επαγγελματίες υγείας

ABSTRACT

The aim of the present study was to examine the extent to which the immigrants use the services of a medium-sized Greek general hospital. The financial burden due to hospitalization of uninsured immigrants in 2009 was also estimated. A brief overview of the migration phenomenon and its global impact is also supplied, focused mainly on Greece.

The material of this thesis was Greek and Non-Greek literature (dealing with health care of aliens and the consequent financial costs), data on immigrant health services utilization (both Emergency and in-patient care), and finally the annual financial data of the General Hospital of Korinthos for 2009. Most of the results of the present study are in agreement with the results of other studies, and they are discussed in relation to the international literature.

The main results of the study are that immigrants make often use of the Emergency Department services, but their hospitalization rates and duration are lower than that of the natives. Work-related accidents and maternity-related incidents are common. Contagious and chronic disease incidence is low, but according to the literature there may be an increase in the years to come. From a financial point of view, it was found that although the total burden associated with the hospitalization of uninsured aliens was relatively low, it seems that one out of two immigrants is not able to compensate the Hospital for its services. Further study of this particular issue is required, mainly from other medium-sized Greek hospitals, considering that the majority of immigrants in Greece are not uninsured.

Given that the migration flows towards Greece and the rest of the E.U. keep growing, this study concludes that more scientific research is necessary in order for comprehensive and realistic migration policies to be implemented not only in Greece, but in the European Union in general.

KEYWORDS: migration, health care cost, hospital burden, immigrant hospitalization