

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ, ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΙΔΙΟΤΗΤΑ
ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ



**Μετανάστες και υγεία : Διαστάσεις της ελληνικής
πραγματικότητας**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Κούβαρη Ελένη

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Βενιέρης, Δ., Αναπληρωτής καθηγητής, Επιβλέπων
Κουλούρη, Χ., Καθηγήτρια
Καφετζής, Π., Αναπληρωτής καθηγητής

Κόρινθος, Μάιος 2011

009779

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
Α΄ ΜΕΡΟΣ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	12
Μετανάστες στην Ελλάδα	12
1.1 Μετανάστευση στην Ελλάδα	12
1.2 Το ελληνικό θεσμικό πλαίσιο για τη μετανάστευση	13
1.3 Το δικαίωμα των μεταναστών στην υγεία κατά το σύνταγμα	14
1.4 Νομικό καθεστώς αλλοδαπών και πρόσβαση στην υγεία	15
1.5 Τα Κοινωνικά δικαιώματα των μεταναστών στην Ελλάδα	17
1.6 Η Κοινωνική Ιδιότητα του Πολίτη και μετανάστες	20
1.7 Συμπέρασμα	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	24
Μετανάστες στην Ευρώπη	24
2.1 Νομοθετικό Πλαίσιο ευρωπαϊκών χωρών για την πρόσβαση των μεταναστών στο σύστημα υγείας	24
2.1.1 Γερμανία	25
2.1.2 Βέλγιο	26
2.1.3 Γαλλία	28
2.1.4 Ιταλία	30
2.1.5 Ισπανία	31
2.6 Συμπέρασμα	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	34
Μετανάστευση και Υγεία	34
3.1 Έρευνες για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα	34
3.2 Επιδημιολογικές μελέτες	37
3.3 Ψυχική υγεία	38
3.4 Μεταδιδόμενες ασθένειες	40
3.5 Εμπόδια στην πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας	43
3.5.1 Διοικητικά εμπόδια	44
3.5.2 Το Κόστος των υπηρεσιών υγείας	45
3.5.3 Η πολυπλοκότητα του συστήματος	46
3.5.4 Γλωσσικά- πολιτισμικά εμπόδια	47
3.6 Παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε μετανάστες	49
3.6.1 Δημόσια Νοσοκομεία	50
3.6.2 Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ)	50
3.7 Συμπέρασμα	54
Β΄ ΜΕΡΟΣ	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	59
Εμπειρική Έρευνα	59
4.1 Ανάλυση έρευνας	59
4.2 Ο Σχεδιασμός έρευνας	60
4.3 Μεθοδολογία έρευνας	61
4.4 Διεξαγωγή έρευνας και οδηγοί συνέντευξης	62
4.5 Οι μετανάστες	64

4.5.1 Τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των μεταναστών	64
4.5.2 Εργασία και κοινωνική ασφάλιση	65
4.5.3 Μετανάστες και κοινωνικές υπηρεσίες	67
4.5.4 Πρόληψη και φροντίδα υγείας	68
4.6 Εργαζόμενοι στο Κέντρο Υγείας	72
4.6.1 Γενικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	73
4.6.2 Μετανάστες στο Κέντρο Υγείας	74
4.7 Συμπέρασμα	82
4.7.1 Αδυναμίες της μελέτης- Περιορισμοί	82
4.7.2 Αποτελέσματα	83
4.7.3 Προτάσεις	86
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	89
Γενικά Συμπεράσματα	89
5.1 Μετανάστες στην Ελλάδα	89
5.2 Η Υγεία των μεταναστών	91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	93
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	102

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας αυτή την εργασία θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον επιβλέποντα Καθηγητή της εργασίας, κο Δημήτρη Βενιέρη, για την πολύτιμη βοήθεια και τις ουσιαστικές υποδείξεις του πάνω στην ανάπτυξη του θέματος. Θερμές ευχαριστίες οφείλω επίσης και στον Καθηγητή, κο Χριστόφορο Σκαμνάκη, για τις εύστοχες και ουσιαστικές του παρατηρήσεις πάνω στο ερευνητικό ερώτημα. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους συνεπιβλέποντες Καθηγητές, τον κο Παναγιώτη Καφετζη και την κα Χριστίνα Κουλούρη, για τις παρατηρήσεις τους πάνω στην εργασία.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome (: Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας)

ΑμεΑ: Άτομα με Αναπηρίες

ΓΣΕΕ: Γενική Συνομοσπονδία Εργαζομένων Ελλάδας

ΔΟΕ: Διεθνής Οργάνωση Εργασίας

Ε.Ε.Δ.Α.: Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου

Ε.Κ.Κ.Ε.: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών

ΕΣΣΔ: Ένωση Σοβιετικών Σοσιαλιστικών Δημοκρατιών

ΕΣΥΕ: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (τόρα ΕΛ.ΣΤ.Α: Ελληνική Στατιστική Αρχή)

HIV: Human Immunodeficiency Virus (: ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας)

ΙΚΑ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΚΑΠΗ: Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

ΜΚΟ: Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

ΝΑ Ασία: Νοτιο- Ανατολική Ασία

Ν.Α.Τ.: Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο

Ν.Π.Δ.Δ.: Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου

Ο.Α.Ε.Δ.: Οργανισμός απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού

Ο.Γ.Α.: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

Ο.Η.Ε.: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

Π.Δ.: προεδρικό διάταγμα

Τ.Ε.Β.Ε.: Ταμείο Επαγγελματιών & Βιοτεχνών Ελλάδος (τόρα Ο.Α.Ε.Ε.: Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών)

Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.: Ταμείο Συντάξεων Μηχανικών & Εργοληπτών Δημοσίων Έργων

Τ.Σ.Α.Υ.: Τομέας Σύνταξης & Ασφάλισης Υγειονομικών

ΥΠ.ΕΣ.Δ.Δ.Α.: Υπουργείο Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης

UNICEF: United Nations Children's Fund

UNESCO: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο της μετανάστευσης παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των δημογραφικών, οικονομικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών στη χώρα υποδοχής. Επιμέρους συνέπεια των αλλαγών αυτών, είναι η αύξηση των υποκειμένων, τα οποία συμμετέχουν στη συλλογική ζωή και στην ανακατανομή των πόρων (Παύλου & Χριστόπουλος, 2004). Επομένως, αυξάνονται τα άτομα που διεκδικούν τα κοινωνικά αγαθά. Είναι ορατό όμως πλέον ότι αυτά δεν επαρκούν και πολλοί είναι εκείνοι, οι οποίοι μένουν αποκλεισμένοι από τον κοινωνικό ιστό, χωρίς να μπορούν ισότιμα με τους υπόλοιπους να διεκδικήσουν τα όσα δικαιούνται. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι η παρεμπόδιση της διαδικασίας ενσωμάτωσης για τον μεταναστευτικό πληθυσμό, και κυρίως για όσους παραμένουν αντικανονικά στη χώρα, γεγονός το οποίο ακολουθείται και από ποικίλα άλλα ζητήματα.

Το επίπεδο υγείας των μεταναστών είναι ένα ενδεικτικό στοιχείο για την ομαλή τους ένταξη στη χώρα υποδοχής. Η απρόσκοπτη πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας άπτεται κατά κύριο λόγο στην ίδια την Πολιτεία και στις νομοθετικές ρυθμίσεις που εισάγει. Στην Ελλάδα, το ζήτημα της υγειονομικής περίθαλψης των μεταναστών, μόλις πρόσφατα, το 2001 με τον ν.2910/2001, απασχόλησε τους αρμόδιους φορείς και τις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, ενώ μέχρι τότε το όλο θέμα δεν είχε τύχει καμίας μέριμνας.

Οι συνθήκες ζωής των μεταναστευτικών πληθυσμών που μένουν στην Ελλάδα παίζουν καίριο ρόλο στο επίπεδο της υγείας τους. Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν είναι ποικίλα και ενίοτε πολύ σοβαρά. Η νομική προστασία που τους παρέχεται είναι ελάχιστη με αποτέλεσμα να δρα αποτρεπτικά για την πρόληψη τους. Το κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών και τα διάφορα διοικητικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν κατά την είσοδο τους στις δομές υγείας λειτουργούν ανασταλτικά. Ο ίδιος ο νόμος, ο οποίος επιβάλλει την παροχή υπηρεσιών υγείας για τους αντικανονικούς μετανάστες μόνο ως επείγοντα περιστατικά, δημιουργεί μια σωρεία άλλων προβλημάτων καθώς δεν αντιμετωπίζεται εν τη εμφανίσει της μια ασθένεια αλλά μόνο όταν καθίσταται κρίσιμη για τη ζωή του ασθενούς. Όλα αυτά συνηγορούν στην εμφάνιση τόσο «ξεχασμένων»- για την υπόλοιπη Δύση- όσο και μεταδιδόμενων ασθενειών, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο τη ζωή όσων στερούνται τα μέσα πρόληψης και φροντίδας της υγείας τους.

Το δικαίωμα στην υγεία εν τέλει αποδίδεται ως ένα θεμελιωμένο δικαίωμα σε όσους έχουν κατοχυρώσει την ιδιότητα τους ως πολίτες. Για το υπόλοιπο κομμάτι του πληθυσμού, αυτό είναι ένα δικαίωμα σε αναζήτηση. Ο νομοθέτης θέτει ξεκάθαρα αυτό τον διαχωρισμό ανάμεσα στους Έλληνες Πολίτες, τους νόμιμους μετανάστες και σε όσους παραμένουν στη χώρα αντικανονικά.

Η κατάσταση περιγράφεται από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Η έκθεση της Mighealthnet (Κοτσιώνη, 2009), περιγράφει τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες που μένουν στην Ελλάδα. Τα προβλήματα αφορούν τόσο σε σωματικές παθολογίες όσο και σε ασθένειες που άπτονται της ψυχικής υγείας, όπως είναι η κατάθλιψη αλλά και σε σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες που εμφανίζονται κυρίως λόγω της συχνής εναλλαγής σεξουαλικών συντρόφων, των ελλειπών μέτρων προφύλαξης και αφορούν κυρίως σε άτομα που εκδίδονται, τα οποία στην πλειοψηφία τους είναι θύματα σωματεμπορίας (trafficking). Επίσης, η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Γιατρούς του Κόσμου, σε 11 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ανάμεσα τους και η Ελλάδα, δείχνει το μέγεθος του προβλήματος. Η συγκεκριμένη έρευνα εστιάζεται στα προβλήματα υγείας των μεταναστευτικών πληθυσμών, στα εμπόδια που αντιμετωπίζουν κατά την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας αλλά και στις εθνικές πολιτικές για την υγεία, που εφαρμόζονται σε αυτές.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερευνών, σχετικά με τους μεταναστευτικούς πληθυσμούς στην Ελλάδα, εστιάζοταν κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα, όπως είναι η Αθήνα και οι νησιωτικές περιοχές, όπου παρατηρείται μεγάλη συγκέντρωση του πληθυσμού αυτού (Καραμανλή, 2006; Εμμανουήλ κ.ά., 2008). Η διερεύνηση του φαινομένου στην περιφέρεια είναι ελλιπής σε σχέση με τον μεταναστευτικό πληθυσμό που συγκεντρώνεται σε αυτές τις περιοχές. Φυσικά, παρατηρείται μεγαλύτερο ποσοστό μεταναστών στα αστικά κέντρα από ό,τι στην επαρχία, αλλά και εκεί ο αριθμός τους δεν είναι αμελητέος. Σημειωτέον δε ότι οι συνισταμένες είναι πολύ διαφορετικές. Ο μικρότερος αριθμός κατοίκων σε μια περιοχή συνιστά προσφορότερο έδαφος για την ομαλή ένταξη στην τοπική κοινωνία καθώς οι σχέσεις και τα κοινωνικά δίκτυα είναι πιο ισχυρά. Πάνω σε αυτό το δεδομένο στηρίχθηκε και το ερευνητικό ερώτημα της παρούσας εργασίας.

Το δεδομένο αυτό κατέστησε την ερευνητική προσπάθεια ιδιαίτερως σημαντική, καθώς δόθηκε η δυνατότητα διερεύνησης των δυναμικών των σχέσεων που αναπτύσσονται σε μια μικρή επαρχιακή πόλη, απαντώντας κατ' αυτόν τον τρόπο στο ερώτημα για τη δυνατότητα πρόσβασης και στις υπηρεσίες υγείας της περιοχής. Επίσης, προέκυψαν στοιχεία για τα προβλήματα υγείας που μπορεί να αντιμετωπίζει ο μεταναστευτικός πληθυσμός στην επαρχία σε σχέση με όσους κατοικούν στις πόλεις.

Το όλο ζήτημα επιχειρείται να αναλυθεί, έχοντας ως αφετηρία το ίδιο το άτομο μέσα σε μια νέα χώρα. Το δικαίωμα του στο αγαθό της υγείας φαίνεται να προσδιορίζεται κατά κύριο λόγο από την ιδιότητα του ατόμου ως πολίτης ενός κράτους και έπειτα από την ιδιότητα του ως ανθρώπινη οντότητα που δικαιούται το αγαθό της υγείας. Συγκρίνοντας την περίπτωση της Ελλάδας με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, προκύπτει το συμπέρασμα ότι πρέπει να γίνουν πολλά προκειμένου να θεωρηθεί ολοκληρωτικά θεμελιωμένο το δικαίωμα στην υγεία για όλους όσους διαμένουν στην ελληνική επικράτεια.

Τα ερωτήματα που προέκυψαν καθ' όλη την ερευνητική διαδικασία- βιβλιογραφική και εμπειρική- είναι ποικίλα και ξεκινούν κατ' αρχήν από την ίδια την ιδιότητα του πολίτη και κατά πόσο αυτή μπορεί να διασφαλίσει στο άτομο τα κοινωνικά του δικαιώματα. Επίσης, αυτό το οποίο διερευνήθηκε με ιδιαίτερο ενδιαφέρον είναι τι προβλήματα υγείας έχουν και πως αντιμετωπίζονται. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει συνολικά τα αποτελέσματα των ερευνών πάνω στα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει ο μεταναστευτικός πληθυσμός προκειμένου τα προγράμματα που θα απευθύνονται σε αυτούς να έχουν θετικά αποτελέσματα.

Συγκεκριμένα, η παρούσα εργασία χωρίστηκε σε δύο μέρη, στο πρώτο παρουσιάζεται η βιβλιογραφική έρευνα πάνω στο ζήτημα της μετανάστευσης και της υγείας σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο και στο δεύτερο μέρος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εμπειρικής έρευνας. Στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται κατ' αρχήν μια περιγραφή του μεταναστευτικού φαινομένου στην Ελλάδα και εν συνεχεία γίνεται μια ανάλυση του νομοθετικού πλαισίου για τη μετανάστευση. Ο πυρήνας του κεφαλαίου αυτού εστιάζει κυρίως στις πολιτικές που αφορούν στο ζήτημα της πρόσβασης του μεταναστευτικού πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας. Από ό,τι προκύπτει από τα νομοθετικά κείμενα, το δικαίωμα αυτό είναι περιορισμένο και αφορά ως επί το πλείστον στους μετανάστες, οι οποίοι ζουν νόμιμα στη χώρα. Για τη μερίδα του

μεταναστευτικού πληθυσμού που παραμένει παράτυπα στην Ελλάδα, η μόνη πρόβλεψη που υπάρχει είναι η δωρεάν πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας μόνο ως επείγοντα περιστατικά. Η διάταξη αυτή είναι περιοριστική, γεγονός που συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στον κοινωνικό αποκλεισμό της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας. Ακολουθώντας, αναλύονται οι έννοιες των κοινωνικών δικαιωμάτων και της κοινωνικής ιδιότητας του πολίτη. Η συσχέτιση των εννοιών των δικαιωμάτων και της ιδιότητας του πολίτη συντελεί στο να διερευνηθεί το ζήτημα των κριτηρίων για την απόδοση των κοινωνικών δικαιωμάτων στους ίδιους τους μετανάστες.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύεται η ευρωπαϊκή διάσταση του φαινομένου, βάσει των εθνικών πολιτικών για την υγεία και τους μετανάστες, όπως εφαρμόζονται σε πέντε ευρωπαϊκές χώρες, δίνοντας καθ' αυτόν τον τρόπο τη δυνατότητα σύγκρισης με τα ελληνικά δεδομένα. Οι διαφορές της Ελλάδας και των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών ποικίλουν αλλά προβάλλεται πολύ έντονα η διαφορά ανάμεσα τους. Η Ελλάδα, όπως προκύπτει, μη τηρώντας, τις περισσότερες φορές, τις δεσμεύσεις της, εφαρμόζει μια αποτρεπτική μεταναστευτική πολιτική, παραβλέποντας βασικούς άξονες που διασφαλίζουν την αξιοπρεπή διαβίωση του ατόμου, όπως είναι η υγεία.

Στο τρίτο κεφάλαιο, αναλύονται τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν στην πλειοψηφία τους οι μετανάστες, βασισμένο στις μελέτες και εκθέσεις που έχουν συντάξει αρμόδιοι φορείς και ΜΚΟ. Οι συνθήκες ζωής (η κατοικία, η σίτιση, η εργασία) επηρεάζουν έντονα και την κατάσταση της υγείας του κάθε ατόμου. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση επίσης στα διάφορα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, ψυχικά και σωματικά. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι μια πολύ σημαντική παράμετρος, η οποία καθορίζει τη σχέση του ατόμου με την ατομική του υγεία. Επιπροσθέτως, δίνεται έμφαση και στα εμπόδια που αντιμετωπίζουν κατά την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας. Τα νομικά εμπόδια, οι διοικητικές δυσκολίες και το κόστος των υπηρεσιών υγείας λειτουργούν, στις περισσότερες περιπτώσεις, ανασταλτικά.

Στο δεύτερο μέρος, παρουσιάζεται η ανάλυση της εμπειρικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην περιφέρεια (Γαλατάς Τροιζηνίας) προκειμένου να γίνει μια σύγκριση με την υπάρχουσα κατάσταση στα αστικά κέντρα, όσο αφορά στα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν αλλά και στις υπηρεσίες που τους παρέχονται. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις τόσο με μετανάστες που ζουν στην περιοχή όσο και με το προσωπικό του Κέντρου Υγείας. Στόχος ήταν να

διερευνηθεί η ποιότητα ζωής στην επαρχία, ο βαθμός ένταξης των μεταναστών στην τοπική κοινωνία και η στάση τους απέναντι σε ζητήματα που αφορούν στην υγεία τους. Επίσης, διερευνήθηκε ο βαθμός ευκολίας ή δυσκολίας κατά την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας σε συνάρτηση με τη στάση του προσωπικού του Κέντρου Υγείας απέναντι στον μεταναστευτικό πληθυσμό της περιοχής αλλά και οι λόγοι για τους οποίους απευθύνονται οι μετανάστες στο Κέντρο Υγείας.

Συνοψίζοντας, ο τελικός στόχος της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνηθούν τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες στην Ελλάδα, εξετάζοντας παράλληλα το ζήτημα τη πρόσβασης τους στις υπηρεσίες υγείας. Πυρήνας της έρευνας είναι το ζήτημα της υγείας καθώς η πρόληψη και η φροντίδα της υγείας αποτελεί ένα από τα βασικά στοιχεία προώθησης της κοινωνικοποίησης του ατόμου και της ομαλής του ένταξης στον κοινωνικό ιστό.

Η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι ποικίλη και περιλαμβάνει βιβλία, έρευνες, μελέτες, διεθνή κείμενα και αναφορές διεθνών και ευρωπαϊκών οργανισμών. Μέρος της επίσης αποτελούν και άρθρα εφημερίδων, ελληνικών και ευρωπαϊκών. Ο κυριότερος λόγος χρήσης αυτού του υλικού είναι η αποτύπωση των καθημερινών επίκαιρων γεγονότων που συνέβησαν σε δεδομένες στιγμές. Η ελληνική βιβλιογραφία από την άλλη δεν είναι αρκετά εμπλουτισμένη και για το λόγο αυτό χρησιμοποιήθηκαν εκδόσεις οργανισμών, όπως είναι το ΙΜΕΠΟ, το ΕΛΙΑΜΕΠ, το ΙΝΕ- ΓΣΕΕ, το ΕΚΚΕ κλπ, προκειμένου να εμπλουτιστεί το υλικό. Μεγάλη πηγή σχετικών πληροφοριών υπήρξε φυσικά το διαδίκτυο, δέκτης μεγάλου όγκου στοιχείων, τα οποία στην πλειοψηφία τους χρειάζονται φιλτράρισμα αλλά και επιβεβαίωση. Οι ιστοσελίδες μεγάλων οργανισμών, όπως είναι ο ΟΗΕ, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, αλλά και οι ιστοσελίδες των ΜΚΟ, έδωσαν πληθώρα σημαντικών στοιχείων για την εξέλιξη του φαινομένου σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο. Υπάρχουν επίσης πολλές ιστοσελίδες, οι οποίες ασχολούνται αποκλειστικά με το φαινόμενο της μετανάστευσης, όπως η nowhereland, first-step κλπ, που παρουσιάζουν λεπτομερώς το φαινόμενο της μετανάστευσης. Φυσικά μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας είναι ξενόγλωσσο, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των ερευνών του φαινομένου έχουν πραγματοποιηθεί στην Ευρώπη και την Αμερική.

Η συλλογή όλων αυτών των στοιχείων τόσο μέσω της βιβλιογραφικής όσο και μέσω της εμπειρικής έρευνας, έδωσε πολλά στοιχεία γύρω από το φαινόμενο της

μετανάστευσης στην Ελλάδα και για την ανάπτυξη των κοινωνικών δικτύων στην περιφέρεια. Ανέγειρε επίσης ερωτήματα γύρω από τη φύση της νομικής προστασίας των μεταναστών και για ζητήματα που αφορούν εν γένει στη διαδικασία ένταξης και ενσωμάτωσης τους στην Ελλάδα.

A' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Μετανάστες στην Ελλάδα

1.1 Μετανάστευση στην Ελλάδα

Το φαινόμενο της μετανάστευσης στην Ελλάδα, συγκριτικά με την υπόλοιπη Ευρώπη είναι σχετικά πρόσφατο. Από τη δεκαετία του 1990 και εξής, άρχισε να παίρνει όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις. Σήμερα υπολογίζεται ότι περίπου ένα εκατομμύριο, μετανάστες και πρόσφυγες, ζουν στην Ελλάδα νόμιμα ή μη (Λιανός κά, 2008:40). Τα κίνητρα της μετανάστευσης είναι κυρίως οικονομικά, στοιχείο το οποίο αποτελεί το βασικό συστατικό της παγκοσμιοποιημένης κοινωνίας (Καραμανλή, 2006). Από τη δεκαετία του 1990 έως σήμερα, οι μεταναστευτικές ροές προς την Ελλάδα συνεχίζονται με τον ίδιο ρυθμό. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται ως επί το πλείστον στις οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν στις χώρες καταγωγής αλλά και στις ιδιαιτερότητες της Ελλάδας ως χώρα υποδοχής (Μπούζκοβα,2008). Είναι η χώρα εισόδου προς της Ευρώπη, της οποίας ο ελεγκτικός μηχανισμός των συνόρων, μέχρι πρόσφατα, ήταν πολύ χαλαρός, γεγονός που επέτρεπε την ανεμπόδιστη και παράτυπη εισροή των μεταναστευτικών πληθυσμών εντός της ελληνικής επικράτειας.

Ο μετανάστης, νόμιμος ή μη, ανήκει σε μια ευπαθή κοινωνικά πληθυσμιακή ομάδα, εφόσον τελεί υπό καθεστώς περιορισμένης πρόσβασης σε επιμέρους δικαιώματα (Κασιμάτη, 2003:34). Απέναντι σε αυτή την ομάδα αναπτύσσεται ένας κοινωνικός, θρησκευτικός ή φυλετικός ρατσισμός, ο οποίος οξύνει τον κοινωνικό αποκλεισμό που υφίστανται ως ομάδα. Παράλληλα δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την αποδυνάμωση της κοινωνικής συνοχής, καλλιεργώντας έτσι και το έδαφος σε επερχόμενες κοινωνικές συγκρούσεις (Γεωργούλας, 2003:96).

Επιπροσθέτως όμως, οι μετανάστες υφίστανται μια επιπλέον διάκριση ως προς τη σχέση τους με την Πολιτεία, διότι στερούνται της ίδιας της ιδιότητας του πολίτη. Θεωρητικά βέβαια τα κλασικά εγχειρίδια συνταγματικού δικαίου μιλούν για θεσπισμένα και κατοχυρωμένα κοινωνικά δικαιώματα, η απόλαυση των οποίων θεωρείται αυτονόητη. Στο πεδίο της κοινωνικής προστασίας, η θεωρία και η νομολογία,

υπό την επίδραση του διεθνούς δικαίου, τείνουν πλέον να αποδεχθούν τον αλλοδαπό ως φορέα κοινωνικών δικαιωμάτων (Κοντιάδης, 2007:23). Το ζήτημα όμως που προκύπτει είναι τόσο της απόδοσης αυτής της ιδιότητας τους ως πολίτες της κοινωνίας, στην οποία ζουν, όσο και της κοινωνικής τους ενσωμάτωσης σε αυτή. Παράπλευρη συνέπεια αυτής της διακριτικής μεταχείρισης είναι η μη αναγνώριση δικαιωμάτων και, στην προκειμένη περίπτωση που εξετάζεται εδώ, η παρεμπόδιση της πρόσβασης τους στις υπηρεσίες υγείας. Επομένως, η απόδοση των κοινωνικών δικαιωμάτων και της ιδιότητας του πολίτη σε υπηκόους τρίτων χωρών διευκολύνει την ενσωμάτωση τους στην κοινωνία της χώρας υποδοχής. Συνεπώς, αυτές οι δύο έννοιες συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με την θετική ενσωμάτωση του μεταναστευτικού πληθυσμού στη χώρα υποδοχής .

1.2 Το ελληνικό θεσμικό πλαίσιο για τη μετανάστευση

Η μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα κρίνεται μάλλον ανεπαρκής απέναντι στον όγκο του φαινομένου της σύγχρονης μετανάστευσης. Η αμηχανία με την οποία αντιμετωπίζεται το όλο ζήτημα δημιουργεί μια σειρά κενών ως προς την ένταξη του μεταναστευτικού πληθυσμού, την υποδοχή του και την εξασφάλιση των στοιχειωδών έστω ατομικών και κοινωνικών τους δικαιωμάτων. Από τη δεκαετία του 1990, όταν ήρθαν οι πρώτοι μεταναστευτικοί πληθυσμοί από τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, έως σήμερα έχουν εφαρμοστεί πέντε νομοθετικές ρυθμίσεις¹ πάνω στη μεταναστευτική πολιτική, από τις οποίες καμία δε φάνηκε επαρκής, «ολοκληρωμένη, με μακροχρόνιο σχεδιασμό και με κοινωνική συναίνεση» (Καψάλης (α), 2007: 248) ούτως ώστε να εξομαλύνει την κατάσταση. Οι νομιμοποιήσεις που έγιναν κατά τη διάρκεια των περασμένων ετών δεν πέτυχαν τον στόχο τους, καθώς μεγάλο ποσοστό του μεταναστευτικού πληθυσμού παραμένει σε καθεστώς παράτυπης παραμονής (Καψάλης (β), 2007: 234) και κατά συνέπεια στο περιθώριο, απασχολούμενο σε τομείς της παραοικονομίας και της αδήλωτης εργασίας (Κατσορίδας, 2007:116). Το παραπάνω γεγονός συντελεί στην αποστέρηση βασικών κοινωνικών δικαιωμάτων, όπως αυτό της

¹ Αναλυτικά στο παράρτημα

υγείας, εφόσον, όσοι δε διαθέτουν τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής, δε δικαιούνται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παρά μόνο ως επείγοντα περιστατικά.

Το ελληνικό Σύνταγμα και οι Διεθνείς Συμβάσεις για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα ορίζουν τη γενικότερη σχέση του ατόμου με το δικαίωμα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Όσον αφορά στην πληθυσμιακή ομάδα των μεταναστών τα πράγματα είναι πιο συγκεχυμένα, καθώς μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού τους δε διαθέτει τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα και ως εκ τούτου στερείται της ισότιμης πρόσβασης στην υγεία .

1.3 Το δικαίωμα των μεταναστών στην υγεία κατά το σύνταγμα

Στο ελληνικό Σύνταγμα ορίζεται ότι «ο καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας»², κατοχυρώνοντας έτσι το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία. Παράλληλα απαγορεύει τις σκόπιμα βλαπτικές ενέργειες τρίτων, καθώς «το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών»³, θεμελιώνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο την αξίωση για τη λήψη μέτρων και παροχών από το Κράτος στις υπηρεσίες υγείας. Φορείς αυτού του κοινωνικού δικαιώματος θεωρούνται όλοι οι Έλληνες πολίτες αλλά αυτό δεν απαγορεύει στο νομοθέτη να επεκτείνει το ίδιο δικαίωμα και στους αλλοδαπούς (Δαγτόγλου, 2005: 109).

Οι αντιφάσεις που προκύπτουν μεταξύ Συντάγματος και νομοθετικού πλαισίου μάλλον υποδεικνύουν και την απαξίωση, με την οποία αντιμετωπίζουν εν γένει τόσο το ζήτημα της προστασίας της υγείας όσο και το μεταναστευτικό ζήτημα. Το Σύνταγμα ορίζει ξεκάθαρα ότι «ο σεβασμός και η αξία του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας»⁴. Το σημείο αυτό όμως έρχεται σε αντίθεση με το γενικότερο νομοθετικό πλαίσιο για τη μετανάστευση. Προβάλλεται, με πλάγιο τρόπο, η απαξίωση της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας, η οποία αφήνεται απροστάτευτη, χωρίς να της παρέχεται η αναγκαία άμεση βοήθεια, προσβάλλοντας κατ' αυτόν τον τρόπο την αξία της ανθρώπινης ζωής. Όλο αυτό αντικρούεται από τα ανθρωπιστικά προτάγματα του συντάγματος και κατά συνέπεια δεν μπορούν να αποκλεισθούν και οι αλλοδαποί από το δικαίωμα στην υγεία (Χρυσογόνος, 2006:553-554).

² Το άρθρο 5 παρ. 5

³ Το άρθρο 21 παρ. 3

⁴ Το Σύνταγμα της Ελλάδας άρθρο 2 παράγραφος 1

Η προστασία της υγείας απορρέει κατ' αρχήν από το σεβασμό και την προστασία της αξίας του ανθρώπου και εμπεριέχει τους ανθρώπους στο σύνολο τους χωρίς να γίνονται οποιεσδήποτε διακρίσεις βάσει φύλου, εθνικότητας και θρησκείας. Παρέχεται σε όλους, δίνοντας το δικαίωμα στο Κράτος να παρέμβει μόνο σε ό,τι αφορά στην προστασία αυτού του δικαιώματος. Το βασικό κριτήριο της παροχής αυτών των υπηρεσιών δεν πρέπει να είναι η οικονομική ή η επαγγελματική κατάσταση του ασθενούς, αλλά η ίδια η ανάγκη ιατροφαρμακευτικής φροντίδας και περίθαλψης του ατόμου. Τα κοινωνικά δικαιώματα που αφορούν εν γένει στην υγεία και στην αξιοπρεπή διαβίωση, έχουν άμεση σχέση με την αρχή περί προστασίας της αξίας του ανθρώπου χωρίς να παρεισφρέουν διακρίσεις σχετικά με την οικονομική του δυνατότητα και το καθεστώς παραμονής του σε μια χώρα, ως πολίτης ή ως αλλοδαπός, νόμιμος ή αντικανονικός.

1.4 Νομικό καθεστώς αλλοδαπών και πρόσβαση στην υγεία

Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας της χώρας που φιλοξενούνται, αποτελεί μέρος του θεσμικού πλαισίου για τη μετανάστευση, για το οποίο, θεωρητικά, αξιοποιήθηκαν και οι διεθνείς συμβάσεις που έχει υπογράψει και η Ελλάδα. Από το 1981, που υιοθετήθηκε η «Παγκόσμια Στρατηγική για Υγεία για Όλους μέχρι το 2000» έως σήμερα έχουν περάσει τριάντα χρόνια χωρίς να έχουν γίνει ουσιαστικές αλλαγές στο συγκεκριμένο ζήτημα.

Η Ελληνική Πολιτεία από τη μεριά της καλείται να προστατέψει όλους όσους διαμένουν στην Επικράτεια της ανεξαρτήτως καθεστώτος παραμονής, προκειμένου να διασφαλίσει την ασφάλεια και την ακεραιότητα του πληθυσμού της. Η νομοθετική όμως κάλυψη του ζητήματος ήταν ανεπαρκής καθώς, ενώ η εισροή μεταναστών στην Ελλάδα παρουσίαζε αυξητικές τάσεις ήδη από το 1990, δεν υπήρχε καμία πρόβλεψη για το ζήτημα της προστασίας της υγείας τους μέχρι το 2001 με τον Ν.2910/2001 (Κεφάλαιο Θ' άρθρο 39)⁵ και το 2005 με τον Ν. 3386/2005 (Κεφάλαιο ΙΕ' άρθρο 71)⁶.

Ο περιορισμός που τίθεται όμως και στους δυο νόμους αφορά στην περίπτωση των

⁵ Ν.2910/2001, κεφ. Θ' «Δικαιώματα και Υποχρεώσεις αλλοδαπών», άρθρο 39 παρ. 1 «Οι αλλοδαποί που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα ασφαλιζονται στους οικείους ασφαλιστικούς οργανισμούς και απολαμβάνουν των ιδίων ασφαλιστικών δικαιωμάτων με τους ημεδαπούς»

⁶ Στον Ν.3386/2005 κεφ ΙΕ' «Δικαιώματα και υποχρεώσεις υπηκόων τρίτων χωρών» άρθρο 71 «Δικαιώματα», ισχύει ακριβώς το ίδιο όπως στον Ν.1975/2001

παράτυπων μεταναστών, οι οποίοι δε δικαιούνται δωρεάν πρόσβαση στην υγεία, παρά μόνο ως επείγοντα περιστατικά. Το δικαίωμα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, έτσι όπως αναγνωρίζεται από τους συγκεκριμένους νόμους, είναι πολύ περιοριστικό και άνισο, εφόσον ο αλλοδαπός, ο οποίος δε διαθέτει τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής και το ελάχιστο εισόδημα, δικαιούται να απευθυνθεί στις υπηρεσίες υγείας μόνο σε επείγουσες περιστάσεις, για να δικαιολογηθεί και η έκτακτη νοσηλεία του. Επομένως, για τον νομοθέτη δεν υφίσταται καμία σύνδεση με την αρχή για την υποχρέωση στην προστασία της αξίας του ανθρώπου (ΕΕΔΑ, 2007:6).

Το δικαίωμα στην υγεία αναγνωρίζεται μόνο σε όσους διαμένουν νόμιμα, οι οποίοι σε αυτή την περίπτωση διαθέτουν ασφαλιστικό βιβλιάριο από το ταμείο τους, το οποίο τους καλύπτει την ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική περίθαλψη. Παρ' όλα αυτά, αναφορές αλλοδαπών εργαζομένων που απευθύνονται στον Συνήγορο του Πολίτη (κύκλος Κοινωνικής Προστασίας) οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ενώ από τη μια πλευρά η εργατική και ασφαλιστική νομοθεσία είναι ο κύριος μηχανισμός για την κοινωνική τους ένταξη από την άλλη η μεταναστευτική πολιτική δημιουργεί εμπόδια ακόμα και για τους νόμιμα διαμένοντες (Αμοριανού, 2007:3). Εμπόδια τα οποία ακυρώνουν τα ασφαλιστικά τους δικαιώματα και δυσκολεύουν τη διαδικασία της κοινωνικής τους ενσωμάτωσης στην οικονομική και κοινωνική ζωή της χώρας.

Το 2006, η εγκύκλιος με αριθμό 139491/16.11.2006 (ΦΕΚ 1747 Β/30-11-2006) προέβλεπε τον «Καθορισμό προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφαλιστών και οικονομικά αδύνατων πολιτών». Ως δικαιούχοι δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, εφόσον δε δικαιούνται άμεσα ή έμμεσα από άλλο ασφαλιστικό φορέα, και διαμένουν νόμιμα στη χώρα, ανάμεσα σε πολλούς άλλους περιλαμβάνονται οι ομογενείς, οι αλλοδαποί με άδεια παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους και οι υπήκοοι των Κρατών Μελών του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη⁷. Σε αυτή την ομάδα δικαιούχων χορηγείται πιστοποιητικό κοινωνικής προστασίας εφόσον υπάρχει αποδεδειγμένα πρόβλημα υγείας. Στο ΠΔ. 266/1999 περιλαμβάνονται στην ομάδα των

⁷Οι χώρες που περιλαμβάνονται στον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη είναι οι Αυστρία, Βέλγιο, Βουλγαρία, Γαλλία, Γερμανία, Δανία, Εσθονία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία, Ισλανδία, Ιταλία, Ισπανία, Κύπρος, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Νορβηγία, Ολλανδία, Ουγγαρία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβακία, Ελβετία, Σουηδία, Τουρκία, Τσεχία, Φιλανδία, Αλβανία, Λετονία, Μολδαβία, Λιθουανία, Σλοβενία. (Εγκύκλιος Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Υ4α/οικ.8992/13-7-2000)

δικαιούχων οι αναγνωρισμένοι πολιτικοί πρόσφυγες, οι αιτούντες άσυλο, «οι έχοντες έγκριση παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους ή σε όσους έχει τεθεί προθεσμία, η οποία δεν έχει εκπνεύσει ακόμη, έχουν τη δυνατότητα της δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης με την άμεση επίδειξη του δελτίου ταυτότητας πρόσφυγα ή του δελτίου αιτήσαντος άσυλο αλλοδαπού ή του ειδικού δελτίου παραμονής αλλοδαπού για ανθρωπιστικούς λόγους αντίστοιχα, στις υπηρεσίες του ΕΣΥ. Οι αλλοδαποί θύματα των εγκλημάτων των 323, 323Α, 349, 351 και 351Α⁸ του Ποινικού Κώδικα (σύμφωνα με το π.δ.233/2003), που είναι ανασφάλιστοι δικαιούνται άμεσης και δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης από τις υπηρεσίες του ΕΣΥ. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι διαθέσιμες για όσο χρονικό διάστημα διαρκούν τα μέτρα προστασίας και αρωγής και με την επίδειξη μόνο της σχετικής βεβαίωσης από την οικεία Αστυνομική Διεύθυνση, απευθείας στις υπηρεσίες του ΕΣΥ και στην οποία θα αναγράφεται ρητά ο χρόνος προστασίας και αρωγής. Οι κρατούμενοι σε φυλακές, φιλοξενούμενοι σε ιδρύματα αγωγής ανηλίκων και φιλοξενούμενοι σε στέγες φιλοξενίας ανηλίκων, των εταιρειών ανηλίκων (Ν.Π.Δ.Δ.) δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης με επίδειξη της σχετικής βεβαίωσης του σωφρονιστικού καταστήματος, του ιδρύματος αγωγής ή της στέγης φιλοξενίας, απευθείας στην υπηρεσία του ΕΣΥ» (Εγκύκλιος με αριθμό 139491/16.11.2006 (ΦΕΚ 1747 Β/30-11-2006, παρ. 4-7). Σε αυτή την περίπτωση οι παροχές που προβλέπονται για αυτές τις ομάδες δικαιούχων είναι η δωρεάν πλήρης νοσηλεία, η εξέταση και δωρεάν χορήγηση φαρμάκων (λίστας) και η μεταφορά των ασθενών με πλωτό ή αεροπορικό μέσο.

1.5 Τα Κοινωνικά δικαιώματα των μεταναστών στην Ελλάδα

Το άτομο είναι φορέας, θεωρητικά τουλάχιστον, των ατομικών δικαιωμάτων, χωρίς όμως αυτό να συνεπάγεται και των κοινωνικών, καθώς αυτά είναι άμεσα συνδεδεμένα με την ιθαγένεια και τη σύνδεση του ατόμου με το κράτος (Κατρούγκαλος, 2001:73). Το ζήτημα των κοινωνικών δικαιωμάτων των μεταναστών, δεν έχει διερευνηθεί σε μεγάλο βαθμό, σε σχέση με το κράτος πρόνοιας (Sainsbury, 2006). Στην Ελλάδα η

⁸323 (εμπόριο δούλων), 323Α (εμπορία ανθρώπων), 349 (έγκλημα της μαστροπείας), 351 (σωματεμπορία), 351Α (ασέλγεια με ανήλικο έναντι αμοιβής)

απόδοση των κοινωνικών δικαιωμάτων, όπως η πρόσβαση στην υγεία, στην εκπαίδευση και στην εργασία αποτελεί πρόσφορο πεδίο για περαιτέρω διεκδίκηση.

Οι πολιτικές αποκλεισμού των αντικανονικών μεταναστών από βασικά κοινωνικά δικαιώματα στηρίζονται στην αντίληψη ότι τα άτομα είναι υπεύθυνα για την κατάσταση τους (Da Lomba, 2004). Παρ' όλα αυτά, στο κομμάτι της κοινωνικής ασφάλισης παρατηρούνται πολλές διακρίσεις σε βάρος των μεταναστών, ακόμα και των νόμιμων. Υπάρχουν περιπτώσεις, στις οποίες εξαιρούνται κοινωνικής ασφάλισης οι εργαζόμενοι σε ξένες εταιρίες ή αποκλείονται από ορισμένα ταμεία (Ταμείο Νομικών, ΤΣΜΕΔΕ, ΤΣΑΥ⁹, ΝΠΔΔ) εφόσον απαιτείται η κατοχή της ελληνικής ιθαγένειας (Κατρούγκαλος, 2001:86-87). Όσον αφορά στο συνταξιοδοτικό δικαίωμα, σύμφωνα με τον Ν.3169/2003, δίδεται το δικαίωμα στον αλλοδαπό εργαζόμενο να εξαγοράσει 150 έτη, ούτως ώστε να διασφαλίσει την νόμιμη παραμονή του, την κοινωνική του ασφάλιση αλλά και τη σύνταξη του (Μαράτου- Αλιμπράντη & Γκαζόν, 2005 :20-21).

Το ελληνικό Σύνταγμα από την άλλη πλευρά ορίζει ότι φορείς των επιμέρους κοινωνικών δικαιωμάτων είναι μόνο οι Έλληνες πολίτες. Αναγνωρίζει τον σεβασμό στη αξία του κάθε ανθρώπου και την παροχή του ελάχιστου έστω αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης. Παραμένει όμως η αντίληψη ότι οι μετανάστες δεν είναι φορείς των κοινωνικών δικαιωμάτων (άρθρο 5). Αναγνωρίζοντας όμως τα θεμελιώδη κοινωνικά δικαιώματα, όπως είναι η προστασία της υγείας και ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια και την αξία του ατόμου, η άρνηση τους, σε οποιοδήποτε άτομο ζει στην επικράτεια της χώρας, ανεξαρτήτως νομικού καθεστώτος παραμονής, καθίσταται ανεπίτρεπτη (Κατρούγκαλος, 2001:88).

Η Ελλάδα βέβαια, ως μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει υπογράψει δεσμευτικές συνθήκες και αποφάσεις, όπως είναι ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης. Το παράδοξο είναι ότι τα όσα ορίζονται από τον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη δεν είναι δεδομένο ότι εφαρμόζονται από όλα τα συμβαλλόμενα μέλη. Συγκεκριμένα το 1993, όπου ολοκληρώθηκε ο δωδέκατος κύκλος ελέγχου, αποφασίστηκαν τρεις συστάσεις σχετικά με παραβιάσεις που παρατηρήθηκαν σε τρεις μεμονωμένες χώρες, μια εξ αυτών ήταν και η Ελλάδα (Βενιέρης, 2002:109). Από το 1993 έως και το 2002 τουλάχιστον, όπου έχουμε σχετικά στοιχεία, έχουν υιοθετηθεί 33 συστάσεις για 14 χώρες, με την Ελλάδα να κατέχει πρωταγωνιστικό ρόλο, σε μια σειρά παραβιάσεων (Βενιέρης, 2002:109).

⁹ Τα Ταμεία των Νομικών μαζί με το ΤΣΜΕΔΕ και το ΤΣΑΥ συνενώθηκαν σε ένα ταμείο, το Ε.Τ.Α.Α. (Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων), η δημιουργία του οποίου βασίστηκε στο ν. 3655/08

Ενδεικτικό της κατάστασης και της απαξίωσης των παραπάνω διατάξεων είναι ότι, το 2000, η Διεθνής Ομοσπονδία Ενώσεων Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, λόγω της συνεχιζόμενης παραβίασης του Άρθρου 1- σχετικά με την ελευθερία της εργασίας- προσέφυγε κατά της Ελλάδας (Κτιστάκης, 2002). Η προσφυγή έγινε εν τέλει δεκτή, ένα χρόνο αργότερα, το 2001, έπειτα από διαβουλεύσεις των μερών. Μόλις πρόσφατα ψηφίστηκε ο νόμος¹⁰ για την απόδοση ιθαγένειας στους μετανάστες και στα παιδιά τους. Η δεύτερη γενιά μεταναστών, που είχαν γεννηθεί ή μεγαλώσει στη χώρα, δεν περιλαμβάνονταν σε κανένα νομικό πλαίσιο προστασίας, γεγονός που τους καθιστούσε αδύναμους να προασπιστούν και να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους. Με την ψήφιση του νόμου αυτού, καλύπτεται ένα μεγάλο κενό στο νομικό πλαίσιο της μεταναστευτικής πολιτικής.

Εν τοιαύτη περιπτώσει, ο περιορισμός σε βασικά κοινωνικά δικαιώματα, όπως είναι αυτά της υγείας και της εργασίας οδηγούν τα άτομα σε κοινωνικό αποκλεισμό. Μια τέτοια κατάσταση οδηγεί σε αλυσιδωτές συνέπειες, αρνητικές για το άτομο. Η επιβάρυνση της υγείας ενός ατόμου μπορεί κάλλιστα να οδηγήσει στην απομάκρυνση του από την εργασία με αποτέλεσμα τη μη νόμιμη ανανέωση της παραμονής του στη χώρα υποδοχής (Da Lomba, 2004:365). Η κατάσταση είναι ακόμα πιο δύσκολη, όταν σε περιπτώσεις, όπως η Ελλάδα, δεν υπάρχει ένα συγκροτημένο νομοθετικό πλαίσιο για τη μετανάστευση.

Σε εθνικό επίπεδο, τα γενικότερα ελλείμματα στον τομέα της μεταναστευτικής πολιτικής έρχονται να καλύψουν οι ΜΚΟ (Κότταρη, 2008), εφόσον το Κράτος δεν μπορεί να λειτουργήσει ως αποτελεσματικός μηχανισμός ευημερίας των πολιτών του (Πολυζωίδης, 2006). Λόγω των ελλειμμάτων αυτών παρατηρούνται φαινόμενα άνισης μεταχείρισης, μειονεξίας και κοινωνικού αποκλεισμού. Στόχος των ΜΚΟ είναι να περιφρουρήσουν τα βαλλόμενα κοινωνικά τους δικαιώματα, τα οποία δεν κατοχυρώνονται στην πράξη. Λειτουργούν τόσο ως παροχείς υπηρεσιών (υγείας, εκπαίδευσης, επαγγελματικής κατάρτισης) όσο και ως διαμεσολαβητές με την Πολιτεία σε επίπεδο έρευνας και λήψης αποφάσεων (Πολυζωίδης, 2006:188-207).

¹⁰Ν. 3838/2010 «Σύγχρονες διατάξεις για την ελληνική ιθαγένεια και την πολιτική συμμετοχή ομογενών και νομίμως διαμενόντων μεταναστών και άλλες ρυθμίσεις» ΦΕΚ 49 Τ. Α' 24-3-2010

1.6 Η Κοινωνική Ιδιότητα του Πολίτη και μετανάστες

Η ιδιότητα του πολίτη στη σύγχρονη κοινωνία αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο αναγνώρισης και απόδοσης των κοινωνικών, πρωτίστως, δικαιωμάτων. Για αρκετούς φιλελεύθερους αναλυτές, η ιδιότητα του πολίτη έχει να κάνει μόνο με την ισότιμη σχέση των ατόμων απέναντι στους νόμους (Kymlicka, 1998:167) Τα στοιχεία που συνθέτουν την ιδιότητα του πολίτη είναι καταρχήν η έννοια της υπηκοότητας, η αίσθηση δηλαδή του ανήκειν σε μια κοινωνία (Βενιέρης, 2009). Βασικό συστατικό στοιχείο αυτής της ιδιότητας είναι τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις που απορρέουν από αυτή καθώς επίσης και η ισότητα της κοινωνικής θέσης και όχι ο αποκλεισμός τους από το σύνολο. Σύμφωνα με τον Μάρσαλ, η ιδιότητα του πολίτη προέρχεται κυρίως από τη φιλελεύθερη παράδοση, η οποία δίνει έμφαση στο άτομο και στα ατομικά του δικαιώματα, συνθέτοντας παράλληλα τον πυρήνα της κοινωνικής πρόνοιας (Powell, 2002:229). Η αναγνώριση, επομένως της ιδιότητας του πολίτη, συνδέεται τόσο με τα κοινωνικά όσο και με τα πολιτικά δικαιώματα. Σαν έννοια έχει άμεση συνάφεια με τη σχέση του ατόμου με το κράτος, η οποία στηρίζεται σε μια βάση αμοιβαιότητας κατά την οποία και τα δύο μέρη αναγνωρίζουν τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα, που απορρέουν από αυτή τη σχέση¹¹. Αυτό σημαίνει ότι αναγνωρίζονται στο άτομο ορισμένα θεμελιώδη κοινωνικά δικαιώματα, όπως της υγείας και της εκπαίδευσης (Βενιέρης, 2009:83) με την υποχρέωση τα άτομα να προβάλλουν υπακοή απέναντι στο κράτος, να πληρώνουν τους φόρους και να συμμετέχουν στο στρατό (Banks, 2008).

Στην Ευρώπη, το Δίκαιο Αλλοδαπών «είναι δίκαιο εξαιρέσεως των μεταναστών από ορισμένα δικαιώματα του πολίτη, διατηρώντας έτσι τις κατηγορικές συσχετίσεις ανθρώπου/ πολίτη και πολίτη/ έθνους – κράτους» (Παπαθεοδώρου (α), 2007:57). Το ίδιο ισχύει και στο ελληνικό Σύνταγμα, όπου πολίτης θεωρείται αυτός ο οποίος έχει την ελληνική ιθαγένεια, ιδιότητα η οποία όμως δεν αναγνωριζόταν, έως σήμερα, στους αλλοδαπούς, οι οποίοι μένουν μόνιμα και νόμιμα στην Ελλάδα.

Στην περίπτωση της Ελλάδας όμως, δεν κατοχυρώνονται στην ουσία ούτε τα κοινωνικά ούτε τα πολιτικά δικαιώματα των μεταναστών. Το σχετικό νομοσχέδιο του Υπουργείου Εσωτερικών σχετικά με την αναγνώριση των πολιτικών δικαιωμάτων των

¹¹ [Britannica Concise Encyclopedia : citizenship](#)

νόμιμα διαμενόντων αλλοδαπών στη χώρα και το δικαίωμα ψήφου στις δημοτικές εκλογές, καθώς επίσης και της απόδοσης της ελληνικής ιθαγένειας στη δεύτερη γενιά μεταναστών δεν επαρκεί για να στηριχθεί το επιχείρημα κατοχύρωσης και της ιδιότητας τους ως πολίτες.

Από το ελληνικό Σύνταγμα προκύπτει ότι ορισμένα ατομικά δικαιώματα, όπως η προσωπική ελευθερία, η θρησκευτική ελευθερία και η ελευθερία της έκφρασης έχουν ως φορείς και τους αλλοδαπούς¹². Ακόμα όμως και σε αυτές τις ελευθερίες υπάρχουν εξαιρέσεις για όσους δεν έχουν κατοχυρώσει την ιδιότητα τους ως πολίτες. Σχετικό παράδειγμα είναι η επιβολή στέρησης της προσωπικής ελευθερίας, η οποία δεν επιτρέπεται βάσει του Συντάγματος να αποτελεί αντικείμενο διοικητικής ενέργειας¹³. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση των Κέντρων Υποδοχής Αλλοδαπών στην Παγανή Μυτιλήνης¹⁴, όπου αλλοδαποί κρατούνταν παράνομα για έξι τουλάχιστον μήνες (Αλεβιζοπούλου, 2009). Η περίπτωση του σουηδικού κοινοβουλίου, επιβεβαιώνει την ήδη αρνητική κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα σχετικά με τη μετανάστευση, καθώς αποφασίστηκε ομόφωνα η μη επαναπροώθηση προσφύγων στην Ελλάδα λόγω των απάνθρωπων συνθηκών και του τρόπου που αντιμετωπίζουν οι ελληνικές αρχές τους ανηλίκους (Θεοδωρίδης, 2008; «οι επαναπροωθήσεις προσφύγων...»). Αντίστοιχες αποφάσεις ήρθαν και από τη Νορβηγία (OneEarth, 06/04/2008), τη Δανία και την Ολλανδία (Μπαλάσκα, 29/01/2009). Η προστασία της ζωής, της ασφάλειας και της αξιοπρέπειας του ατόμου είναι αναφαίρετο δικαίωμα του καθενός και σαφώς δεν πρέπει να βρίσκει προσκόμματα σε χαρακτηριστικά όπως, τη φυλή το φύλο ή και τη θρησκεία του ατόμου¹⁵.

¹² Το άρθρο 5 παράγραφος 2 του Συντάγματος επιβεβαιώνει ότι «η ζωή, η τιμή και η προσωπική ασφάλεια προστατεύονται χωρίς διακρίσεις μεταξύ ημεδαπών και αλλοδαπών». Στη συνέχεια κατοχυρώνεται η απαγόρευση έκδοσης αλλοδαπού, ο οποίος δώκεται για τη δράση του υπέρ της ελευθερίας. Επίσης από νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου απορρέει η υποχρέωση των συμβαλλόμενων κρατών να μην προβούν σε έκδοση αλλοδαπού όταν πιθανολογείται ότι κινδυνεύει να υποβληθεί στη χώρα έκδοσης σε απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση ή ποινή.

¹³ Κατ' εξαίρεση όμως μπορεί να γίνει δεκτή στις περιπτώσεις διοικητικής απέλασης αλλοδαπού για όσο χρόνο απαιτείται (Κοντιάδης 2007:33).

¹⁴ Το Κέντρο Υποδοχής Αλλοδαπών στην Παγανή Μυτιλήνης έκλεισε το 2009

¹⁵ Η προστασία της ζωής, της ασφάλειας και της αξιοπρέπειας των μεταναστών κατοχυρώνεται από το άρθρο 2 παράγραφος 1 του Συντάγματος, εφόσον αποδέκτες είναι όλοι ανεξαρτήτως ιθαγένειας. Κατά συνέπεια, σε αυτά τα ζητήματα δεν είναι θεμιτό να εισάγονται διακρίσεις με γνώμονα τη νόμιμη ή μη παραμονή του αλλοδαπού στη χώρα (Κοντιάδης 2007:33). Επίσης μέσω του Συντάγματος κατοχυρώνεται και το κοινωνικό δικαίωμα για προστασία της οικογένειας, της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας και για τους ημεδαπούς και για τους αλλοδαπούς (Κοντιάδης 2007:36).

1.7 Συμπέρασμα

Το θεσμικό πλαίσιο της μετανάστευσης στην Ελλάδα παρουσιάζεται αρκετά ανεπαρκές απέναντι στο εύρος του όλου ζητήματος. Αυτό το οποίο υποδηλώνεται είναι μια απαξίωση του μεταναστευτικού ζητήματος, από τη στιγμή που δεν προωθούνται δυναμικές επεμβάσεις προς επίλυση του. Η Ελλάδα φαίνεται να τηρεί τις συμφωνίες με την Ευρωπαϊκή Ένωση, περιφρουρώντας τα εξωτερικά σύνορα της Ένωσης αλλά δείχνει αδυναμία να περιφρουρήσει τα δικά της, με αποτέλεσμα η είσοδος των αλλοδαπών, χωρίς νόμιμα έγγραφα εισόδου να είναι ανεξέλεγκτη. Από την άλλη πλευρά, αφήνει στο περιθώριο όσους κατοικούν εντός της χώρας, χωρίς να τακτοποιείται το καθεστώς παραμονής τους, μονιμοποιώντας έτσι την αντικανονική παραμονή τους, σε μια κατάσταση ομηρείας, καταργώντας κατ' αυτό τον τρόπο όλα τα στοιχειώδη, θεσπισμένα κοινωνικά κατά βάση δικαιώματα τους.

Συνεπώς, η απαξίωση των συνθηκών παραμονής τους και η αποστέρηση βασικών δικαιωμάτων τους από την Πολιτεία καθιστά την πρόσβαση των μεταναστών σε αυτά πάρα πολύ δύσκολη. Βασική παράμετρος αυτής της κατάστασης είναι κυρίως η πρόσβαση τους σε υπηρεσίες υγείας, καθώς είναι τόσο δύσκολη και νομικά περιορισμένη με αποτέλεσμα να αναγκάζονται να απευθύνονται σε αυτές μόνο όταν η κατάσταση της υγείας τους έχει φτάσει σε επικίνδυνο σημείο για τη ζωή τους. Ενώ είναι συνταγματικά κατοχυρωμένο το δικαίωμα στην υγεία, ο νομοθέτης τονίζει ότι οι αντικανονικοί μετανάστες δικαιούνται την παροχή υγειονομικής φροντίδας μόνο ως επείγοντα περιστατικά. Ιδιαίτερος αποτρεπτική παράμετρος για την πρόσβαση τους σε υπηρεσίες υγείας είναι η υποχρέωση των γιατρών και της διοίκησης να ενημερώσουν τις αστυνομικές αρχές για να τον συλλάβουν¹⁶- γεγονός που είχε προκαλέσει πολλές αντιδράσεις από τους υγειονομικούς υπαλλήλους. Η διάταξη αυτή σημαίνει επιπλέον ότι τους αποστερούν και το δικαίωμα προληπτικών ελέγχων, γεγονός που επιβαρύνει την υγεία του ίδιου του ατόμου αλλά μακροπρόθεσμα μπορεί να θέσει σε κίνδυνο και τη δημόσια υγεία.

¹⁶Ν.3386/2005 Άρθρο 84 παρ.3 «...Αν ο υπήκοος τρίτης χώρας δεν έχει τα ανωτέρω έγγραφα, οι ως άνω υπάλληλοι οφείλουν να το γνωστοποιήσουν αμέσως στην πλησιέστερη αστυνομική αρχή ή στην πλησιέστερη Υπηρεσία Αλλοδαπών και Μετανάστευσης», παρ. 4 «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.

Το απαγορευτικό πλαίσιο για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για την ομάδα των αλλοδαπών χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής, τους καθιστά άμεσα ευάλωτους απέναντι στις ασθένειες κάθε είδους. Σε συνάρτηση με τις δύσκολες συνθήκες του ταξιδιού τους και τις ανεπαρκείς συνθήκες υγιεινής στους χώρους κατοικίας τους, η κατάσταση της υγείας τους, σωματική και ψυχολογική, βρίσκεται σίγουρα σε οριακό σημείο. Περιορίζοντας την πρόσβαση τους στις υγειονομικές υπηρεσίες στερούνται την παροχή υπηρεσιών έγκαιρης διάγνωσης κυρίως μεταδιδόμενων ασθενειών, όπως είναι η φυματίωση, μιας «ξεχασμένης ασθένειας», η οποία επανεμφανίστηκε ανάμεσα στους μεταναστευτικούς πληθυσμούς. Επομένως, είναι προς συμφέρον όλων να επεκταθεί η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και πέρα από τις περιπτώσεις των επειγόντων περιστατικών.

Οι νόμοι στην Ελλάδα, σχετικά με τη μεταναστευτική πολιτική, δεν ήταν σαφείς και όσοι τους μελέτησαν (Καψάλης (α), 2007; ΕΕΔΑ, 2000) εστιάζονταν κυρίως στις ασάφειες και στα κενά του νόμου. Η τελευταία νομοθετική ρύθμιση του Ν.3386/2005 προέβλεπε ότι όλοι οι αλλοδαποί, οι οποίοι κατοικούν νόμιμα στη χώρα, οι ασυνόδευτοι ανήλικοι και οι αιτούντες άσυλο, δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη¹⁷. Στην περίπτωση που κάποιος αλλοδαπός κατοικεί στην Ελλάδα και δε διαθέτει τα νόμιμα έγγραφα παραμονής, δε δικαιούται πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας παρά μόνο αν η κατάσταση του κριθεί ως επείγουσα (Ν.3386/2005, άρθρο 84¹⁸).

Αναφορικά με τα όσα προβλέπονται σχετικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για τους μετανάστες, ακόμα και σήμερα πολλοί είναι οι αλλοδαποί, οι οποίοι δεν έχουν τα νόμιμα έγγραφα παραμονής και εξέρχονται «λάθρα» από τα νοσοκομεία -είτε γιατί δεν έχουν να πληρώσουν τα νοσήλια είτε γιατί φοβούνται ενδεχόμενη σύλληψη τους, λόγω έλλειψης νομιμοποιητικών εγγράφων παραμονής - θέτοντας κατ' αυτό τον τρόπο τη ζωή τους σε άμεσο κίνδυνο εφόσον, τις περισσότερες φορές, δεν έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους. Πολλές φορές τα πολυϊατρεία των ΜΚΟ (Γιατροί του Κόσμου, PRAKSIS) αναλαμβάνουν να τους παράσχουν τη στοιχειώδη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Αποτελούν κατ' αυτόν τον τρόπο, ένα σημείο αναφοράς και προστασίας για τους αντικανονικούς μετανάστες, καλύπτοντας με τις υπηρεσίες τους τα κενά του νόμου για την προστασία του ατόμου.

¹⁷ ΥΠΕΣΔΔΑ, Εγκύκλιος αριθμός 38, 23/12/2005

¹⁸ Ν.3386/20065 άρθρο 86 «Υποχρεώσεις Υπηρεσιών και Υπαλλήλων- Κυρώσεις»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Μετανάστες στην Ευρώπη

2.1 Νομοθετικό Πλαίσιο ευρωπαϊκών χωρών για την πρόσβαση των μεταναστών στο σύστημα υγείας

Η θεσμική κατοχύρωση του δικαιώματος χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες, στις ευρωπαϊκές χώρες παραμένει ζήτημα που άπτεται εξ ολοκλήρου στους εθνικούς νόμους κάθε κράτους- μέλους. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες οι εθνικές υγειονομικές έρευνες δε συμπεριλαμβάνουν στο δείγμα τους τον μεταναστευτικό πληθυσμό και κατά συνέπεια δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία για την κατάσταση τους (Γιατροί του Κόσμου, 2007:3). Σχετικές όμως έρευνες¹⁹ και εκθέσεις φωτίζουν αυτό το εξαιρετικά δαιδαλώδες ζήτημα. Σε γενικές γραμμές αυτό που παρατηρείται είναι ότι μεγάλο ποσοστό των κρατών- μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρέχουν υπηρεσίες περίθαλψης στους αντικανονικούς μετανάστες δωρεάν, όπως επίσης και για τους νόμιμα διαμένοντες (οικονομικούς μετανάστες και πρόσφυγες) ενώ τους παρέχεται επίσης η δυνατότητα τακτικής επίσκεψης στους γιατρούς (Roman, 2004).

Οι Εκθέσεις των Γιατρών του κόσμου, επικεντρώνονται στο γεγονός ότι η πληροφόρηση προς τους αλλοδαπούς και κυρίως προς τους αντικανονικούς μετανάστες είναι από ελλιπής έως ανύπαρκτη²⁰. Στο σύνολο του, ο μεταναστευτικός πληθυσμός αγνοεί ότι μπορεί να κάνει τα εμβόλια των παιδιών δωρεάν, όπως επίσης και το που μπορεί να απευθυνθεί (Γιατροί του Κόσμου, 2007) , γεγονός που θέτει σε άμεσο κίνδυνο την υγεία τους. Οι Εκθέσεις αυτές αποδεικνύουν ότι μεγάλο ποσοστό των μεταναστών που ζουν εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν έχει ούτε τη στοιχειώδη πρόληψη και περίθαλψη, λόγω της ελλιπούς ενημέρωσης αλλά και του φόβου σύλληψης τους, ελλείψει των νομιμοποιητικών εγγράφων παραμονής, ενώ ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου λόγω της ποιότητας ζωής τους, όντας εκτεθειμένοι σε κινδύνους.

¹⁹ Πολύ σημαντικά στοιχεία συλλέχθηκαν από την έκθεση που συνέταξαν οι δεκατέσσερις οργανώσεις των Γιατρών του Κόσμου ανά την Ευρώπη, τη μελέτη του Romero-Ortuno Román, όπως επίσης και τις σχετικές έρευνες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

²⁰ Δε γνωρίζουν για παράδειγμα ότι κάποιες εξετάσεις όπως αυτές για τον ιό HIV γίνονται δωρεάν.

Ήδη στο παραπάνω κεφάλαιο αναλύθηκε το θεσμικό πλαίσιο για τη μετανάστευση και το δικαίωμα περίθαλψης των αλλοδαπών στην Ελλάδα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αντιμετώπιση του ζητήματος και στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με ιδιαίτερη έμφαση στις ναυαρχίδες της όπως είναι η Γερμανία, η Γαλλία, το Βέλγιο αλλά και ορισμένες ακόμα όπως η Ιταλία και Ισπανία. Πόσο απέχει η Ελλάδα από τις παραπάνω εν τέλει;

2.1.1 Γερμανία

Η Γερμανία αποτέλεσε χώρα προορισμού αρκετών μεταναστών μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Θεωρητικά είναι μια χώρα με ιδιαίτερη εμπειρία και γνώση πάνω σε θέματα χειρισμού των μεταναστευτικών ζητημάτων. Το εντυπωσιακό είναι ότι μόλις το 2005, με την ψήφιση του νέου νόμου περί μετανάστευσης, αναγνώρισαν ότι είναι ένα υπαρκτό φαινόμενο. Δίνοντας παράλληλα έμφαση σε ζητήματα, όπως η παροχή ασφαλέστερων δικαιωμάτων διαμονής και δράσεων κοινωνικής ένταξης, τα οποία απαιτούν την άμεση προσοχή τους (Cygus- Vogel, 2009:135), τη στιγμή όπου ένα εκατομμύριο περίπου μετανάστες ζουν εντός της χώρας (Jaehner, 2009).

Η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για όλους, με το σύστημα να στηρίζεται στην αρχή της επικουρικότητας και αλληλεγγύης (Γιατροί του Κόσμου, 2009: 37). Όσον αφορά στους αιτούντες άσυλο, δεν έχουν τα ίδια δικαιώματα πρόσβασης στην περίθαλψη, όπως οι Γερμανοί πολίτες, παρά μόνο όταν συμπληρώσουν τρία χρόνια παραμονής στη χώρα. Μέχρι τότε δικαιούνται περίθαλψη σε περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης (εγκυμοσύνη, εμβολιασμοί, προληπτικές ιατρικές εξετάσεις). Οι αλλοδαποί χωρίς νόμιμα έγγραφα, έχουν τα ίδια δικαιώματα πρόσβασης με τους αιτούντες άσυλο, με τη μόνη διαφορά ότι στη Γερμανία η παράνομη είσοδος στη χώρα θεωρείται έγκλημα για αυτό και τα μέλη των διοικήσεων και των υπηρεσιών κοινωνικής βοήθειας υποχρεούνται να τους καταγγείλουν στις υπηρεσίες μετανάστευσης (Γιατροί του Κόσμου, 2009; Roman, 2004). Κατά συνέπεια, οι αλλοδαποί δεν απευθύνονται στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, ακόμα και σε επείγουσες περιπτώσεις, εξαιτίας του φόβου της απέλασης. Για τον ίδιο λόγο αποφεύγουν την επίσκεψη σε γιατρό για την πρόληψη ή περίθαλψη τους για μεταδιδόμενες ασθένειες, ενώ δικαιούνται σύμφωνα με το άρθρο 19, ανίχνευση μεταδιδόμενων παθολογιών, συζήτηση με συμβούλους και περίθαλψη σε

εξωτερικά ιατρεία (Roman, 2004:256). Το κόστος της θεραπείας επίσης για τον ιό HIV προβλέπεται από το νόμο και παρέχεται δωρεάν αλλά και πάλι ο φόβος της καταγγελίας και της απέλασης προβάλλει ισχυρότερος ακόμα και από την ίδια τους τη ζωή. Προκειμένου να ξεπεραστούν αυτά τα εμπόδια, ιατρικές οργανώσεις προσφέρουν τις υπηρεσίες τους δωρεάν, σε αλλοδαπούς χωρίς νόμιμα έγγραφα, υπερβαίνοντας καθ' αυτόν τον τρόπο τον νόμο. Από την άλλη μεριά η ίδια η πολιτεία φαίνεται ότι έχει εντοπίσει το πρόβλημα, με αποτέλεσμα πολλοί δήμοι και τοπικές ιδιωτικές οργανώσεις να έχουν δημιουργήσει κάποιο ταμείο χρηματοδοτούμενο από φόρους ή δωρεές ούτως ώστε να αναλάβουν το κόστος περίθαλψης τους (Γιατροί του Κόσμου ,2009:38; Ζαρκάδας, 2008:8-9).

Η διαδικασία της απέλασης ενός αλλοδαπού ασθενούς, μπορεί να αποβεί μοιραία για τη ζωή του στην περίπτωση όπου δεν υπάρχει δυνατότητα περίθαλψης στη χώρα προέλευσης του. Σε αυτή την περίπτωση όμως ο νόμος καλύπτει τον αλλοδαπό, ο οποίος μπορεί να αιτηθεί για άδεια παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους ή λόγους δημοσίου συμφέροντος προκειμένου να παραμείνει στη χώρα, απολαμβάνοντας τα ίδια δικαιώματα και παροχές υγείας με τους αιτούντες άσυλο.

2.1.2 Βέλγιο

Το Βέλγιο πέραν του ότι υπήρξε ένα από τα ιδρυτικά μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποτέλεσε χώρα προορισμού πολλών μεταναστών, μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Από το 1950 και μέχρι την Πετρελαϊκή Κρίση του 1973 σύνηψε διμερείς συμφωνίες με πολλές μεσογειακές χώρες (Ιταλία, Ελλάδα, Μαρόκο, Τουρκία), προκειμένου να προσελκύσει φτηνό εργατικό δυναμικό, για να εκμεταλλευτεί τα ανθρακωρυχεία και να ανοικοδομήσει τη χώρα. Μέχρι το 2007, οι μετανάστες αποτελούσαν του 8,8% επί του συνολικού πληθυσμού του Βελγίου (Cuarda (b), 2010:5). Από αυτούς το 1,2% είναι αντικανονικοί μετανάστες (Cuarda (b), 2010:6). Η μεταναστευτική πολιτική του Βελγίου ακολουθεί μια ιδιότυπη διαδρομή, όπως και η πολιτική, εν γένει, ρύθμιση της χώρας. Το Βέλγιο είναι μια ομοσπονδιακή χώρα, αποτελούμενη από γεωγραφικές και γλωσσικές «περιφέρειες» και «κοινότητες». Συνεπώς σε πολλές περιπτώσεις η πολιτική της χώρας χαράσσεται σε πολλαπλά επίπεδα. Ακόμα και η χάραξη της μεταναστευτικής

πολιτικής άπτεται στη δικαιοδοσία των ομόσπονδων κοινοτήτων (Bousetta, Gsir & Jacobs, 2009:85).

Όσον αφορά στην πρόσβαση στην περίθαλψη, το σύστημα ιατρικής ασφάλισης είναι εθνικό, υποχρεωτικό και το διαχειρίζονται έξι ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά ταμεία ιατρικής ασφάλισης (Γιατροί του Κόσμου, 2009:25). Η προκαταβολή των δαπανών είναι ο κανόνας, την οποία λαμβάνει έπειτα ο εξυπηρετούμενος ως αποζημίωση από το ασφαλιστικό του ταμείο. Το γεγονός επίσης ότι δεν υπάρχει η υποχρέωση των διοικητικών και ιατρικών υπηρεσιών να αναφέρουν στις αρχές τους αλλοδαπούς χωρίς νόμιμα έγγραφα, που απευθύνονται σε αυτές, λειτουργεί βοηθητικά ως προς την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες (Cuarda (b),2010:13).

Στο Βέλγιο λειτουργεί η διαπολιτισμική μεσολάβηση, η οποία εφαρμόζεται πιλοτικά σε ορισμένα γενικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας (Cuarda (b), 2010:9). Η υπηρεσία αυτή περιλαμβάνει υπηρεσίες διαμεσολάβησης και μετάφρασης, όπως μεταφρασμένα φυλλάδια και υπηρεσίες υγείας, προσαρμοσμένες στις ανάγκες των μεταναστών, όπως για παράδειγμα τα διαμορφωμένα γεύματα των νοσοκομείων σύμφωνα με διατροφικές συνήθειες των αλλοδαπών, έχοντας έτσι άμεση συνάφεια με την κουλτούρα και τη γλώσσα τους. Το πρόγραμμα αυτό λειτουργεί πιλοτικά από το 2010, σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κυρίως για τις υπηρεσίες των γενικών παθολόγων. Ένα άλλο πλάνο προβλέπει τη διερμηνεία μέσω internet προκειμένου να διασφαλίσουν μια πιο επιτυχημένη και ουσιαστική επικοινωνία με τους ασθενείς τους (Cuarda (b), 2010:9). Οι παραπάνω υπηρεσίες αφορούν σε όλους τους αλλοδαπούς, ανεξαρτήτως καθεστώτος παραμονής, είτε παραμένουν νόμιμα είτε αντικανονικά στη χώρα.

Οι αιτούντες άσυλο δικαιούνται δωρεάν την παροχή νομικών, ιατρικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παρακολουθήσεων, εφόσον παρουσιάσουν έγγραφο της υπηρεσίας αλλοδαπών, το οποίο θα επιβεβαιώνει το καθεστώς παραμονής τους αλλά και το ότι θα καλυφθούν τα έξοδα των προσφερόμενων υπηρεσιών (Γιατροί του Κόσμου, 2009:26). Οι αλλοδαποί χωρίς τα νόμιμα έγγραφα παραμονής, οι οποίοι χρήζουν ιατρικής περίθαλψης, απευθύνονται στο δημόσιο κέντρο κοινωνικής δράσης, όπου υποβάλλουν αίτηση έκτακτης ιατρικής βοήθειας (AMU). Κάθε κέντρο έχει τη δική του πιστοποίηση AMU, η οποία συμπληρώνεται από το γιατρό και βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων καταλήγουν στο αν δικαιούται ή όχι ο ασθενής δωρεάν περίθαλψη. Από την άλλη, ο

ασθενής πρέπει να προσκομίσει το ποσοστό του ποσού, που του αντιστοιχεί, στο κέντρο, γεγονός το οποίο δημιουργεί ένα φαύλο κύκλο και μάλλον οδηγεί στη μη εξυπηρέτηση του ασθενούς (Γιατροί του Κόσμου, 2009:26-27). Στις περιπτώσεις αλλοδαπών, χωρίς νόμιμα έγγραφα αλλά με έγκυρη ταυτότητα, που υποφέρουν από ασθένεια, για την οποία δε μπορούν να λάβουν την κατάλληλη φροντίδα στη χώρα προέλευσής τους, μπορούν να ζητήσουν άδεια παραμονής για περισσότερους από τρεις μήνες, προσκομίζοντας ιατρικό πιστοποιητικό και αποδεικτικό διεύθυνσης κατοικίας. Ανάλογα με τη σοβαρότητα του προβλήματος υγείας θα αποφασισθεί η χρονική διάρκεια της άδειας παραμονής τους. Στην περίπτωση που τους χορηγηθεί η άδεια, αποκτούν και το δικαίωμα πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας (Γιατροί του Κόσμου, 2009:27).

2.1.3 Γαλλία

Η Γαλλία υπήρξε μια από τις κατ' εξοχήν χώρες υποδοχής μεταναστών, επί ευρωπαϊκού εδάφους, η οποία παρουσιάζει πλέον ένα σταθερό αριθμό μεταναστών από το 1975. Μέχρι το 1999 αποτελούσαν το 7,5 % επί του συνολικού πληθυσμού της Γαλλίας. Η επίσημη γαλλική πολιτική, ακολούθησε ένα ξεκάθαρα αφομοιωτικό μοντέλο ένταξης των μεταναστών στη γαλλική κοινωνία, το οποίο όμως σήμερα κατέληξε σε μια πολυπολιτισμική κοινωνία, στην οποία οι μετανάστες ζουν κοινωνικά αποκλεισμένοι (Schuerkens, 2009:110).

Όσον αφορά στο σύστημα υγείας της Γαλλίας, αυτό χρηματοδοτείται κατ' αρχήν από τις εισφορές και τους φόρους των πολιτών και περιλαμβάνει κοινωνική ασφάλιση και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Οι παροχές αυτές απευθύνονται σε όλους, με τη λογική ότι κάθε άτομο που κατοικεί στη Γαλλία (σταθερά και με άδεια παραμονής για τους μετανάστες) δικαιούται πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, καθώς επίσης ότι όσοι έχουν χαμηλά εισοδήματα (για το 2009 υπολογίζεται κάτω από 6.600€ το χρόνο) δικαιούνται δωρεάν πρόσβαση σε αυτές (Cuarda (f), 2010:10).

Το 2010, δημιουργήθηκε ένα παράλληλο διοικητικό σύστημα, αποκλειστικά για τους αλλοδαπούς χωρίς νόμιμα έγγραφα, η «Κρατική Ιατρική Βοήθεια», η οποία

παρέχεται υπό οικονομικές²¹ και χρονικές²² προϋποθέσεις (Cuarda (f), 2010:12). Σε αυτή την περίπτωση δικαιούνται πλήρη και δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, η οποία διαρκεί ένα χρόνο και είναι ανανεώσιμη (Γιατροί του Κόσμου, 2009:22). Σε περίπτωση όπου η παραπάνω κατηγορία αλλοδαπών δεν μπορεί να αποδείξει ότι μένει στη χώρα πάνω από τρεις μήνες και σε συγκεκριμένη κατοικία, τότε δικαιούνται περίθαλψη μόνο ως επείγοντα περιστατικά²³. Από την έννοια του επείγοντος εξαιρούνται οι μεταδιδόμενες ασθένειες, δίνοντας τους έτσι το δικαίωμα σταθερής παρακολούθησης της υγείας τους (Cuarda (f), 2010:12). Οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, όπως οι Γιατροί του Κόσμου, και τα Caso, τα οποία συνδέονται με το πρόγραμμα της «Κρατικής Ιατρικής Βοήθειας», παρέχουν ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες σε όσους αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης στις δομές υγειονομικής φροντίδας (Γιατροί του Κόσμου, 2009:21).

Όλοι οι αλλοδαποί χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής, δικαιούνται να έχουν πρόσβαση σε συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας, όπως έλεγχο για σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, οικογενειακό προγραμματισμό, εμβολιασμό, έλεγχο και περίθαλψη σε περίπτωση φυματίωσης. Ιδιαίτερη πρόνοια λαμβάνεται για τους αντικανονικούς αλλοδαπούς, οι οποίοι αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας, τα οποία όμως δε θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν ιατρικά στη χώρα προέλευσης τους²⁴. Σε αυτές τις περιπτώσεις τους παρέχεται η κάρτα παραμονής για «ιδιωτική και οικογενειακή παραμονή». Ο νόμος αυτός αποτέλεσε ένα μοντέλο μεταναστευτικής πολιτικής σε ευρωπαϊκό επίπεδο, εφόσον κατ' αυτόν τον τρόπο επέτρεψε να σωθούν πολλές ζωές. Παρ' όλα αυτά, ξεσηκώθηκαν κύματα αντιδράσεων στη Γαλλία που μιλούσαν για «ιατρικό τουρισμό» κάτι τα οποίο διαψεύδουν οι ίδιες οι στατιστικές (Γιατροί του Κόσμου, 2007:4).

²¹ Το μηνιαίο εισόδημα τους να είναι μικρότερο των 621€

²² Διάρκεια παραμονής στη χώρα, πάνω από τρεις μήνες

²³ Όπως μεταδιδόμενες ασθένειες, ιατρική φροντίδα παιδιών και μητέρων, συμπεριλαμβανομένης της έκτρωσης για ιατρικούς λόγους), Γιατροί του Κόσμου 2009

²⁴ Άρθρο L.313-11 11° εδάφιο του κώδικα για την είσοδο και διαμονή των αλλοδαπών και το δικαίωμα ασύλου(Γιατροί του Κόσμου, 2009:23)

2.1.4 Ιταλία

Η Ιταλία, ένα από τα ιδρυτικά μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, είναι από τις τελευταίες χώρες που μετατράπηκαν σε χώρα υποδοχής μεταναστών. Ανήκει στον ευρωπαϊκό νότο, αποτελώντας κατ' αυτόν τον τρόπο τα εξωτερικά σύνορα της Ένωσης και «φρουρό» τους. Το 2009, ο Ιταλός πρόεδρος Μπερλουσκόνι είχε συνάψει διμερή συμφωνία με τον Λίβυο ηγέτη Καντάφι, σχετικά με την επαναπροώθηση των αντικανονικών μεταναστών που έρχονται στην Ευρώπη μέσω της χώρας του (Τσιάρας, 2009). Πέρα όμως από τα σύνορα της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποτελεί και γόνιμο έδαφος τόσο για την παραοικονομία όσο και για παράνομη διακίνηση ανθρώπων (Kosic-Tριανταφυλλίδου, 2009:273)

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, το ποσοστό των αλλοδαπών που μένουν (νόμιμα ή παράνομα) στη χώρα, ανέρχεται περίπου στο 5% επί του συνολικού πληθυσμού (Kosic-Tριανταφυλλίδου, 2009:280). Παρ' όλα αυτά οι αναγνωρισμένοι πρόσφυγες αποτελούν ένα πολύ μικρό ποσοστό, όπως ακριβώς συμβαίνει και στην Ελλάδα. Η μεταναστευτική πολιτική της Ιταλίας σήμερα, χαρακτηρίζεται από ένα πνεύμα καταστολής, προκειμένου, ενδεχομένως, να αποθαρρύνει την είσοδο μελλοντικών μεταναστών. Βασικός άξονας της μεταναστευτικής πολιτικής της είναι η ποσόστωση εισόδου των μεταναστών, ανάλογα με τις ανάγκες σε ξένο εργατικό δυναμικό, στηριζόμενο στην αρχή της επιλεκτικότητας εξειδικευμένου εργατικού δυναμικού (Kosic-Tριανταφυλλίδου, 2009: 277).

Το σύστημα υγείας της Ιταλίας χρηματοδοτείται από τους φόρους και κατοχυρώνεται συνταγματικά η δωρεάν πρόσβαση στην περίθαλψη για όλους τους Ιταλούς πολίτες. Οι αντικανονικοί μετανάστες όμως δεν έχουν δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Το 2009 ψηφίστηκε μια τροποποίηση, η οποία ακύρωνε την απαγόρευση καταγγελίας στις Αρχές, αλλοδαπών χωρίς νόμιμα έγγραφα. Η τροποποίηση αυτή όμως απορρίφθηκε από το κοινοβούλιο (Γιατροί του Κόσμου 2009:34). Παρ' όλα αυτά, εάν είναι άποροι, δικαιούνται έναν κωδικό (STP), με τον οποίο τους επιτρέπεται η δωρεάν πρόσβαση στην περίθαλψη, στις προληπτικές εξετάσεις, για τη γέννα, την περίθαλψη των παιδιών, τους εμβολιασμούς και την αντιμετώπιση μεταδιδόμενων ασθενειών. Από το 1998 έχει κατοχυρωθεί νομικά η άδεια προσωρινής παραμονής για «αυστηρά ανθρωπιστικούς λόγους» για τις

περιπτώσεις αντικανονικών μεταναστών που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας και δεν θα μπορούσαν να λάβουν την απαιτούμενη περίθαλψη στη χώρα προέλευσής τους (Γιατροί του Κόσμου, 2009: 35).

2.1.5 Ισπανία

Η Ισπανία ήταν μια χώρα του ευρωπαϊκού νότου, με μεγάλη παράδοση στην αποστολή μεταναστών στη δυτική Ευρώπη και στις Η.Π.Α., μέχρι το 1986, όπου εντάχθηκε στην Ευρωπαϊκή Ένωση, και μετατράπηκε σε χώρα υποδοχής τους. Έως το 2005 το ποσοστό των μεταναστών στην Ισπανία αντιστοιχούσε στο 10% επί του συνολικού πληθυσμού της χώρας (Enriquez, 2009:249). Από το 1991 έως το 2005 εφαρμόστηκαν πέντε προγράμματα νομιμοποίησης, τα οποία νομιμοποίησαν το καθεστώς παραμονής για περισσότερους από ένα εκατομμύριο μετανάστες. Κάθε φορά εξήγγελλαν ότι θα είναι το τελευταίο και κάθε φορά οι ανάγκες της αγοράς επέβαλλαν την εφαρμογή ενός ακόμα. Τα προγράμματα αυτά λειτούργησαν ως μέσο προσέλκυσης περισσότερων αλλοδαπών στη χώρα. Τώρα όμως εμφανίζεται μια απορριπτική στάση των Ισπανών απέναντι στη μετανάστευση, με αποτέλεσμα το μοντέλο αυτό να δημιουργεί αμφιθυμία στους πολιτικούς της (Enriquez, 2009:249).

Όσον αφορά στις υπηρεσίες παροχής υγείας, αυτές παρέχονται μέσω του εθνικού συστήματος υγείας, το οποίο χρηματοδοτείται από τους φόρους και παρέχεται δωρεάν σε μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού²⁵. Σε μέρος αυτού του πληθυσμού²⁶ παρέχεται η ατομική κάρτα υγείας. Την κάρτα αυτή, δικαιούνται και οι αλλοδαποί χωρίς νόμιμο έγγραφο παραμονής, με την οποία τους παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες υγείας, όπως επίσης και εξετάσεις ανίχνευσης του ιού HIV. Η κάρτα αυτή βέβαια διατίθεται υπό προϋποθέσεις, όπως να διαθέτει ένα έγγραφο ταυτότητας, να είναι εγγεγραμμένος στο μητρώο του Δήμου και επίσης να αποδεικνύει την οικονομική του αδυναμία (Γιατροί του Κόσμου, 2009:19).

²⁵ Οικονομικά αδύνατους, μετανάστες και παιδιά

²⁶ Βασική προϋπόθεση πέρα της παραπάνω είναι να μην έχουν και κοινωνική ασφάλιση

2.6 Συμπέρασμα

Από τα παραπάνω παραδείγματα φάνηκε ξεκάθαρα ότι η δυνατότητα πρόσβασης στην περίθαλψη των αλλοδαπών που ζουν στην Ευρώπη ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Το δικαίωμα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας είναι πολύ ευρύ καθώς διαφέρει τόσο στο πεδίο των δικαιωμάτων που τους αναγνωρίζονται όσο και στις υπηρεσίες που τους παρέχονται²⁷. Ελάχιστοι όμως είναι αυτοί οι οποίοι δεν επωφελούνται της υγειονομικής κάλυψης²⁸. Το γεγονός ότι τα συστήματα αυτά χαρακτηρίζονται σε κάποιες περιπτώσεις από την πολυπλοκότητα τους, όπως στο Βέλγιο αλλά και από την υποχρέωση των υπηρεσιών να καταγγέλλουν τους αντικανονικούς αλλοδαπούς στις αρμόδιες αρχές, όπως στη Γερμανία, δυσχεραίνει κατά πολύ στην πρόσβαση τους σε αυτές. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι αλλοδαποί αγνοούν τα δικαιώματά²⁹ τους και τις υπηρεσίες που μπορούν να απευθυνθούν, και σε συνδυασμό με τον φόβο που νιώθουν λόγω πιθανής δίωξης τους τους αποθαρρύνει από τη χρήση τους.

Από τα παραπάνω παραδείγματα, προκύπτει ότι οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης λαμβάνουν υπόψη τους το ζήτημα της υγειονομικής περίθαλψης των μεταναστών, και των αντικανονικών, με την παροχή δικαιώματος πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για τις προληπτικές τους εξετάσεις. Το γεγονός αυτό διατηρεί μια ισορροπία καθιστώντας τη θέση τους πιο ανεκτή σε σχέση με τους αντικανονικούς μετανάστες, οι οποίοι ζουν σε χώρες του ευρωπαϊκού νότου, όπως η Ιταλία, όπου το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι σαφώς περιορισμένο.

Επομένως, όσο και αν η Ευρωπαϊκή Ένωση επιθυμεί τη δημιουργία μιας «Ευρώπης Φρούριο», θα πρέπει υπολογίσει και τις συνέπειες των αυστηρών πολιτικών της για την παροχή υπηρεσιών υγείας, διότι θα αφορούν όχι μόνο στους αλλοδαπούς αλλά και στους πολίτες της. Στις περιπτώσεις όπου υπάρχει ελλιπής υγειονομική περίθαλψη για τους αντικανονικούς μετανάστες, υπάρχουν σοβαροί κίνδυνοι και για τη δημόσια υγεία

²⁷ Για παράδειγμα στην Ισπανία οι αντικανονικοί αλλοδαποί έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους νόμιμα διαμένοντες στη χώρα, όσο αφορά στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, μόνο αν εγγραφούν στα αρχεία του δήμου

²⁸ Το 7% στη Γαλλία και το 14% στο Βέλγιο (Γιατροί του Κόσμου 2007)

²⁹ Το 1/3 του δείγματος της Έρευνας των Γιατρών του Κόσμου για την Έκθεση τους σχετικά με την πρόσβαση στην υγεία αγνοεί τα δικαιώματα του για την υγειονομική του κάλυψη. Δε γνωρίζουν επίσης τη δυνατότητα τους να κάνουν δωρεάν τη διάγνωση του ιού HIV, καθώς επίσης ότι οι θεραπείες είναι προσβάσιμες σε όλους.

(De Lomba, 2004:366). Η πρόσβαση στην πρόληψη και στην περίθαλψη θα πρέπει να είναι ανοικτή σε όλους ανεξάρτητα από το καθεστώς παραμονής τους και την οικονομική τους κατάσταση. Δεν είναι μόνο η αόριστη «ιδέα» του ανθρώπινου και κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία αλλά και η περιφρούρηση της για μια καλή ποιότητα ζωής.

Είναι σαφές ότι η συρρίκνωση των κοινωνικών δικαιωμάτων καθιστά και τους μετανάστες μια κοινωνικά ευάλωτη ομάδα. Το περιορισμένο δικαίωμα τους στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας επιβαρύνει σε μεγάλο βαθμό την υγεία τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία τους πολλές φορές, να εργαστούν και κατά συνέπεια χάνουν σημαντικούς πόρους που συμβάλλουν στην αξιοπρεπή τους επιβίωση (De Lomba, 2004:366). Αυτό φαίνεται να έχει γίνει αντιληπτό από πολλές ευρωπαϊκές χώρες, οι οποίες διευκολύνουν όσο είναι δυνατό την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας. Χαρακτηριστικό είναι μάλιστα το παράδειγμα του Βελγίου, το οποίο προωθεί την διαπολιτισμική ιατρική, προκειμένου να παράσχει όσο το δυνατό πιο ολοκληρωμένη φροντίδα στους μετανάστες που κατοικούν στη χώρα. Οι διαφορές με την Ελλάδα είναι θεμελιώδεις και σαφώς η διαπολιτισμική ιατρική είναι κάτι μακρινό για τα ελληνικά δεδομένα, εφόσον πρώτα ληφθούν τα αναγκαία μέτρα για την πρόσβαση αυτής της κοινωνικής ομάδας στις υπηρεσίες υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Μετανάστευση και Υγεία

3.1 Έρευνες για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα

Η πρώτη νομοθετική πρόβλεψη για την πρόσβαση των μεταναστών – και των αντικανονικών- στις υπηρεσίες υγείας, έγινε το 2001 με τον Ν. 2910/2001 και στη συνέχεια το 2005 με τον Ν. 3386/2005. Οι έρευνες σχετικά με την υγειονομική τους περίθαλψη και τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν είναι ελάχιστες. Οι κυριότερες πηγές πληροφόρησης πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα είναι οι εκθέσεις των ΜΚΟ αλλά και οι σχετικές επιδημιολογικές έρευνες που αφορούν στα προβλήματα υγείας των μεταναστών.

Στην Ελλάδα, ο αριθμός των αντικανονικών μεταναστών, μετά το 2007, αυξάνεται δραματικά (Γιατροί Χωρίς Σύνορα, 2008) και αφορά κυρίως τους μεταναστευτικούς πληθυσμούς από την ΝΑ Ασία και την υποσαχάρια Αφρική (Triandaffyllidou & Maroukis, 2008:64). Γεγονός που συνεπάγεται και τις αυξημένες ανάγκες τους σε ζητήματα προστασίας, όπως είναι η υγειονομική περίθαλψη. Οι περισσότεροι αντιμετώπισαν αντίξοες συνθήκες στο δρόμο της φυγής τους από τη χώρα τους. Ήρθαν με τα πόδια ή ακολούθησαν καραβάνια από πολύ μακρινές χώρες, ναύλωσαν βάρκες για να διασχίσουν τα θαλάσσια περάσματα προς την Ευρώπη ακόμα και ναρκοθετημένες περιοχές, όπως τον Έβρο (Triandaffyllidou & Maroukis, 2008:64). Καθ' όλη αυτή την πορεία τους πολλά ήταν τα θύματα που έμειναν πίσω. Οι αλλοδαποί που πήραν τον δρόμο της μετανάστευσης και της προσφυγιάς καλύπτουν όλες τις ηλικιακές ομάδες από βρέφη και νέους έως μεσήλικες. Μέσα σε όλα τα προβλήματα που είχαν να αντιμετωπίσουν ήταν ο σκληρός και βίαιος πολλές φορές αποχωρισμός της πατρίδας τους που μαστιζόταν από πολέμους και εμφύλιες συρράξεις αλλά και ο αποχωρισμός από τις οικογένειες τους, οι κίνδυνοι και οι φυσικές δυσκολίες που αντιμετώπισαν στο δρόμο τους. Ποικίλα και ανυπέβλητα πολλές φορές είναι και τα προβλήματα που αντιμετώπισαν στις χώρες υποδοχής, όπως η ανεργία, η έλλειψη στέγης και τροφής και τα επακόλουθα προβλήματα υγείας που προέκυψαν από το ταξίδι τους (Γκιωνάκης, 2010:21).

Το 2005 η ΜΚΟ «Γιατροί του Κόσμου» ίδρυσαν το «Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για την πρόσβαση στην περίθαλψη», προκείμενου να δημοσιοποιηθεί το πρόβλημα της υγειονομικής περίθαλψης των μεταναστών, καταγράφοντας έτσι τα προβλήματα τους. Προχωρώντας σε μια Έκθεση (Γιατροί του Κόσμου, 2007) που αφορούσε συνολικά 11 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αποκαλύφθηκε ότι οι συνθήκες διαβίωσης των μεταναστών είναι πολύ δύσκολες, αλλά υπάρχει πρόβλεψη για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης χωρίς να αποκλείονται από το σύστημα υγείας. Από την Έκθεση αυτή προέκυψαν στατιστικά στοιχεία, τα οποία σκιαγραφούν με πολύ έντονα χρώματα τις δύσκολες συνθήκες διαβίωσης και τα έντονα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν³⁰. Η Έκθεση αυτή αποδεικνύει ότι μεγάλο μέρος των μεταναστών που ζουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση δικαιούται, σε αρκετές περιπτώσεις, δωρεάν πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Όσον αφορά στην Ελλάδα, από την έρευνα προκύπτει ότι οι νόμιμα διαμένοντες μετανάστες έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης και παροχής υγειονομικής περίθαλψης, ενώ όσοι διαμένουν παράτυπα δικαιούνται περίθαλψη μόνο ως επείγοντα περιστατικά. Το γεγονός αυτό καθιστά την πληθυσμιακή αυτή ομάδα κοινωνικά αποκλεισμένη, αποστερούμενη βασικά κοινωνικά δικαιώματα, όπως αυτό της υγείας.

Γενικότερα, τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι αλλοδαποί στην Ελλάδα είναι ποικίλα με βασικό χαρακτηριστικό τους ότι οι περισσότερες από αυτές τις ασθένειες ανήκουν στην ομάδα των «ξεχασμένων ασθενειών», όπως φυματίωση, ελονοσία, ψώρα, αλλά και άλλες πιο γνωστές, όπως Ηπατίτιδα Β, ρευματικές καρδιοπάθειες, παρασιτώσεις του εντέρου, σύφιλη, AIDS, διαρροϊκά σύνδρομα, πνευμονοκονιάσεις (Κουσουλής, 2010) και άλλες. Σύμφωνα με έκθεση της ΜΚΟ PRAKSIS, στο Πολυϊατρείο της Αθήνας, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών αντιμετωπίζουν νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος (20,5%), του αναπνευστικού (14,5%), του πεπτικού (13%), του νευρικού συστήματος(8%) και δερματολογικά (7,5%) (PRAKSIS, 2007). Σύμφωνα επίσης με τους γιατρούς του Κέντρου Υγείας Γαλατά, οι οποίοι συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, το μεγαλύτερο ποσοστών του

³⁰ Το 40% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι έχουν προσωρινή κατοικία και το 11% ζει στο δρόμο. Οι 2 στους 10 ερωτηθέντες δήλωσαν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι πολύ κακή και μόνο το 1/3 των ατόμων που υποφέρουν από χρόνια ασθένεια επωφελούνται θεραπείας. Επίσης το 24% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι επωφελούνται πραγματικά από την υγειονομική περίθαλψη. Το 1/3 όμως δε γνωρίζει τα δικαιώματα του σχετικά με την υγειονομική κάλυψη.

μεταναστευτικού πληθυσμού που ζει στην περιοχή, νοσεί από αφροδίσια νοσήματα και λοιμώδη, ηπατίτιδα Β, C, καθώς επίσης και από λοιμώξεις των νεφρών και διαβήτη. Σύμφωνα με τους γιατρούς αυτό οφείλεται ενδεχομένως στη διατροφή τους αλλά και στις συνθήκες εργασίας τους, καθώς απασχολούνται σε βαριές αγροτικές εργασίες. Οι περισσότερες από τις ασθένειες που εμφανίζουν οι μετανάστες οφείλονται κυρίως στις συνθήκες διαβίωσης, υγιεινής, σίτισης και εργασίας.

Αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, το 2003 έγινε μια πιλοτική έρευνα σε Νοσοκομείο της περιοχής της Αττικής και από τα στοιχεία προέκυψε ότι το 6,2% των νοσηλευόμενων ήταν αλλοδαποί, από τους οποίους το 76% ήταν γυναίκες, λόγω της μεγάλης χρήσης της γυναικολογικής κλινικής, ενώ το 42% νοσηλεύτηκαν για τοκετό (Κοτσιώνη, 2009:21). Το ποσοστό της ασφαλιστικής κάλυψης των νοσηλευόμενων ήταν πολύ μεγάλο, καθώς 73% ήταν ασφαλισμένο στο ΙΚΑ και το 6% στα υπόλοιπα ταμεία (ΤΕΒΕ, ΝΑΤ κλπ) (Κοτσιώνη, 2009: 21).

Επιπροσθέτως, όσον αφορά στη χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών από αλλοδαπούς στην έρευνα του EU- SILC³¹, η κατάσταση αποτυπώνεται πολύ ξεκάθαρα. Από ό,τι φαίνεται, η χρήση αυτών των υπηρεσιών διαφέρει ανάλογα με τα χαρακτηριστικά ανάμεσα στον γηγενή και αλλοδαπό πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, οι μετανάστες δεν έκαναν χρήση τόσο των ΚΑΠΗ και των κέντρων για ΑμεΑ όσο των βρεφονηπιακών και παιδικών σταθμών, καθώς εργάζονται και χρειάζονται ένα χώρο, όπου μπορούν να φιλοξενηθούν τα παιδιά τους κατά τη διάρκεια της απουσίας τους στην εργασία.

Επίσης, προκύπτει ότι ο μεταναστευτικός πληθυσμός χαρακτηρίζεται ως νέος πληθυσμός, εφόσον το μεγαλύτερο ποσοστό (81%) ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 15-64 (Μαράτου- Αλιμπράντη & Γκαζόν, 2009:106) και χρειάστηκε να απευθυνθεί στο νοσοκομείο για κάποιο πρόβλημα υγείας λιγότερες φορές από ό,τι οι Έλληνες (45% έναντι 31,1% των αλλοδαπών). Τα ποσοστά αυτά, εξαρτώνται κατά κύριο λόγο, σύμφωνα με την έρευνα, από το είδος του νοικοκυριού (δύο ενήλικοι άνω των 18 ετών με έως τρία παιδιά κάτω των 16 ετών), από την ηλικία του υπεύθυνου της οικογένειας (μεταξύ 30-50) και το εκπαιδευτικό του επίπεδο (με υψηλότερο την ολοκλήρωση της υποχρεωτικής εκπαίδευσης) (Μαράτου- Αλιμπράντη & Γκαζόν, 2009:107). Τα ποσοστά των εξυπηρετούμενων στις υπηρεσίες υγείας μειώνονται έτσι αισθητά σε

³¹ «Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών» (EU-SILC) που διεξήχθη το 2003 από το ΕΚΚΕ σε συνεργασία με την ΕΣΥΕ, με έτος αναφοράς εισοδήματος το 2002, το οποίο αντιστοιχούσε σε 4.712 ευρώ ετησίως.

38,3% των Ελλήνων και σε 35,4% των αλλοδαπών όσον αφορά στην επιθυμία χρήσης του νοσοκομείου.

3.2 Επιδημιολογικές μελέτες

Οι επιδημιολογικές μελέτες που έχουν γίνει, σχετικά με τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι αλλοδαποί στην Ελλάδα είναι ελάχιστες, παρ' όλα αυτά δίνουν στοιχεία ιδιαίτερος διαφωτιστικά για τις συνθήκες διαβίωσης τους (Κοτσιώνη 2009:16). Τα στοιχεία προέρχονται από προγενέστερες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν τη δεκαετία του 1990 αλλά και πιο πρόσφατες. Η χρονική απόκλιση των ερευνών δίνει αρκετά στοιχεία τόσο για το επιστημονικό ενδιαφέρον πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα όσο και για το επίπεδο υγείας των μεταναστευτικών πληθυσμών στην Ελλάδα, τη δεδομένη χρονική στιγμή της έρευνας.

Συγκεκριμένα, η έρευνα των Τατσιώνη κ.ά. (Κοτσιώνη 2009:18) το 2001, στην οποία μελετήθηκαν βιοψίες χειρουργικού υλικού από επεμβάσεις σκωληκοειδίτιδας για το διάστημα 1994- 1996 σε έξι νοσοκομεία της περιφέρειας Ηπείρου, κοντά στα αλβανικά σύνορα, βρέθηκε ότι οι Αλβανοί μετανάστες στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν υψηλό ρίσκο για αρνητική σκωληκοειδίτιδα, το οποίο ερμηνεύεται βάσει των κοινωνικο- οικονομικών, πολιτισμικών και γλωσσικών παραμέτρων που χαρακτηρίζουν τις ανισότητες της υγείας και την ψηλή κινητικότητα του πληθυσμού αυτού.

Επίσης, οι μετανάστες καταλαμβάνουν μεγάλο ποσοστό στα εργατικά ατυχήματα. Από στοιχεία της Επιθεώρησης Εργασίας του Υπουργείου Απασχόλησης (Κοτσιώνη 2009:18), ο αριθμός των μεταναστών που σκοτώνεται σε εργατικά ατυχήματα στις κατασκευές και στη μεταποίηση αυξήθηκε από 20 το 2000 σε 39 το 2001 και σε 40 το 2002. Η κύρια αιτία είναι η φύση των εργασιών τους, τα περιορισμένα μέτρα ασφαλείας και η χαμηλή ειδίκευση των μεταναστών εργατών στις συγκεκριμένες εργασίες. Σύμφωνα με τις στατιστικές του ΙΚΑ για το 2005, αντιστοιχούν περίπου 7 ατυχήματα ανά 1000 εργαζόμενους (Κοτσιώνη, 2009: 17-18). Υπολογίζεται ότι 40% περίπου των αλλοδαπών εργαζομένων απασχολούνται ως ανειδίκευτοι εργάτες γεγονός που συμβάλλει στους παράγοντες ρίσκου λόγω των συνθηκών εργασίας και της ανασφάλιστης εργασίας που παρέχουν (Δάμα, 2009). Έρευνα του προγράμματος MIGHEALTHNET αποδεικνύει το γεγονός ότι οι αλλοδαποί, κυρίως οι ανασφάλιστοι,

εργαζόμενοι πλήττονται περισσότερο από εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες σε αναλογία 11 ατυχήματα ανά 1000 εργαζόμενους, καθιστώντας τους εργαζόμενους στον αγροτικό τομέα ως την ευπαθέστερη ομάδα (Δάμα, 2009, Κοτσιώνη, 2009). Ακόμα όμως και το ελληνικό θεσμικό πλαίσιο σχετικά με τη μεταχείριση των αλλοδαπών στις περιπτώσεις εργατικών ατυχημάτων είναι αρκετά ελλιπές ως προς την προστασία που παρέχει. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο αλλοδαπός θα πρέπει να παραμείνει στην Ελλάδα αλλά για να καλυφθούν τα έξοδα της ιατροφαρμακευτικής του περίθαλψης θα πρέπει να καλύπτεται από τις αμοιβαίες συμβάσεις της Ελλάδας και της χώρας καταγωγής του (Σιταρόπουλος, 2002) κάτι το οποίο δεν συμβαίνει στις περισσότερες περιπτώσεις εργατικών ατυχημάτων³².

3.3 Ψυχική υγεία

Πέρα όμως από τις σωματικές ασθένειες που εμφανίζουν οι μετανάστες και πρόσφυγες στην Ελλάδα, παρουσιάζουν και ψυχικά νοσήματα απόρροια πολλές φορές των βιωμάτων και των συνθηκών ζωής τους. Η βιβλιογραφία και σε αυτή την περίπτωση είναι πολύ περιορισμένη, εφόσον έχουν γίνει ελάχιστες μελέτες σχετικά με την ψυχική υγεία των μεταναστών και των προσφύγων. Τα συμπεράσματα όμως και αυτών των ελάχιστων μελετών καταλήγουν στο ότι η διαδικασία της μετανάστευσης είναι ένας ψυχοπιεστικός παράγοντας (Κοτσιώνη, 2009:18).

Σε μελέτη του Μπεζεβέγκη (2008) αναφορικά με τον επιπολιτισμό και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των μεταναστών στην Ελλάδα, φάνηκε ότι η αποχώρηση από τη χώρα τους βιώθηκε από τους μετανάστες ως ευκαιρία και όχι ως απώλεια. Η απόφαση της μετακίνησης τους σε άλλη χώρα ήταν αποτέλεσμα προσωπικής τους

³² «6. Παρά τη θετική τροποποίηση του νομικού καθεστώτος αποζημίωσης αλλοδαπών εργαζομένων για εργατικά ατυχήματα με την κύρωση του Σύμβασης ΔΟΕ 19 από την Ελλάδα, στην πράξη η παροχή της ως άνω αποζημίωσης παραμένει προβληματική διότι διατηρείται κατ' ουσία η ρήτρα της αμοιβαιότητας. Η μεταχείριση αλλοδαπών εργαζομένων είναι ίδια με αυτή των ημεδαπών εφόσον η χώρα προέλευσης (ιθαγένειας) των αλλοδαπών εργαζομένων έχει κυρώσει την ανωτέρω Σύμβαση. Η Σύμβαση αυτή μέχρι τον Οκτώβριο 2002 είχε κυρωθεί από 120 χώρες μέλη της ΔΟΕ. Ένας μεγάλος αριθμός χωρών εξακολουθεί να παραμένει εκτός του νομοθετικού πλαισίου της Σύμβασης ΔΟΕ 19 αφήνοντας, ταυτόχρονα ακάλυπτους τους πολίτες τους που εργάζονται εκτός των εδαφών τους. Μία από αυτές τις χώρες είναι η Αλβανία, πολίτες της οποίας αποτελούν την πλειοψηφία των αλλοδαπών εργαζομένων στην Ελλάδα.» Σιταρόπουλος, 12/12/2002:2-3

επιλογής για την αναζήτηση καλύτερων συνθηκών ζωής για τους ίδιους και τις οικογένειές τους (Αναγνωστόπουλος κá, 2004).

Στην περίπτωση των προσφύγων θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ψυχοπαιστικοί παράγοντες, οι οποίοι εν δυνάμει οδηγούν σε ψυχοπαθολογίες όπως διαταραχή διάθεσης (κατάθλιψη), διαταραχή προσωπικότητας, άγχος (αγοραφοβία, μετατραυματική αγχώδης διαταραχή), ψυχωτικές διαταραχές (σχιζοφρένεια) (Γκιωνάκης, 2010:12). Οι πόλεμοι, τα βασανιστήρια, οι ψυχοπαιστικές συνθήκες στους καταυλισμούς των προσφύγων, το άγχος λόγω του ταξιδιού ως πρόσφυγες αλλά ακόμα και η έλλειψη αποδοχής στη χώρα υποδοχής, το παράνομο καθεστώς παραμονής τους, η αλλαγή στο τρόπο ζωής αλλά ακόμα και η γενικότερη διαδικασία της μετανάστευσης, μπορούν να συνοψιστούν ως οι κυριότεροι εκλυτικοί παράγοντες εμφάνισης ψυχοπαθολογίας (Γκιωνάκης, 2010: 20-21).

Σε έρευνα του Πανεπιστημίου Αθηνών, από το Τμήμα Ψυχολογίας (Γρηγορίου,2007) φαίνεται ότι η κατάθλιψη είναι μια νόσος, η οποία συναντάται συχνά ανάμεσα στον μεταναστευτικό πληθυσμό. Η έρευνα αφορούσε στα επίπεδα κατάθλιψης και στρες ανάμεσα στους μετανάστες αλβανικής και βουλγαρικής καταγωγής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 37% των μεταναστών αλβανικής καταγωγής έναντι του 29% της βουλγαρικής και το 14,6% της ελληνικής υποφέρουν από κατάθλιψη. Συμπτώματα στρες εμφάνισαν το 31,7% της ομάδας των Αλβανών, το 27% των Βούλγαρων και του 26% των Ελλήνων. Σύμφωνα με τους συντονιστές της έρευνας, τα αποτελέσματα αυτά ενδεχομένως να οφείλονται στα ήδη υψηλά επίπεδα δυσφορίας και άγχους των Ελλήνων. Ως κύριοι επιβαρυντικοί παράγοντες εμφανίζονται η μεγάλη ηλικία του μετανάστη, όταν ήρθε στην Ελλάδα, ο μικρότερος αριθμός παιδιών, η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους, όπως επίσης και η μικρή ανθεκτικότητα στις δυσκολίες. Τα αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι τα συμπτώματα δεν αμβλύνονται με τον χρόνο, παραμένουν έως ότου κάποια ψυχοπαιστική κατάσταση τα πυροδοτήσει. Γεγονός είναι ότι οι μετανάστες αλλά και οι πρόσφυγες καθ' όλη τη διάρκεια του ταξιδιού τους αλλά και κατά την παραμονή τους σε μια ξένη χώρα βιώνουν αλυσιδωτές απώλειες. Αφήνουν πίσω τους σημαντικούς για αυτούς ανθρώπους, συγγενείς, φίλους, κοινωνική στήριξη και κοινωνικό κύρος καθώς πολλοί από αυτούς είχαν σημαντικές θέσεις (γιατροί, δικηγόροι κá) (Γρηγορίου, 2007). Όλα αυτά σε συνάρτηση με την αβεβαιότητα, την αγωνία της επιβίωσης στη νέα χώρα,

την ανεργία αλλά και την απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογική τους κατάσταση (Γρηγορίου,2007; ΥΥΚΑ, 2008:18; Γιαννίρη, 2007).

Η μετανάστευση είναι αιτιολογικός παράγοντας και για άλλες ασθένειες, όπως η σχιζοφρένεια, το οποίο επιβεβαιώνεται από πολλές μελέτες (Lempesi et al., 2009:320). Πρόσφατα, πραγματοποιήθηκε έρευνα σε δύο δημόσια ψυχιατρεία της Αθήνας, στο Αιγινήτειο και στο Δρομοκαϊτειο, σε πληθυσμό Ελλήνων και αλλοδαπών τροφίμων. Οι αλλοδαποί τρόφιμοι, οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα προέρχονταν από χώρες των Βαλκανίων και της ανατολικής Ευρώπης (61,5%), της Αφρικής (27,7%) και από τη Μέση Ανατολή, Ασία και Λατινική Αμερική (10,8%). Οι περισσότεροι έμεναν νόμιμα στη χώρα (62,3%) ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό(77%) ανέφερε ότι εκδήλωσε την ασθένεια μέσα στα πρώτα δέκα χρόνια από τότε που έφυγε από τη χώρα του³³ (Lempesi et al, 2009: 321). Σύμφωνα με την έρευνα οι περισσότεροι που νοσούν επιστρέφουν στην πατρίδα τους, καθώς σε μεγάλο ποσοστό προέρχονται από γειτονικές χώρες και μπορούν πολύ εύκολα να επιστρέψουν σε αυτές, ενώ παράλληλα υπάρχει και ένα δυνατό κοινωνικό δίκτυο το οποίο τους υποστηρίζει (Lempesi et al, 2009: 326).

Η όλη διαδικασία της μετακίνησης, η οποία πολλές φορές ενέχει και το στοιχείο της βιαιότητας, μπορεί να αποτελέσει τον ψυχοπιεστικό εκείνο παράγοντα που θα πυροδοτήσει την ψυχική νόσο. Τα ποσοστά βέβαια επιβεβαιώνουν ότι οι διαφορές εμφάνισης της νόσου, ανάμεσα στον γηγενή και τον μεταναστευτικό πληθυσμό, δεν είναι πολύ μεγάλες, καθώς και οι Έλληνες παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα στρες και δυσφορίας (Γρηγορίου, 2007).

3.4 Μεταδιδόμενες ασθένειες

Τις τελευταίες δεκαετίες, μέρος του μεταναστευτικού πληθυσμού που κατοικεί στην Ελλάδα παρουσιάζει μια αύξηση στη διασπορά μεταδιδόμενων ασθενειών, όπως η φυματίωση, η ηπατίτιδα και το AIDS. Οι δύσκολες συνθήκες της ζωής τους, η «υπερκατοίκηση» κατοικιών, με μηδαμινές πολλές φορές συνθήκες υγιεινής ή η πλήρης

³³ Το 50% εκδήλωσε την ασθένεια μέσα στα πέντε πρώτα χρόνια ενώ το 27% την εκδήλωσε μέσα σε δέκα χρόνια (Lempesi et al 2009: 321)

έλλειψη κατοικίας ευνοούν την μετάδοση αυτών των ασθενειών (Roussos, 2003:993, Έμκε-Πουλοπούλου, 2007:458-9).

Αναφορικά με την Ηπατίτιδα Β και C, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Σωτηρία, σε δείγμα 130 αλλοδαπών ασθενών από την Αλβανία, τις χώρες της ανατολικής Ευρώπης, (Πολωνία, Βουλγαρία και Ρουμανία), της πρώην ΕΣΣΔ, της Ασίας και της Αφρικής, το μεγαλύτερο ποσοστό δεικτών διασποράς της ηπατίτιδας Β φάνηκε να παρουσιάζουν οι ασθενείς αλβανικής και ασιατικής καταγωγής (Roussos, 2003:993-4). Μεγάλο ποσοστό εμφάνισης της ηπατίτιδα C παρουσιάστηκε στους ασθενείς Αφρικανικής καταγωγής (Roussos, 2003:994). Γενικότερα, η διασπορά της ηπατίτιδας C ανάμεσα στους μεταναστευτικούς πληθυσμούς είναι χαμηλή, περίπου στο 2,3%. Οι συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης παίζουν καταλυτικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου και όχι φυσικά η εθνική και γεωγραφική προέλευση του κάθε ασθενούς. Σχετικά με τον γηγενή πληθυσμό, οι έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς αυτές έχουν περιοριστεί αρκετά, με διασπορά της ηπατίτιδας Β σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως είναι οι ασθενείς του ιού HIV (13,3%) και τους χρήστες τοξικών ουσιών (6,9%). Το ίδιο ισχύει για την ηπατίτιδα C με ομάδες υψηλού κινδύνου τους ασθενείς που απαιτείται αιμοκάθαρση, το ιατρικό προσωπικό και οι χρόνια αλκοολικοί (Roussos, 2003:994, Παπαθεοδωρίδης, 2006:14).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης το γεγονός ότι ξεχασμένες αρρώστιες, όπως η φυματίωση, επανεμφανίζονται. Τις τελευταίες δεκαετίες τα στατιστικά δεδομένα των αναπτυσσόμενων χωρών κατέγραψαν μια σταδιακή μείωση κρουσμάτων της συγκεκριμένης νόσου. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 όμως, υπήρξε μια ανατροπή των παραπάνω δεδομένων, με την επανεμφάνιση της (Παπαβασιλείου κα, 2005). Η μαζική μετανάστευση, από τις υπό ανάπτυξη χώρες προς τη βιομηχανικά αναπτυγμένη Δύση, είχε ως αποτέλεσμα τη διασπορά του ιού. Για αυτό το λόγο πραγματοποιήθηκε επιδημιολογική μελέτη σχετικά με τη διασπορά του ιού της φυματίωσης στην Ελλάδα (Παπαβασιλείου κα., 2005). Το δείγμα αποτελούνταν από άτομα προερχόμενα από τις χώρες της ΝΑ Ασίας (Μπαγκλαντές, Πακιστάν, Ιράκ), της υποσαχάριας Αφρικής καθώς επίσης και παλινοστούντες από τις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, το οποίο συγκρίθηκε με το αντίστοιχο δείγμα Ελλήνων. Τα συμπεράσματα της μελέτης καταλήγουν στο ότι υπάρχει σταδιακή μείωση των κρουσμάτων της νόσου στους γηγενείς και παλινοστούντες Έλληνες, με αντίστοιχη αυξητική τάση στο δείγμα

από τις χώρες της ΝΑ Ασίας (Παπαβασιλείου κα, 2005). Σύμφωνα με την παραπάνω μελέτη ο αιτιολογικός παράγοντας επανεμφάνισης της νόσου σε τόσο μεγάλο εύρος³⁴ είναι κατά κύριο λόγο η μετανάστευση, η οποία επιδρά άμεσα στην επιδημιολογία των λοιμώξεων, καθώς παρατηρείται δυσαναλογία στην εμφάνιση της νόσου μεταξύ μεταναστών και γηγενών (Παπαβασιλείου κα, 2005). Σημαντικός επίσης παράγοντας είναι και η αύξηση των κρουσμάτων του AIDS, εκτιμάται μάλιστα ότι το 70% των ασθενών του AIDS παρουσιάζουν και φυματίωση λόγω του εξασθενημένου ανοσοποιητικού τους συστήματος (Τσώλη, 2005). Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δελτία, υπολογίζεται ότι τα κρούσματα ενεργούς φυματίωσης στην Ελλάδα ανέρχονται σε 25/100.000 του πληθυσμού, ενώ παράλληλα από συγκριτική μελέτη του Κέντρου Παιδικής Μέριμνας, των δεκαετιών 1980- 1990, παρουσιάζεται αύξηση κρουσμάτων και στα παιδιά κατά 28% (Παπαβασιλείου κα, 2005).

Οι «ξεχασμένες» ασθένειες αφορούν και στις σεξουαλικά μεταδιδόμενες, όπως η βλεννόρροια και η σύφιλη. Η συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων, τα ελλιπή μέτρα προφύλαξης και η ελλιπής πληροφόρηση πάνω σε θέματα προστασίας είναι οι κυριότεροι παράγοντες εμφάνισης της νόσου. Ομάδα υψηλού κινδύνου αποτελούν κυρίως τα εκδιδόμενα άτομα, γυναίκες και άντρες, ομοφυλόφιλοι αλλά και ετεροφυλόφιλοι. Πολλοί μάλιστα από αυτούς προέρχονται από χώρες κυρίως της ανατολικής Ευρώπης αλλά και της Αφρικής και έφτασαν στην Ελλάδα μέσω των κυκλωμάτων εμπορίας ανθρώπων (trafficking), με σκοπό την σεξουαλική τους εκμετάλλευση. Το γεγονός ότι βρίσκονται παράνομα στη χώρα, φοβούνται για τη ζωή τους και υπακούουν πιστά στις εντολές του «αφεντικού» τους, ενδεχομένως τους αποτρέπει από το να απευθυνθούν σε υπηρεσίες υγείας και γιατρούς ακόμα και για προληπτικές εξετάσεις (Δασκαλοπούλου, 2007).

Πέρα από τις παραπάνω ασθένειες, το AIDS παραμένει μια σοβαρή, ανίατη και μεταδιδόμενη ασθένεια για ολόκληρο τον πλανήτη, η οποία διασπείρεται πολύ εύκολα με τη σεξουαλική κυρίως επαφή. Σε έρευνα του Νικολόπουλου το 2005 (Κοτσιώνη, 2009:17, Δάμα, 2009) σχετικά με τους μετανάστες, φορείς του ιού HIV, αυτοί

³⁴ «Το 1990 καταγράφηκαν 7,5 εκατομμύρια περιπτώσεις φυματίωσης σε όλο τον κόσμο, πέθαναν 2,5 εκατομμύρια άνθρωποι ενώ προβλεπόταν ότι ως το 2000, οι θάνατοι θα ξεπερνούσαν, συνολικά, τα 30 εκατομμύρια. Γι' αυτό δικαίως η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) το 1991, κήρυξε τη φυματίωση νόσο σε συναγερμό» (Παπαβασιλείου κα, 2005)

αντιπροσωπεύουν το 11,9% του συνόλου των περιπτώσεων HIV που έχουν αναφερθεί κατά την περίοδο 1989- 2003 στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.

3.5 Εμπόδια στην πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας

Οι μετανάστες στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν ποικίλα προβλήματα ένταξης και ενσωμάτωσης στον κοινωνικό ιστό. Τα κοινωνικά δίκτυα όμως, που έχουν οργανωθεί στην Ελλάδα από τις διάφορες μεταναστευτικές κοινότητες διευκολύνουν κατά κάποιο τρόπο την εγκατάστασή τους. Αυτά αποτελούν και τον κύριο λόγο επιλογής της χώρας ως τελικό προορισμό (Μαντζούφας, 2010).

Η μετανάστευση όμως σήμερα, λόγω της μαζικότητας αλλά και της ανεξέλεγκτης ροής της δεν μπόρεσε να δομηθεί πάνω σε θεμέλια υγιούς ένταξης των πληθυσμών της, με αποτέλεσμα την άμεση συνάρτηση της με τη φτώχεια. Οι οικονομικές δυσχέρειες που αντιμετωπίζουν οι μεταναστευτικοί πληθυσμοί και τα αλυσιδωτά προβλήματα που συνεπάγεται όλη αυτή η κατάσταση, όπως η κακή διατροφή, η στέγαση αλλά και οι επικίνδυνες συνθήκες εργασίας οδηγούν σε επιβάρυνση της υγείας τους. Τα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν, λόγω της πίεσης που αντιμετωπίζουν, των διακρίσεων και της κοινωνικής απομόνωσης, παραμένουν άλυτα και χρόνια τις περισσότερες φορές, λόγω των καθημερινών και πρακτικών εμποδίων που αντιμετωπίζουν σχετικά με την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας (Da Lomba, 2004). Σε μεγάλο ποσοστό οι αλλοδαποί στην Ελλάδα στερούνται των νομιμοποιητικών εγγράφων παραμονής στη χώρα, κατάσταση η οποία τους θέτει αυτόματα στο περιθώριο. Ο φόβος της σύλληψης και της απέλασής τους, λειτουργεί καταλυτικά ούτως ώστε να μη διεκδικούν έστω και τα βασικά θεσπισμένα κοινωνικά τους δικαιώματα, όπως την παροχή ιατρικής φροντίδας (Da Lomba, 2004).

Στην Ελλάδα βάσει νόμου (με πιο πρόσφατο τον ν.3386/2005) η περίθαλψη των αντικανονικών μεταναστών δικαιολογείται μόνο εφόσον κριθεί η κατάσταση τους ως επείγουσα. Το ιατρικό προσωπικό όμως τις περισσότερες φορές παραβλέπει τον νόμο, τηρώντας τον όρκο τους, και παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα ακόμα και αν η περίπτωση δεν κρίνεται ως επείγουσα (Ψημμένος & Σκαμνάκης, 2008:346-47). Γενικότερα όμως, όλη αυτή η κατάσταση λειτουργεί αποτρεπτικά για τους ίδιους τους

μετανάστες και αυτό είναι μέρος μια αλυσίδας προβλημάτων και εμποδίων που αντιμετωπίζουν στην προσπάθειά τους να προσεγγίσουν τις υπηρεσίες υγείας.

3.5.1 Διοικητικά εμπόδια

Το ελλιπές νομοθετικό πλαίσιο για τη μετανάστευση δημιουργεί επιπλέον εμπόδια στην πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. Ο νόμος 3386/2005 ορίζει ότι οι αντικανονικοί μετανάστες που μένουν στην Ελλάδα, δικαιούνται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μόνο ως επείγοντα περιστατικά. Μεγάλος αριθμός μεταναστών δεν καταφέρνει να νομιμοποιήσει την παραμονή του στη χώρα είτε λόγω της πληθώρας δικαιολογητικών που απαιτούνται είτε λόγω της χρονοβόρας διαδικασίας. Δεν είναι μάλιστα σπάνιο φαινόμενο τα έγγραφα που λαμβάνουν να έχουν πλέον λήξει, φαινόμενο το οποίο απορρέει από την ίδια την ελληνική μεταναστευτική νομοθεσία (ΚΕΚ ΓΣΕΒΕΕ, 2006). Επιπλέον οι συνεχείς προσθέσεις διατάξεων συμβάλλουν άμεσα στην αναποτελεσματικότητα των νόμων (Καψάλης (α), 2007). Από την άλλη πλευρά, η ελλιπής ενημέρωση, τόσο των μεταναστών όσο και των κρατικών υπηρεσιών, σχετικά με το νομικό καθεστώς των αλλοδαπών αλλά και των δικαιωμάτων των διαφόρων κατηγοριών, όπως είναι οι πρόσφυγες, οι αιτούντες άσυλο και οι οικονομικοί μετανάστες, δυσκολεύει την πρόσβαση τους (Κοτσιώνη, 2009:28). Σε αυτές τις περιπτώσεις μάλιστα υπάρχει η πιθανότητα, λόγω άγνοιας ή παρερμηνείας του νόμου, να τους αρνηθούν υπηρεσίες, τις οποίες δικαιούνται³⁵ και οι δικαιούχοι να μην τις διεκδικήσουν. Ένα ακόμα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες με τις ελληνικές αρχές, την αστυνομία και τις διάφορες κρατικές υπηρεσίες είναι, όπως χαρακτηριστικά λένε οι ίδιοι, «η διάθεση ταπείνωσης, προσβολής και μείωσης της ανθρώπινης αξιοπρέπειας... προς τους ξένους» (Γονόρκνεχ, 2001:346).

Τα εμπόδια και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες ως προς την πρόσβαση τους σε υπηρεσίες υγείας αποτυπώνονται πολύ αδρά σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Γιατροί του Κόσμου το 2008 (Γιατροί του Κόσμου, 2009).

³⁵ Στο σεμινάριο του ΚΕΚ Διάσταση Διαπολιτισμική Πύλη στην Υγεία (31/05-04/06/2010) σχετικά με την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, αναφέρθηκε ότι πολλές φορές αιτούντες άσυλο, οι οποίοι βάσει του νόμου 3386/2005 δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, όταν χρειάστηκαν υπηρεσίες υγείας τους ζητήθηκε να καλύψουν τα έξοδα τους παραβλέποντας ότι ήταν κάτοχοι ροζ κάρτας (Ατομικό Δελτίο για την Αναγνώριση Πρόσφυγα)

Σύμφωνα με την έρευνα αυτή το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες κατά την πρόσβαση τους σε υπηρεσίες υγείας, σε ποσοστό 38,6%, ήταν οι διοικητικές δυσκολίες. Οι περιοριστικές διατάξεις και οι νομοθεσίες που τους αποκλείουν από αυτές τις υπηρεσίες αλλά ακόμα και η μεροληπτική αντιμετώπιση ορισμένων από τους υγειονομικούς λειτουργούς λειτουργεί αποτρεπτικά ως προς το ρόλο των υπηρεσιών αυτών (HUMA,2009) εφόσον τους απορρίπτει και τους αποκλείει από εξυπηρετούμενους. Από την άλλη μεριά ο φόβος της σύλληψης και της απέλασης, λειτουργούν και αυτά αποτρεπτικά καθώς εξαιτίας αυτού του φόβου πολλοί μετανάστες περιορίζουν τη χρήση αυτών των υπηρεσιών (Carta et al, 2005). Επιπροσθέτως οι μεγάλες καθυστερήσεις που παρατηρούνται στην έκδοση ή στην ανανέωση άδειών παραμονής και των ειδικών δελτίων αιτούντος άσυλο παρεμποδίζουν την πρόσβαση και την παροχή υπηρεσιών υγείας (Κοτσιώνη, 2009:28).

Τα διοικητικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες κατά την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας είναι πολλές φορές από τα πιο βασικά, τα οποία τους αποτρέπουν να τις χρησιμοποιήσουν. Η γραφειοκρατία, οι μεγάλες λίστες αναμονής και οι ανεπαρκείς δομές αποτελούν πολύ σημαντικά εμπόδια, τα οποία αποτρέπουν τους μετανάστες από τη διεκδίκηση των αυτονόητων δικαιωμάτων τους, όπως είναι η υγειονομική τους περίθαλψη.

3.5.2 Το Κόστος των υπηρεσιών υγείας

Για πολλούς μετανάστες, οι οποίοι δεν έχουν τα νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής και κατ' επέκταση δεν είναι ασφαλισμένοι σε κάποιο ταμείο, το κόστος των ιατρικών εξετάσεων και των θεραπειών είναι πολλές φορές αποτρεπτικό. Οι ανασφάλιστοι πληρώνουν οι ίδιοι τα ιατρικά έξοδα, προκαταβάλλοντας το 50% των εξόδων σε περίπτωση νοσηλείας τους (Κοτσιώνη, 2009:27). Τα προβλήματα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας εντείνονται καθώς το κόστος πολλές φορές είναι υψηλό. Οι περισσότεροι από τους μετανάστες δε δικαιούνται έκδοση βιβλιαρίου ανασφάλιστου από την Πρόνοια, αδυνατούν να απευθυνθούν σε ιδιωτικό θεραπευτήριο και κατά συνέπεια δεν αντιμετωπίζουν ιατρικά το πρόβλημα της υγείας τους. Όλη αυτή η κατάσταση δημιουργεί μια σωρεία άλλων προβλημάτων, όπως είναι η δυσκολία στην εργασία, η ανεργία και ο κοινωνικός αποκλεισμός που βιώνουν ως προέκταση των

προβλημάτων τους. Γενικότερα, όλη αυτή η οικονομική ανασφάλεια που βιώνουν μετατρέπει το δικαίωμα τους σε ιατρική φροντίδα σε κάτι το ανέφικτο.

Οι μετανάστες αντιμετωπίζουν επίσης, σοβαρά οικονομικά προβλήματα τόσο λόγω της άτυπης και ανασφάλιστης εργασίας, του χαμηλού εισοδήματος όσο και των πρόσθετων εξόδων. Το ενοίκιο της κατοικίας τους αλλά και της καταβολής της «άτυπης αμοιβής» στα πλαίσια του ΕΣΥ (Μαράτου- Αλιμπράντη, 2005:5), σε συνδυασμό με τα προηγούμενα, δημιουργεί έντονη οικονομική ανασφάλεια και εμπόδια στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

3.5.3 Η πολυπλοκότητα του συστήματος

Εξαιρετικής σημασίας εμπόδιο είναι το γεγονός, ότι όλοι οι μετανάστες που μένουν στην Ελλάδα προέρχονται από εκ διαμέτρου αντίθετα συστήματα, τόσο γραφειοκρατικά όσο και υγειονομικά, το οποίο δυσκολεύει αρχικά έστω, την προσαρμογή αλλά και την προσέγγιση των υπηρεσιών (Παππά, 2008:13-14). Από την παρούσα έρευνα προέκυψε ότι οι μετανάστες που προέρχονται από χώρες της Ευρώπης είναι περισσότερο εξοικειωμένοι με το υπάρχον σύστημα καθώς μοιάζει σε πολλά σημεία με το σύστημα της χώρας προέλευσης τους. Μεγάλη όμως δυσκολία σημειώνεται στις κρατικές υπηρεσίες όπως το ΙΚΑ και ο ΟΑΕΔ (Φαζλούλ, 2001:334, Μοαβία, 2001:340), κυρίως λόγω της γραφειοκρατίας και του χρόνου που χρειάζεται να αφιερώσουν προκειμένου να τακτοποιήσουν τα χαρτιά τους. Το ΕΣΥ από την άλλη, έχει εγγενή προβλήματα, σχεδόν από τη δημιουργία του, με αποτέλεσμα να γίνεται δυσπρόσιτο ακόμα και για τον γηγενή πληθυσμό, πόσο δε μάλλον για τους μετανάστες που τους είναι πρωτόγνωρο. Η δαιδαλώδης γραφειοκρατία και οι τεράστιες λίστες αναμονής σε συνάρτηση με τις ανεπαρκείς δομές αλλά και το ελλιπές προσωπικό καθιστούν τις υπηρεσίες υγείας περισσότερο ως καφκικό δημιούργημα παρά ως δομές παροχής υγειονομικών υπηρεσιών

Άμεση συνέπεια της πολυπλοκότητας του συστήματος είναι επίσης ότι δε γίνεται σωστή διάχυση της πληροφόρησης. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι να μη γνωρίζουν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας τα δικαιώματά τους.

Στην έκθεση των Γιατρών του Κόσμου (Γιατροί του Κόσμου,2009) προκύπτει ότι υπάρχουν πολλά εμπόδια πρόσβασης στην πληροφόρηση σχετικά με την

ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη. Μεγάλο ποσοστό των αλλοδαπών στην Ελλάδα, για παράδειγμα, δε γνωρίζουν ότι δικαιούνται δωρεάν έλεγχο για το ιό του HIV. Βασικός αιτιολογικός παράγοντας θεωρείται το ιδιαίτερος περιοριστικό νομοθετικό πλαίσιο για τη μετανάστευση και συγκεκριμένα για την πρόσβαση των αλλοδαπών χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής στις υπηρεσίες υγείας. Η κατάσταση αυτή φαίνεται να επηρεάζει τη μαζική άγνοια για τη δυνατότητα δωρεάν τεστ ανίχνευσης του ιού (Γιατροί του Κόσμου, 2009:98). Το ίδιο συμπέρασμα προκύπτει και από τη μελέτη “Equality in health: Greek National Report” (European Commission 2006:24), στην οποία διαπιστώνεται το ιδιαίτερα μεγάλο κενό που υπάρχει στον τομέα της πληροφόρησης αυτών των πληθυσμών, καθώς επίσης και η άγνοια τους αναφορικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους.

3.5.4 Γλωσσικά- πολιτισμικά εμπόδια

Το γλωσσικό εμπόδιο θεωρείται ως βασικός αποτρεπτικός παράγοντας πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας (Gundara & Jacobs, 2009:422) εφόσον καθιστά την επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και γιατρού αδιέξοδη. Η ελλιπής γνώση της γλώσσας της χώρας υποδοχής τους αποκλείει τόσο από την παροχή πληροφόρησης πάνω στα δικαιώματα και την ασθένεια τους. Παράλληλα όμως παρακωλύει και τη διαδικασία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, αποτελώντας κατ’ αυτόν τον τρόπο ένα βασικό εμπόδιο στη γενικότερη κοινωνική ένταξη του μεταναστευτικού πληθυσμού στη χώρα υποδοχής.

Το πρόβλημα της επικοινωνίας είναι πολύ σημαντικό, καθώς καθιστά την πληροφόρηση πάνω στα δικαιώματα του ασθενούς αδύνατη και κατά συνέπεια αποδυναμώνει τη δυνατότητα για τη διεκδίκηση τους. Επηρεάζει τη σχέση γιατρού και ασθενούς, εφόσον δεν είναι εφικτή η πληροφόρηση και από τις δύο πλευρές. Επίσης, η ελλιπής γνώση της γλώσσας δεν τους βοηθά να προχωρήσουν σε απλές, για τον γηγενή πληθυσμό, διαδικασίες, όπως είναι το κλείσιμο ραντεβού με τον γιατρό ή να πληροφορηθούν για την κατάσταση της υγείας τους, όταν νοσηλεύονται. Πέρα από τη λεκτική επικοινωνία και η μη λεκτική είναι εξίσου σημαντική. Ανάλογα με την κουλτούρα του κάθε λαού, η προσέγγιση στο χώρο για παράδειγμα, το πόσο θα πλησιάσει κάποιος έναν άλλο, μπορεί να μεταφραστεί από εχθρότητα έως υπερβολική

οικειότητα ακόμα και η επαφή ή η χειραψία μπορεί να είναι αποδεκτή ή και ανεπιθύμητη, (Σαργέντης, 2008: 4.)

Ταυτόσημο με το παραπάνω μπορεί να θεωρηθεί η διαφορετική κουλτούρα και οι πολιτισμικές διαφορές ως προς την αντιμετώπιση της ασθένειας (Gundara & Jacobs, 2009:422). Ο τρόπος με τον οποίο το κάθε άτομο αντιμετωπίζει τα ζητήματα της υγείας και της αρρώστιας καθορίζεται κυρίως από τα πολιτισμικά στοιχεία που φέρει ως υποκείμενο (Παλτόγλου & Τράντα, 2009:2; Κάρλου & Ράμμου, 2009:367). Σε ορισμένους πολιτισμούς, η ασθένεια μπορεί να εκληφθεί ως αποτέλεσμα μαγείας ή ακόμα ως θέλημα θεού (Σαργέντης 2008:2). Υπάρχουν πολιτισμοί, όπου απαγορεύουν σε ένα «ευγενικό άτομο» να έρθει σε αντίθεση με τον ειδικό ή να τον ενημερώσει σε περίπτωση που η αγωγή που έλαβε δεν είναι αποτελεσματική και χρειάζεται αλλαγή (Σαργέντης, 2008:2). Ακόμα και η ανάμειξη της οικογένειας διαφέρει από χώρα σε χώρα ,καθώς σε ορισμένες κοινωνίες, η οικογένεια ενημερώνεται πριν από τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του και η γνώμη της παίζει καθοριστικό ρόλο στη θεραπεία και στην αντιμετώπιση της ασθένειας (Σαργέντης, 2008:2).

Η θρησκεία επίσης, καθορίζει σημαντικά τον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται την ασθένεια, καθώς υπάρχουν αρκετές θρησκείες, στις οποίες ο πόνος θεωρείται θεμιτός, εφόσον έτσι ισχυροποιούνται οι δεσμοί με τους άλλους αλλά κυρίως με το θείο (Σαργέντης, 2008: 3). Υπάρχουν επίσης αρκετοί θρησκευτικοί κανόνες, από όπου τίθενται περιορισμοί στην πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες, όπως για παράδειγμα, ότι μια μουσουλμάνα γυναίκα ασθενής δεν επιτρέπεται να εξεταστεί από άντρα γιατρό (Κοτσιώνη, 2009:29).

Από την άλλη πλευρά, η έλλειψη δομών, εξειδικευμένου προσωπικού και τεχνογνωσίας, όπως διερμηνείς, διαπολιτισμικοί διαμεσολαβητές, ενημερωτικά φυλλάδια σε διάφορες γλώσσες, καθιστούν το σύστημα απροσπέλαστο αλλά παράλληλα συμβάλλουν στην ελλιπή ενημέρωση των αλλοδαπών για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους αλλά και τις διαδικασίες διεκδίκησης τους (Κοτσιώνη, 2009:28). Οι απουσία των παραπάνω δυσχεραίνει κατά πολύ το έργο του διοικητικού και ιατρικού προσωπικού, καθώς δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες των αλλοδαπών ασθενών, οι οποίες προκύπτουν λόγω των γλωσσικών, πολιτισμικών και κοινωνικών δεδομένων που τους χαρακτηρίζουν (Κοτσιώνη, 2009:29).

Τα προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι μεταναστευτικοί πληθυσμοί είναι μεν ποικίλα αλλά διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Στο μεγαλύτερο ποσοστό τους οι δυτικοευρωπαϊκές και βορειοευρωπαϊκές χώρες αποτελούν πρότυπα στους κανόνες και στον τρόπο διαχείρισης των μεταναστευτικών πληθυσμών. Υπάρχουν χώροι φιλοξενίας, υποχρεωτική εκμάθηση της γλώσσας της χώρας υποδοχής, υπηρεσίες εύρεσης εργασίας, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Γιατροί του Κόσμου, 2009; Health care in nowhereland). Δεν είναι ανυπέβλητα εμπόδια ούτε άγνωστα και όλοι συμφωνούν στο ότι η δημιουργία δομών, το εξειδικευμένο προσωπικό και η ευαισθητοποίηση των αρχών και των αρμόδιων φορέων θα μπορούσε να συμβάλλει αρχικά στη βελτίωση αυτής της κατάστασης.

3.6 Παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε μετανάστες

Στόχος και πολιτική επιδίωξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι η ισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, ανεξαρτήτως κοινωνικο - οικονομικών, φυλετικών, εθνοτικών, θρησκευτικών ή άλλων χαρακτηριστικών (Παππά, 2008:11). Ζητούμενο άλλωστε είναι η ομαλή κοινωνική ένταξη των μεταναστευτικών πληθυσμών που ζουν στην Ευρώπη και ο αποκλεισμός τους από τις υπηρεσίες υγείας συντελεί στην κοινωνική τους περιθωριοποίηση και όχι στην ένταξη τους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει ότι οι διαθέσιμοι πόροι θα κατανέμονται δίκαια και ισομερώς προς όλους (Παππά, 2008:11). Υπό αυτά τα δεδομένα ευνοείται τόσο η κοινωνική συνοχή όσο και η προστασία της δημόσιας υγείας. Στην Ελλάδα όμως, το Κράτος αποδεικνύεται ανεπαρκές ως προς τους μηχανισμούς απόδοσης ευημερίας καθώς χαρακτηρίζονται από έλλειψη συνοχής και αποτελεσματικότητας (Πολυζωίδης, 2006:11).

Τα νοσοκομεία και τα κέντρα υποδοχής αλλοδαπών αποτελούν τα κυριότερα σημεία παροχής υγειονομικών υπηρεσιών στον μεταναστευτικό πληθυσμό. Αυτό βέβαια δε συνεπάγεται ότι καλύπτουν πλήρως το εύρος των αναγκών περίθαλψης και φροντίδας όλου αυτού του πληθυσμού, καθώς τόσο τα δημόσια νοσοκομεία όσο και τα Κέντρα Υποδοχής έχουν πάρα πολλές ελλείψεις, κυρίως σε δομές και ανθρώπινο δυναμικό (Διεθνής Αμνηστία, 2010, Καρανίκας, 2010, Γιατροί Χωρίς Σύνορα, 2010:9-18). Το κενό αυτό καλύπτεται όσο είναι δυνατό από τις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, οι οποίες δραστηριοποιούνται σε διάφορους τομείς, οι οποίοι θα αναλυθούν στην

πορεία. Μια αναφορά στις ήδη υπάρχουσες δομές θα διευκόλυνε αρκετά στην περιγραφή της υπάρχουσας κατάστασης.

3.6.1 Δημόσια Νοσοκομεία

Σύμφωνα με την έκθεση των Γιατρών του Κόσμου (2008) το 6,9% του πληθυσμού της έρευνας, δικαιούνται δωρεάν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (Ζέρβας, 2008). Όσοι έχουν εισέλθει αντικανονικά και δεν διαθέτουν τα νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής δικαιούνται περίθαλψη μόνο ως επείγοντα περιστατικά συμπεριλαμβανομένων των ασθενών με HIV και άλλων μεταδοτικών ασθενειών, όπως επίσης και οι εγκυμονούσες γυναίκες (Γιατροί του Κόσμου, 2009:24), μέχρι της σταθεροποίησης της υγείας τους³⁶ (Κυριακάκη κά, 2008:36) .

Παρ' όλο που υπάρχει αυτή η τυπική άρνηση πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας λόγω του νόμου, στις περισσότερες των περιπτώσεων τους παρέχονται οι απαιτούμενες υπηρεσίες έστω και παράτυπα (Ψημμένος & Σκαμνάκης, 2008: 348-352, Κοτσιώνη, 2009:29-30). Το ποσοστό των αλλοδαπών που διαμένουν στην Ελλάδα χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής, εξυπηρετούνται από τα δημόσια νοσοκομεία καθώς τις περισσότερες φορές τόσο το ιατρικό όσο και το διοικητικό προσωπικό των νοσοκομείων παρέχουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες παραβλέποντας το άτυπο καθεστώς παραμονής τους. Για το λόγο αυτό περίπου το 88% των ανασφάλιστων ασθενών χρησιμοποιούν τα επείγοντα των εφημερευόντων νοσοκομείων προκειμένου να τους παρασχεθούν υγειονομικές υπηρεσίες (Κοτσιώνη, 2009:-30).

3.6.2 Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ)

Πέρα από τα δημόσια νοσοκομεία πολύ σημαντικό ρόλο στην παροχή δωρεάν ιατροφαρμακευτικής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας, παίζουν τόσο τα κοινωνικά δίκτυα όσο και οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ). Κύριος στόχος τους είναι η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των αλλοδαπών χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής, οι οποίοι αντιμετωπίζουν σοβαρά εμπόδια στην πρόσβαση τους σε αντίστοιχες υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων. Πολλές φορές όμως παίζουν και διαμεσολαβητικό ρόλο διευκολύνοντας την πρόσβαση τους στα νοσοκομεία, όταν

³⁶ Άρθρο 84 παρ.1 εδ.β ν. 3386/2005

απαιτούνται εξειδικευμένες εξετάσεις ή νοσηλεία, κάνοντας στην ουσία μια άτυπη παραπομπή, χωρίς όμως να είναι πάντα εγγυημένο ότι θα νοσηλευτούν (Κοτσιώνη, 2009: 30, Μπογιόπουλος, 2010).

Οι υπηρεσίες που παρέχουν οι ΜΚΟ καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών και αναγκών των αλλοδαπών ασθενών, παρέχουν υπηρεσίες υγείας, συμβουλευτικής σχετικά με θέματα υγείας και πρόνοιας, ψυχολογικής υποστήριξης και υλική υποστήριξη σε ρούχα και τρόφιμα (Πολυζωίδης, 2006:188-9,192). Προσφέρουν επίσης και διαμεσολαβητικές υπηρεσίες σε συνεργασία με κρατικούς φορείς, όπως ο Συνήγορος του Πολίτη, όταν προκύπτουν για παράδειγμα περιπτώσεις καταπάτησης δικαιωμάτων.

Οι ΜΚΟ που ασχολούνται με τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα των μεταναστών- προσφύγων αποτελούν το 23% επί του συνόλου των ΜΚΟ που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα (Πολυζωίδης, 2006:188). Η ενδεικτική παρουσίαση των δράσεων τους θα βοηθούσε ενδεχομένως στη διαπίστωση των αναγκών του αλλοδαπού πληθυσμού που καλύπτονται από αυτές.

Το ελληνικό τμήμα των Γιατρών Χωρίς Σύνορα ξεκίνησε τη δράση του το 1990. Έχει πραγματοποιήσει αρκετά προγράμματα σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας, όπου φιλοξενείται μεγάλος αριθμός μεταναστών, όπως είναι η Παγανή Λέσβου και ο (πρώην άτυπος) καταυλισμός της Πάτρας. Το έργο τους αφορούσε κυρίως στην αποστολή ομάδων ιατρών, που σκοπό είχαν την αντιμετώπιση των διαφόρων προβλημάτων υγείας (Ιστοσελίδα Γιατρών χωρίς Σύνορα) που αντιμετώπιζε ο πληθυσμός εκεί κυρίως λόγω των συνθηκών στέγασης, διατροφής και υγιεινής.

Το τμήμα των Γιατρών του Κόσμου ξεκίνησε και αυτό τη δράση του το 1990 (ιστοσελίδα Γιατρών του Κόσμου). Στα πλαίσια των δράσεων του λειτουργούν τέσσερα πολυϊατρεία στην Αθήνα, στη Θεσσαλονίκη, στα Χανιά και το Πέραμα. Στόχος τους είναι η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε κοινωνικά ευπαθείς ομάδες, στις οποίες το ιατρικό προσωπικό παρέχει τις απαιτούμενες υπηρεσίες κατά τη διάρκεια των ωρών λειτουργίας του. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων που προσέρχονται στο Πολυϊατρείο τους προέρχονται από το Πακιστάν, το Μπαγκλαντές, την Ινδία, την Κίνα και την Σρι Λάνκα (Τόντσεφ, 2007:21) αλλά και αφρικανικές χώρες. Στην περίπτωση των επειγόντων περιστατικών ένα δίκτυο εθελοντών στα νοσοκομεία της χώρας αναλαμβάνει διαμεσολαβητικό ρόλο για περιπτώσεις όπου

χρηζουν άμεσης πρόσβασης σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο. Ένας τρίτος άξονας δράσης είναι αυτός του φαρμακείου, που έχει ως στόχο την παροχή φαρμάκων στους αλλοδαπούς ασθενείς που απευθύνονται στους γιατρούς του πολυϊατρείου. Το τμήμα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης έχει ως στόχο την ψυχολογική υποστήριξη των μεταναστών καθώς οι ίδιοι δεν έχουν δυνατότητα πρόσβασης σε δημόσια ή ιδιωτικά θεραπευτήρια. Γενικότερα, οι Γιατροί του Κόσμου έχουν πολλά προγράμματα ανά την Ελλάδα που προσφέρουν υγειονομικές και άλλες υπηρεσίες στον μεταναστευτικό πληθυσμό της χώρας.

Η ΜΚΟ PRAKSIS, έχοντας ως παρακαταθήκη την εμπειρία των «Γιατρών χωρίς Σύνορα» συνεχίζει τη δράση της λειτουργώντας τα δυο πολυϊατρεία σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Στόχος τους είναι η δωρεάν παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, νομικής βοήθειας, στέγασης και εργασιακής συμβουλευτικής σε κάθε κοινωνικά αποκλεισμένη ομάδα (ιστοσελίδα praksis). Παράλληλα λειτουργεί και το φαρμακείο, παρέχοντας δωρεάν φάρμακα στους ασθενείς που παρακολουθούνται από τους γιατρούς του πολυϊατρείου (Κοτσιώνη, 2009:32). Στο πολυϊατρείο της Αθήνας κατά την περίοδο 2007- 2008 εξυπηρετήθηκαν περίπου 3934 άτομα εκ των οποίων το 39% προερχόταν από το Αφγανιστάν και στο πολυϊατρείο της Θεσσαλονίκης απευθύνθηκαν 3705 άτομα με το 49% των ασθενών να είναι αλβανικής καταγωγής. Η κοινωνική υπηρεσία της οργάνωσης παρέχει ενημέρωση σχετικά με τα δικαιώματα τους, έχει συμβουλευτικό και υποστηρικτικό χαρακτήρα αλλά επίσης μεσολαβεί σε άλλες υπηρεσίες παραπέμποντας εκεί ασθενείς, όταν απαιτείται (Κοτσιώνη, 2009:32).

Το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες στόχο, έχει την υποστήριξη των μεταναστών και προσφύγων, οι οποίοι μένουν στην Ελλάδα, ούτως ώστε να ενταχθούν όσο το δυνατό ευκολότερα στον κοινωνικό ιστό. Ο ρόλος του είναι κυρίως υποστηρικτικός και διαμεσολαβητικός. Μεσολαβεί σε υπηρεσίες, παρέχει ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική πάνω σε θέματα εργασίας αλλά και υλική βοήθεια, όπως επιδόματα, τρόφιμα και στέγαση (Κοτσιώνη, 2009:33, ιστοσελίδα Ελληνικού Συμβουλίου για τους Πρόσφυγες).

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, είναι μια από τις παλαιότερες οργανώσεις στην Ελλάδα, ήδη από το 1877. Σήμερα, αναγνωρίζοντας τη σημασία του μεταναστευτικού φαινομένου αλλά και τις αυξανόμενες ανάγκες αυτού του πληθυσμού έχει αναλάβει

δράση, παρέχοντας υπηρεσίες συμβουλευτικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Υλοποιεί προγράμματα που αποσκοπούν στην ομαλότερη κοινωνική ένταξη τους, όπως προώθηση στην εργασία, διαμεσολάβηση σε άλλες υπηρεσίες και στέγασης σε κέντρα φιλοξενίας (Κοτσιώνη, 2009:33, ιστοσελίδα Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού).

Η Κλίμακα, ιδρύθηκε το 2000 και στόχο έχει την ομαλή ένταξη και ενσωμάτωση των κοινωνικά ευάλωτων ομάδων. Οι υπηρεσίες που προσφέρει είναι ιατρικές, ψυχοκοινωνικές και υποστηρικτικές (ιστοσελίδα Κλίμακας). Τα προγράμματα, τα οποία υλοποιεί, αφορούν τόσο τον τομέα της ψυχικής υγείας όσο και αυτόν της προστασίας του μεταναστευτικού πληθυσμού. Λειτουργεί οικοτροφεία, ξενώνες, προγράμματα στήριξης αλλοδαπών γυναικών θυμάτων βίας, διακίνησης και σωματεμπορίας (Κοτσιώνη, 2009:33).

Όσον αφορά σε προγράμματα σχετικά με την διασφάλιση της ψυχικής υγείας έχουν υπάρξει αρκετά από το 2000 και έπειτα. Τα προγράμματα «Ψυχαργός», τα οποία τελούσαν υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας, ξεκίνησαν πραγματικά πολύ φιλόδοξα. Ιδρύθηκαν δομές ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και Κέντρα Ημέρας, τα οποία παρείχαν αντίστοιχες υπηρεσίες και σε μετανάστες και πρόσφυγες. Σήμερα τα προγράμματα αυτά υπολειτουργούν. Το Υπουργείο Υγείας φαίνεται να απαξιώνει το όλο πρόγραμμα, οδηγώντας το ουσιαστικά στην κατάρρευση καθώς οι μονάδες αυτές υποχρηματοδοτούνται. Παρατηρείται έλλειψη υπηρεσιών σε αρκετές περιοχές της Ελλάδας και απουσιάζει πλήρως ένας συνεκτικός σχεδιασμός του (Με διακοπή ευρωπαϊκών κονδυλίων, 2009).

Η οργάνωση «Συν-ειρμός», στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργός» λειτουργεί το Κέντρο Ημέρας «Βαβέλ», στην Αθήνα, το οποίο απευθύνεται αποκλειστικά σε μετανάστες- πρόσφυγες, που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας ή ακόμα βιώνουν συνθήκες που θα ευνοούσαν την εμφάνιση ψυχικής νόσου. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες της οργάνωσης αφορούν στη διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση των ψυχικών διαταραχών αλλά και συμβουλευτική με τον ίδιο τον ασθενή, την οικογένεια του και σε ομάδες (Κοτσιώνη, 2009:33, ιστοσελίδα BABEL).

Στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο, λειτουργεί το Ελληνικό Ιατρείο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, το οποίο εξυπηρετεί μετανάστες δύο φορές την εβδομάδα. Στα εξωτερικά ιατρεία παρακολουθούνται και αλλοδαποί που διαμένουν στην Ελλάδα, χωρίς τα νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής και εφόσον κρίνεται

απαραίτητο προχωρούν σε νοσηλεία στην Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου (Κοτσιώνη 2009:34).

Οι παραπάνω δομές είναι οι πιο γνωστές, οι οποίες ασχολούνται με ζητήματα παροχής ιατροφαρμακευτικής φροντίδας στον μεταναστευτικό πληθυσμό. Σίγουρα όμως δεν επαρκούν για να καλύψουν τις όλο και αυξανόμενες ανάγκες του. Στην πλειοψηφία τους, παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι δομές ψυχικής υγείας είναι ελάχιστες και δεν επαρκούν για να καλύψουν τις όλο και αυξανόμενες ανάγκες. Όσο δε για την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, εκεί, όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο νόμος είναι άκρως περιοριστικός για τους αντικανονικούς μετανάστες. Το 2005 ψηφίστηκε ο ν.3304/2005³⁷, όπου θεσπίζεται η αρχή της ίσης μεταχείρισης των ατόμων ανεξαρτήτου φυλής, θρησκείας, πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας και σεξουαλικού προσανατολισμού. Έχουν περάσει όμως πέντε χρόνια και τα προβλήματα παραμένουν άλυτα και εν τούτοις πιεστικά. Τα κέντρα υποδοχής αλλοδαπών κλείνουν ή υπολειπώνονται, καθώς οι συνθήκες φιλοξενίας αντιστοιχούν περισσότερο σε κέντρα κράτησης. Η γραφειοκρατία παραμένει το ίδιο δαιδαλώδης και η πρόσβαση στην πληροφόρηση μάλλον μοιάζει με αγαθό που αφορά σε λίγους (Γιατροί Χωρίς Σύνορα, 2010). Παρ' όλο που αναγνωρίζεται η ανάγκη διευκόλυνσης τη πρόσβασης τους στις υπηρεσίες υγείας, τα νέα δεδομένα της οικονομικής κρίσης φαίνεται να απαξιώνουν αυτή τη διαπίστωση και παραβλέπεται ως δευτερεύουσα η ανάγκη σχεδιασμού συντονισμένης μεταναστευτικής πολιτικής.

3.7 Συμπέρασμα

Τα προβλήματα που βιώνουν οι μετανάστες κατά την αποχώρησή τους από τις χώρες προέλευσής τους είναι ποικίλα. Δεν αφορούν μόνο στην απομάκρυνσή τους από τη χώρα και το κοινωνικό τους περιβάλλον αλλά και τις αντιξοότητες του ταξιδιού. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι τα διάφορα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν, καθώς καταπονείται σε μεγάλο βαθμό τόσο η σωματική όσο και η ψυχική τους υγεία.

Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες στην Ελλάδα έχουν να αντιμετωπίσουν ποικίλα προβλήματα που όλα συγκλίνουν στην υποβάθμιση της υγείας τους. Ασθένειες

³⁷ ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3304/2005 - ΦΕΚ: 16/Α (27/01/2005)

ξεχασμένες και σύγχρονες, τους στερούν τη δυνατότητα ενεργούς ένταξης στην κοινωνία υποδοχής καθώς επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την καθημερινότητά τους. Η αγωνία της επιβίωσης των ίδιων και των παιδιών τους, οι κακές συνθήκες στέγασης, σίτισης και υγιεινής αποτελούν παράγοντες εμφάνισης ασθενειών. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα τις περισσότερες φορές τους αποκλείει από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του, γεγονός που επιδεινώνει την κατάσταση της υγείας τους. Όλα αυτά όμως ξυπνούν φόβους για την επιβάρυνση της δημόσιας υγείας.

Στην Ελλάδα ελάχιστες είναι οι έρευνες που αφορούν στα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Το 2008, σε έρευνα των Γιατρών του Κόσμου σε έντεκα ευρωπαϊκές χώρες, φάνηκε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους υπάρχει πρόβλεψη για την παροχή δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης για την ομάδα των αντικανονικών μεταναστών. Η συγκεκριμένη ομάδα, στερείται τόσο τα νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής όσο και τους απαιτούμενους οικονομικούς πόρους για την κάλυψη του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Στην Ελλάδα, μόνο όσοι παραμένουν νόμιμα στη χώρα δικαιούνται δωρεάν τις υπηρεσίες υγείας. στην περίπτωση των αντικανονικών μεταναστών, ο νόμος ορίζει ότι δικαιούνται δωρεάν περίθαλψη μόνο ως επείγοντα περιστατικά.

Η διακριτική μεταχείριση της συγκεκριμένης ομάδας επιβαρύνει, όπως είναι φυσικό, την κατάσταση της υγείας τους. Έχει μάλιστα παρατηρηθεί μια αύξηση κρουσμάτων «ξεχασμένων» ασθενειών, όπως είναι η φυματίωση, η ελονοσία, η ψώρα, η ελονοσία αλλά και άλλων ασθενειών όπως είναι η ηπατίτιδα Β, οι ρευματοειδείς καρδιοπάθειες, οι παρασιτώσεις εντέρου, τα διαρροϊκά σύνδρομα, η πνευμονοκονίαση και το AIDS.

Το 2003, έγινε μια έρευνα στην Ελλάδα σχετικά με τη χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών από τους μετανάστες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες μετανάστριες κάνουν μεγαλύτερη χρήση αυτών των υπηρεσιών, κυρίως λόγω των αυξημένων γυναικολογικών αναγκών, όπως είναι η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης τους. Επίσης, φάνηκε ότι οι μετανάστες αποτελούν τις νεαρότερες ηλικιακές ομάδες, όπου δε χρειάζονται συχνή ιατρική παρακολούθηση, εφόσον στην πλειοψηφία τους δεν έχουν σοβαρά προβλήματα υγείας. Ένας ακόμα παράγοντας που καθορίζει τη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας είναι το είδος του νοικοκυριού, αν είναι πυρηνικές ή μονογονεϊκές οικογένειες ή και άγαμοι. Επίσης, η ηλικία του υπεύθυνου

της οικογένειας παίζει καθοριστικό ρόλο, αν είναι μεταξύ των ηλικιών 30-50, δε χρειάζονται συχνή ιατρική παρακολούθηση. Τέλος, το εκπαιδευτικό επίπεδο καθορίζει και αυτό με τη σειρά του τον βαθμό χρήσης των υπηρεσιών αυτών.

Αναφορικά με τις επιδημιολογικές μελέτες και αυτές είναι ελάχιστες, γεγονός που δυσκολεύει την ανίχνευση του ζητήματος. Σε αντίστοιχες έρευνες που έχουν γίνει όμως καταδεικνύεται ένας πολύ σοβαρός παράγοντας, όπως είναι τα εργατικά ατυχήματα, στα οποία οι μετανάστες έχουν μεγάλο ποσοστό. Οι κυριότεροι παράγοντες είναι ότι είναι ανειδίκευτο εργατικό δυναμικό και η κρατική προστασία είναι ελλιπέστατη.

Πέρα όμως από τις σωματικές ασθένειες βάλλεται σε μεγάλο βαθμό και η ψυχική τους υγεία, οι σχετικές όμως έρευνες είναι και πάλι ελάχιστες. Σε όσες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί, η ίδια η μετανάστευση είναι ο κυριότερος ψυχοπιεστικός παράγοντας, ο οποίος πυροδοτεί την εμφάνιση ψυχικών νόσων. Σύμφωνα με έρευνα του Μπεζεβέγκη, ο επιπολιτισμός, η διαδικασία, δηλαδή, με την οποία ενσωματώνουν στοιχεία του νέου πολιτισμού, είναι, συνήθως, ο εκλυτικός παράγοντας εμφάνισης της νόσου. Μπορεί η μετανάστευση να είναι μια συνειδητή επιλογή για το άτομο, την οποία αντιλαμβάνεται ως ευκαιρία βελτίωσης της ζωής του, δεν παύει όμως να υποκρύπτει πολύ βασικές δυσκολίες στην προσαρμογή στα νέα δεδομένα, όπως είναι η κουλτούρα και η γλώσσα της χώρας υποδοχής. Από την άλλη οι πρόσφυγες βιώνουν πιο έντονα την αλλαγή περιβάλλοντος καθώς η απομάκρυνση από τη χώρα τους ήταν εξαναγκαστική λόγω των συνθηκών.

Σε μεγάλο ποσοστό, η κατάθλιψη είναι το βασικότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν κατά τη διάρκεια προσαρμογής τους στη χώρα υποδοχής. Οι επιβαρυντικοί παράγοντες εμφάνισης της ασθένειας είναι η μεγάλη ηλικία μετακίνησης, ο μικρός αριθμός παιδιών στην οικογένεια, η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη και η μικρή ανθεκτικότητα του ατόμου στις δυσκολίες. Τα ψυχοπιεστικά συμπτώματα παραμένουν έως ότου πυροδοτηθούν από τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις που βιώνουν. Άλλωστε οι απώλειες που βιώνουν, όπως είναι η οικογένεια τους, το κοινωνικό κύρος και η κοινωνική υποστήριξη, συμβάλλουν στη μεγέθυνση συναισθημάτων, όπως είναι η αβεβαιότητα και η αγωνία της επιβίωσης, τα οποία δυσχεραίνουν ακόμα περισσότερο την προσαρμογή τους στη νέα κοινωνία.

Επιπροσθέτως, οι μετανάστες αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα κατά την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας. Τα κυριότερα είναι τα διοικητικά εμπόδια, που

αφορούν κυρίως στις ασάφειες και στις παραλείψεις των νόμων. Σε έρευνα των Γιατρών του κόσμου (Γιατρών του κόσμου, 2009), τα διοικητικά εμπόδια ήταν πρώτα στην κατάταξη με ποσοστό 38,6%. Σε αυτά περιλαμβάνονται οι περιοριστικές διατάξεις του νόμου σχετικά με την πρόσβαση, ο φόβος της σύλληψης και της απέλασης, τα οποία προβλέπονται για τις περιπτώσεις των παράτυπων μεταναστών, όπως επίσης και η καθυστέρηση στην έκδοση των αδειών παραμονής. Επίσης, ένα ακόμα σημαντικό εμπόδιο που αντιμετωπίζουν είναι το κόστος των υπηρεσιών υγείας, το οποίο το καλύπτουν οι ίδιοι οι μετανάστες στην περίπτωση που μένουν αντικανονικά στην Ελλάδα. Επιπλέον, η πολυπλοκότητα του ίδιου του συστήματος για τους μετανάστες, που προέρχονται από άλλες χώρες με διαφορετικό προνοιακό μοντέλο αλλά και οι γραφειοκρατικές διαδικασίες, οι οποίες απαιτούν αρκετό χρόνο έως ότου διευθετηθούν τα ζητήματα τους. Το ζήτημα της επικοινωνίας αφορά κυρίως τα γλωσσικά και πολιτισμικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες κατά την προσπάθεια πρόσβασης τους στις υπηρεσίες υγείας.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι ελάχιστες και αφορούν κυρίως στα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία σήμερα με την οικονομική κρίση υπολειτουργούν. Παράλληλα όμως γίνονται απροσπέλαστα, για τους οικονομικά αδύνατους, καθώς τώρα υποχρεούνται όλοι να πληρώνουν το εισιτήριο ακόμα και για τα επείγοντα. Το κενό, που ενδεχομένως δημιουργείται από αυτή την κατάσταση καλύπτεται από τις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, οι οποίες προσφέρουν πρωτοβάθμια, κυρίως, φροντίδα υγείας, συμβάλλοντας στην υγειονομική φροντίδα του μεταναστευτικού πληθυσμού, σε ένα πρώτο επίπεδο.

Ενώ στην υπόλοιπη Ευρώπη συζητάνε ζητήματα, όπως είναι η διαπολιτισμική παρέμβαση, στην Ελλάδα αναζητούμε τις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες λειτουργούν ακόμα και μπορούν να δεχτούν ασθενείς. Την ίδια ώρα υπάρχει η ανησυχία για τον τρόπο με τον οποίο θα τους αντιμετωπίσουν, από τη στιγμή που είναι ξένοι, οικονομικά αδύνατοι και δε μιλάνε τη γλώσσα.

Οι δομές υγείας οφείλουν να ανοίξουν για όλους, οι μετανάστες δεν είναι απλά «εργατικά χέρια» αλλά σώματα και άνθρωποι, οι οποίοι εν κατακλείδι αναζητούν μια καλύτερη ζωή. Το καθεστώς παραμονής δεν μπορεί να είναι το μοναδικό δεδομένο που θα διασφαλίζει μια καλή ποιότητα υγείας και ζωής, γιατί αν βάλλεται η υγεία της μιας ομάδας το πιο πιθανό είναι ότι θα επηρεάσει και την υγεία του υπόλοιπου πληθυσμού.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν καταρρέει απλά και μόνο επειδή περιέθαλψε κάποιους ανασφάλιστους αλλοδαπούς αλλά και Έλληνες, αλλά γιατί η επίπλαστη ευμάρεια μας μάς έκανε όλους να ξεχάσουμε ότι οι άνθρωποι είναι πάνω από όλα ίδιοι και ίσοι απέναντι στο ίδιο ζητούμενο, στη δυνατότητα να διεκδικούμε το αυτονόητο, τη ζωή μας και την αξιοπρέπεια μας.

Β' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ-4

Εμπειρική Έρευνα

4.1 Ανάλυση έρευνας

Ο κεντρικός στόχος της έρευνας είναι η διερεύνηση και η ερμηνεία των διαδικασιών πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες, οι οποίοι κατοικούν στην περιφέρεια. Το ζητούμενο της πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας έχει δύο οπτικές. Σύμφωνα με τον νόμο, το δικαίωμα της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας είναι καθολικό. Το στοιχείο που διαφοροποιεί άρδην τις διάφορες ομάδες εξυπηρετούμενων στις συγκεκριμένες υπηρεσίες είναι το κατά πόσο είναι αντικειμενικά προσβάσιμες για να τις χρησιμοποιούν. Επομένως, τα υποερωτήματα που προκύπτουν, πρώτον, είναι εάν το καθεστώς παραμονής τους τους επιτρέπει την ανεμπόδιστη πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών αυτών. Δεύτερον, στις περιπτώσεις που δικαιούνται πλήρη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, δημιουργείται το ερώτημα κατά πόσο τις αξιοποιούν ή εάν προκύπτουν κωλύματα στη χρήση αυτών, όπως είναι η καθυστέρηση των ραντεβού και οι μη αξιόπιστες υπηρεσίες που παρέχουν.

Για την επίτευξη του ερευνητικού ερωτήματος διερευνήθηκαν κατ' αρχήν οι σχέσεις αλλά και οι απόψεις των μεταναστών για τους υπαλλήλους και τις υπηρεσίες υγείας παράλληλα με τις στάσεις και τις απόψεις των υπαλλήλων στο Κέντρο Υγείας της περιοχής. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η στάση των υπαλλήλων του Κέντρου Υγείας προς τους μετανάστες καθώς επίσης και οι στερεοτυπικές εικόνες του «Άλλου», οι οποίες πλέον έχουν παγιωθεί κατά απόλυτο τρόπο στη στάση τους απέναντι στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Οι αντιλήψεις αυτές αφορούν ως επί το πλείστον τις ομάδες των μεταναστών αλβανικής και ινδικής καταγωγής, οι οποίοι αποτελούν τις πολυπληθέστερες ομάδες στην ευρύτερη περιοχή. Η δυνατότητα πρόσβασης του μεταναστευτικού πληθυσμού της περιοχής στο Κέντρο υγείας, ο οποίος είναι ο μοναδικός φορέας παροχής πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, αποτελεί σημαντικό στοιχείο ένδειξης της ένταξης τους στην τοπική κοινωνία. Η ισότιμη συμμετοχή των μεταναστών στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας υποδοχής δημιουργεί το υπόβαθρο της επιτυχούς κοινωνικής ένταξης τους. Αντίθετα, η

παρεμπόδιση τους από τη συμμετοχή στα οικονομικά και κοινωνικά δρώμενα, οδηγεί στην αρνητική στάση και αντίδραση των μεταναστών και έχει ως συνέπεια την περιθωριοποίησή τους, ως αποτέλεσμα της ανασφάλειας, της σύγχυσης, των ασαφειών, των φόβων και της αίσθησης κατωτερότητας (Θεοδωρίδης, 2008). Επομένως, η ισότιμη πρόσβαση στο κοινωνικό αγαθό της υγείας, μπορεί να δημιουργήσει τις βάσεις για την αρμονική συνύπαρξή τους στη χώρα υποδοχής. Η Ελλάδα βέβαια από την πλευρά της ενώ έχει υπογράψει τις διεθνείς συμβάσεις σχετικά με τα δικαιώματα του ανθρώπου, πολλές φορές παραβλέπει της ευθύνες της απέναντι σε όσους ζουν στην επικράτεια της (πρβ. 1^ο Κεφάλαιο).

Η περιοχή, η οποία επιλέχθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας, είναι ο Γαλατάς Τροιζηνίας, μια μικρή επαρχιακή πόλη της ανατολικής Πελοποννήσου, με 2.707 κατοίκους (ΕΛΣΤΑΤ,2001), πολύ κοντά στην Αττική, η οποία συγκεντρώνει έναν σημαντικό αριθμό αλλοδαπών εργαζομένων. Η επιλογή της περιοχής έρχεται σε πλήρη αντιδιαστολή με τα μεγάλα αστικά κέντρα, στα οποία συγκεντρώνεται και το μεγαλύτερο ποσοστό του μεταναστευτικού πληθυσμού. Βασικό σημείο διαφοροποίησης μεταξύ περιφέρειας και αστικών κέντρων είναι η διαμόρφωση των άτυπων δικτύων μεταξύ του πληθυσμού και οι σχέσεις, οι οποίες αναπτύσσονται και χαρακτηρίζονται σε μεγάλο βαθμό από οικειότητα. Στοιχείο, το οποίο βοηθά ιδιαίτερα, από ό,τι προέκυψε και από την έρευνα, στη διαδικασία προσαρμογής στη νέα χώρα υποδοχής.

4.2 Ο Σχεδιασμός έρευνας

Η έρευνα χωρίστηκε σε δυο μέρη, το πρώτο αφορούσε στους μετανάστες και στην πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας και το δεύτερο αφορούσε στο προσωπικό-ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό- που εργάζεται στο Κέντρο Υγείας. Το αρχικό ζήτημα που προέκυψε ήταν σε ποιές ομάδες θα διεξαχθεί η έρευνα. Η διαχωριστική γραμμή για την ομάδα των μεταναστών αφορούσε στην προέλευση τους από χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σε υπηκόους τρίτων χωρών. Οι πολίτες που προέρχονται από κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν αναγνωρισμένα και κατοχυρωμένα δικαιώματα από την ελληνική πολιτεία. Πολλοί μάλιστα μετανάστες, των οποίων η χώρα τους πρόσφατα εντάχθηκε στην Ευρωπαϊκή Ένωση, όπως η Ρουμανία, νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια στις συναλλαγές τους με τις ελληνικές αρχές, λόγω της ιδιότητας

τους ως Ευρωπαίοι πολίτες (Lazarescu, 2009). Το ερώτημα που προκύπτει είναι τι ισχύει για τους υπηκόους τρίτων χωρών και επομένως επιλέχθηκε η συγκεκριμένη ομάδα για τη διεξαγωγή της έρευνας. Επιπλέον, μεγάλος αριθμός ερευνών αφορούν στη διαδικασία κοινωνικής ένταξης των μεταναστών στα αστικά κέντρα χωρίς να υπάρχουν πολλές αναφορές για την περιφέρεια (Baldwin-Edwards, 2004; Δημουλάς κα, 2004; Pavlou et al, 2008), γεγονός το οποίο δικαιολογεί την επιλογή της περιφέρειας, ως μέρος διερεύνησης του ερωτήματος.

Το Κέντρο Υγείας αφορά σε μια περιφερειακή δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, εντασσόμενο στο Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά. Λειτουργεί σταθερά τα τελευταία 23 χρόνια εξυπηρετώντας την ευρύτερη περιοχή της επαρχίας Τροιζηνίας. Στην πλειοψηφία τους, το προσωπικό είναι μόνιμοι κάτοικοι της περιοχής, συνεπώς γνωρίζουν πολύ καλά τόσο τις ανάγκες της περιοχής όσο και τους κατοίκους της. Η επιλογή των υπαλλήλων, που θα συμμετείχαν στην έρευνα, έγινε βάσει της συχνότητας επαφής με τον μεταναστευτικό πληθυσμό.

4.3 Μεθοδολογία έρευνας

Η έρευνα ακολούθησε τις ποιοτικές μεθόδους ανάλυσης, με τη διεξαγωγή συνεντεύξεων σε βάθος σε 12 μετανάστες (7 γυναίκες, 4 άντρες και 1 πιλοτική, σε άντρα μετανάστη από την Ινδία) και 8 υπαλλήλους του Κέντρου Υγείας (4 από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, 3 από το διοικητικό προσωπικό και 1 πιλοτική σε γιατρό του Κέντρου Υγείας). Από τις συνεντεύξεις και με τις δυο ομάδες φαίνεται ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζουν οι μετανάστες το ζήτημα της υγείας τους και της πρόσβασής τους σε αυτές τις υπηρεσίες αλλά και η στάση του προσωπικού του Κέντρου Υγείας απέναντι στον μεταναστευτικό πληθυσμό της περιοχής. Η ερευνητική διαδικασία ήταν ένας συνδυασμός μεθόδων με κυριότερη τη δειγματοληψία χιονοστιβάδας, βάσει της οποίας έγιναν όλες οι συνεντεύξεις. Η επιλογή των συμμετεχόντων στην έρευνα έγινε με δειγματοληψία χωρίς πιθανότητες (non probability sampling) καθώς δεν ήταν γνωστός ο ακριβής αριθμός του μεταναστευτικού πληθυσμού που κατοικεί στην περιοχή εφόσον αρκετοί δεν έχουν τα νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής (Iosifides, 1997). Στην παρούσα έρευνα, μόνο δυο από τους συμμετέχοντες μένουν παράτυπα. Αρκετοί, οι οποίοι διαμένουν αντικανονικά στη χώρα, στους οποίους προτάθηκε να

συμμετάσχουν στην έρευνα, αρνήθηκαν λόγω φόβου. Ενδεχομένως φοβήθηκαν κάποια σύλληψη από τις αρμόδιες αρχές, παρ' όλο που τους διευκρινίστηκε το απόρρητο της διαδικασίας. Πέραν τούτου οι περισσότεροι ήταν πολύ πρόθυμοι να συμμετάσχουν. Οι κυριότερες ομάδες των μεταναστών που κατοικούν στην περιοχή προέρχονται από την Αλβανία, την Ινδία και τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης. Η ίδια μεθοδολογία ακολουθήθηκε και στις συνεντεύξεις στο προσωπικό του Κέντρου Υγείας.

Οι συνεντεύξεις τόσο με τους μετανάστες όσο και με το προσωπικό του Κέντρου Υγείας έγιναν βάσει ημιδομημένων ερωτηματολογίων, σε συναντήσεις που πραγματοποιήθηκαν μαζί τους, οι οποίες είχαν κυρίως πληροφοριακό χαρακτήρα. Οι συνεντεύξεις ήταν διάρκειας περίπου 45 λεπτών έως μιας ώρας, λόγω του συγκεκριμένου πληθυσμού, των σημείων που πραγματοποιούνταν- σε εξωτερικούς χώρους ή στο χώρο εργασίας τους- αλλά και λόγω του σύνθετου χαρακτήρα της έρευνας. Η δομή της συνέντευξης αφορούσε σε ανοικτές ερωτήσεις προκειμένου να ληφθούν πληροφορίες από τους μετανάστες σχετικά με τη ζωή τους στην Ελλάδα, τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και τη στάση του μεταναστευτικού πληθυσμού σε θέματα πρόληψης της υγείας. Οι ερωτήσεις που τέθηκαν στο προσωπικό του Κέντρου Υγείας αποσκοπούσαν στη λήψη πληροφοριών σχετικά με τη στάση των υπαλλήλων των υπηρεσιών αυτών προς τους μετανάστες και τη διερεύνηση των αιτημάτων των μεταναστών προς την υπηρεσία.

4.4 Διεξαγωγή έρευνας και οδηγοί συνέντευξης

Ο σχεδιασμός του οδηγού συνέντευξης των μεταναστών αποτελείται από τέσσερις ενότητες και κινήθηκε γύρω από τα ζητήματα της προσαρμογής τους στην τοπική κοινωνία και στην πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας. Η πρώτη ενότητα αφορά στα κοινωνικά τους χαρακτηριστικά, χώρα προέλευσης, ηλικία και εκπαιδευτικό επίπεδο. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στον χρόνο παραμονής τους στην Ελλάδα, ως θετικός παράγοντας της ενσωμάτωσης τους στην τοπική κοινωνία. Η δεύτερη ενότητα αφορά στην εργασία τους και στην κοινωνική τους ασφάλιση, εφόσον σύμφωνα με το νομοθέτη αποτελούν τις βασικότερες προϋποθέσεις νομιμοποίησης τους στη χώρα υποδοχής άρα και της απόδοσης βασικών κοινωνικών δικαιωμάτων, όπως είναι αυτό της υγείας. Η τρίτη ενότητα αφορά στην προσωπική εμπειρία τους με τις υπηρεσίες

υγείας και πρόνοιας και το ρόλο της γλώσσας σε αυτή τη διαδικασία. Τόσο οι υπηρεσίες υγείας όσο και η γνώση της γλώσσας της χώρας υποδοχής είναι βασικοί παράγοντες κοινωνικοποίησης, συμβάλλουν στην αποδοχή τους από την τοπική κοινωνία αλλά και στη συμμετοχή τους στη ζωή της χώρας, αναπτύσσουν κοινωνικά δίκτυα και με τους κατοίκους της περιοχής και τους θέτουν ως ισότιμα μέλη ανάμεσα τους. Παράλληλα, διερευνάται ο ρόλος που μπορεί να παίζει το γεγονός ότι ζουν σε μια μικρή επαρχιακή πόλη, αν τους διευκολύνει ή δυσκολεύει στη σχέση τους με τις υπηρεσίες. Η τέταρτη ενότητα αφορά στο ζήτημα της υγείας, στην πρόληψη και τη φροντίδα της υγείας τους. Το ζήτημα της υγείας είναι ένας καθοριστικός παράγοντας στην ένταξη τους σε συνάρτηση με το γεγονός ότι διευκολύνεται και η πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας, άρα είναι αποδεκτοί από την κοινότητα και δεν περιθωριοποιούνται. Η τελευταία αυτή ενότητα περιλαμβάνει και την περιγραφή του συστήματος υγείας της χώρας προέλευσης τους, άρα του κατά πόσο είναι εξοικειωμένοι ή όχι με το υπάρχον σύστημα. Τέλος, αναφέρονται σε προβλήματα υγείας που αντιμετώπισαν στην Ελλάδα και στη στάση των Ελλήνων γιατρών απέναντι τους.

Ο οδηγός συνέντευξης του προσωπικού του Κέντρου Υγείας αφορούσε κυρίως στη στάση τους απέναντι στον μεταναστευτικό πληθυσμό και στις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχουν και αποτελείται από τρεις ενότητες. Η πρώτη ενότητα αφορά στην εργασία τους, στην προϋπηρεσία και την ειδικότητα τους, ως μια αρχική περιγραφή των αρμοδιοτήτων και των εμπειριών τους στον τομέα άσκησης του επαγγέλματος τους. Η δεύτερη ενότητα αφορά στους μετανάστες που απευθύνονται στο Κέντρο Υγείας, στα αιτήματά τους και στο ρόλο που μπορεί να παίζει το γεγονός ότι ασκούν το επάγγελμα τους σε μια μικρή επαρχιακή πόλη, σε σχέση με τους ασθενείς τους. Σε αυτή την ενότητα παρουσιάζεται η ταυτότητα του μεταναστευτικού πληθυσμού, ο οποίος απευθύνεται στο Κέντρο Υγείας για υγειονομική φροντίδα, ποιοί είναι, τι προβλήματα υγείας αντιμετωπίζουν. Επίσης αναλύεται το κατά πόσο επηρεάζεται η εργασία τους από το γεγονός ότι απασχολούνται σε μια μικρή επαρχιακή πόλη, όπου οι σχέσεις είναι εκ των πραγμάτων πιο οικείες, καθώς οι περισσότεροι γνωρίζονται μεταξύ τους. Η τρίτη ενότητα αφορά στη στάση τους απέναντι στους μετανάστες, πώς αντιλαμβάνονται την παρουσία του «Άλλου» στην περιοχή τους και στο εργασιακό τους περιβάλλον αλλά και στις δυσκολίες που προκύπτουν κατά τη συνεργασία μαζί τους.

4.5 Οι μετανάστες

Η παρουσία των μεταναστών στην ευρύτερη περιοχή της επαρχίας Τροιζηνίας άρχισε ήδη από τη δεκαετία του 1980. Αρχικά, ήρθαν Ινδοί εργάτες, μέσω των διακρατικών συμφωνιών Ελλάδας- Ινδίας, προκειμένου να απασχοληθούν στον αγροτικό τομέα, ως εργάτες σε κτήματα και θερμοκήπια, τα οποία στηρίζουν σε μεγάλο βαθμό την οικονομία της περιοχής. Στην πλειοψηφία τους παραμένουν νόμιμα στη χώρα και είναι ασφαλισμένοι στο ταμείο του ΟΓΑ. Από τη δεκαετία του 1990 και έπειτα άλλαξε εξ ολοκλήρου η σύνθεση του μεταναστευτικού πληθυσμού. Έπειτα από την πτώση των σοσιαλιστικών καθεστώτων στην ανατολική Ευρώπη, συνέρρευσαν αρκετοί μετανάστες από τις χώρες της Αλβανίας, Βουλγαρίας και τις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ (Τριανταφυλλίδου, 2009). Αρχικά, πέρασαν χωρίς τα νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής ή με τουριστική βίζα τρίμηνης διάρκειας. Στη συνέχεια όμως, με τα νομιμοποιητικά προγράμματα που εφαρμόστηκαν, το μεγαλύτερο ποσοστό των νεοεισερχομένων νομιμοποίησε την παραμονή τους. Τα τελευταία δέκα χρόνια περίπου προστέθηκαν στον μεταναστευτικό χάρτη της περιοχής και μετανάστες από τις χώρες της ΝΑ Ασίας, όπως είναι το Πακιστάν και το Μπαγκλαντές, οι οποίοι απασχολούνται κυρίως στον τομέα της παραοικονομίας, ως πλανόδιοι πωλητές, και στον τομέα της γεωργίας, δουλεύοντας περιοδικά στα θερμοκήπια της περιοχής. Η άφιξη νέων μεταναστευτικών ρευμάτων συνεχίζεται έως σήμερα. Προέρχονται κυρίως από την Αλβανία, οι οποίοι στην πλειοψηφία τους παραμένουν στη χώρα αντικανονικά, καθώς από το 2005 και έπειτα δεν εφαρμόστηκε στην Ελλάδα κανένα άλλο πρόγραμμα νομιμοποίησης μεταναστών.

...Όχι, δεν ξέρω γιατί δεν είχα φόβο, μάλλον εδώ στο Γαλατά, Τροιζήνα και Πόρο είναι μικρή πόλη και η αστυνομία δεν κάνει τίποτα. Ήξερα όλη την αστυνομία και κάθε μέρα όταν με έβλεπαν χαιρέταγαν...

(Λένα, 45 ετών, από Ρωσία)

4.5.1 Τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των μεταναστών

Η ηλικία, το φύλο, η χώρα προέλευσης αλλά και το εκπαιδευτικό επίπεδο είναι στοιχεία, τα οποία χαρακτηρίζουν, όπως κάθε σύνολο έτσι και τη συγκεκριμένη

πληθυσμιακή ομάδα. Τα χαρακτηριστικά αυτά, σε συνάρτηση και με την οικονομική τους κατάσταση, μπορούν να δώσουν στοιχεία και για το βαθμό ένταξης τους στην ελληνική κοινωνία. Στην έρευνα συμμετείχαν 12 άτομα από χώρες της Αλβανίας, Ινδίας, Πακιστάν, Ρωσίας και Μολδαβίας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Όλοι τους ήταν άτομα ηλικίας από 20 έως 45 ετών. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, τα στοιχεία ποικίλουν. Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (2001), το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο παρουσιάζουν οι μετανάστες από την ανατολική Ευρώπη και τις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, ενώ το χαμηλότερο οι μετανάστες από την Αλβανία και τις χώρες της ΝΑ Ασίας. Οι μετανάστες που προέρχονται από την Αλβανία είτε ολοκλήρωσαν τη βασική τους εκπαίδευση είτε λόγω των κοινωνικό-πολιτικών καταστάσεων που επικρατούσαν τότε στη χώρα τους δεν μπόρεσαν να περάσουν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

4.5.2 Εργασία και κοινωνική ασφάλιση

Η νόμιμη παραμονή στη χώρα συνδέεται άμεσα με τη νόμιμη απασχόληση του μεταναστευτικού πληθυσμού. Το ζήτημα της εργασίας ήταν καίριο καθώς ήταν και ο καθοριστικός παράγοντας της μετανάστευσης τους. Η εύρεση εργασίας διευκολύνθηκε ιδιαίτερα από τα κοινωνικά δίκτυα των ομοεθνών τους που είχαν αναπτυχθεί στην περιοχή. Οι περισσότεροι βρήκαν εργασία μέσω του δικτύου των γνωστών τους στην περιοχή, οι οποίοι τους σύστησαν στους εργοδότες.

...στον Γαλατά ήρθαμε γιατί μας είπαν να έρθουμε εδώ για δουλειά....τα ξαδέλφια μου μού βρήκαν τη δουλειά...

(Ολυμπία, 21 ετών από Αλβανία)

...τη δουλειά τη βρήκα μέσω της θείας μου, αφού δεν ήξερα να μιλάω πως θα έβρισκα εδώ; Αν δεν έχεις κάποιον δικό σου να σε συστήσει σε άλλους...

(Λευτέρης, 25 ετών από Αλβανία)

Οι περισσότεροι που συμμετείχαν στην έρευνα είναι νόμιμα στη χώρα και είναι ασφαλισμένοι. Στην πλειοψηφία τους είναι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ καθώς

ασχολούνται με τις γεωργικές εργασίες αλλά και στο ΙΚΑ καθώς πολλοί απασχολούνται στον τομέα του τουρισμού και της εστίασης (σερβιτόροι, μάγειρες, καθαρίστριες). Εφόσον το ερώτημα είναι το κατά πόσο καλύπτονται οι ανάγκες του μεταναστευτικού πληθυσμού σε ιατροφαρμακευτική φροντίδα και ενώ αυτό το δικαίωμα είναι στενά συνυφασμένο με τη νόμιμη παραμονή άρα και την εργασία και την ασφάλιση, προκύπτει ότι σε ένα βαθμό, για τους μετανάστες, οι οποίοι παραμένουν νόμιμα στην περιοχή αυτό είναι εξασφαλισμένο. Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας παρέχουν τις απαραίτητες υπηρεσίες ή εν τέλει λόγω των ποικίλων προβλημάτων που αντιμετωπίζει το ΕΣΥ στην Ελλάδα, απευθύνονται στους ιδιώτες; Το ερώτημα αυτό θα απαντηθεί εκτενέστερα, σε επόμενη ενότητα βάσει και των αναφορών των ίδιων των μεταναστών.

Όσοι συμμετείχαν στην έρευνα έδειξαν να έχουν προσαρμοστεί σε μεγάλο βαθμό. Γνωρίζουν τη γλώσσα και μπορούν να επικοινωνούν, έχουν την οικογένεια τους και παράλληλα έχουν φτιάξει έναν κοινωνικό κύκλο. Πολλοί συναναστρέφονται και με Έλληνες ή έχουν παντρευτεί με Έλληνες που ζουν και εργάζονται στην περιοχή. Χαρακτήρισαν τη ζωή τους στο Γαλατά πολύ πιο εύκολη από ό,τι στην Αθήνα καθώς γνώριζαν τους κατοίκους και «από τη στιγμή που δε δημιουργούσαν προβλήματα στην περιοχή κανένας δεν τους ενόχλησε». Το γεγονός ότι ο Γαλατάς είναι μια μικρή επαρχιακή πόλη, στην οποία αναπτύσσονται σχέσεις οικειότητας, καθώς οι περισσότεροι γνωρίζονται μεταξύ τους, έχει ως αποτέλεσμα την ένταξη του νέου πληθυσμού στον κοινωνικό ιστό, αποφεύγοντας με αυτό τον τρόπο την περιθωριοποίηση και τον κοινωνικό αποκλεισμό από το σύνολο. Το γεγονός ότι τα παιδιά των μεταναστών συμμετέχουν στην εκπαιδευτική διαδικασία και φοιτούν στα σχολεία της περιοχής, κάνει τόσο τα ίδια όσο και την οικογένεια τους μετόχους στα δρώμενα της κοινότητας. Δημιουργούνται σχέσεις και ανάμεσα στους γονείς, Έλληνες και μετανάστες, οι οποίες συμβάλλουν στην ομαλή ενσωμάτωση τους. Επίσης, οι ενήλικες εργάζονται στις επιχειρήσεις της περιοχής γεγονός, το οποίο συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην αποδοχή και ένταξη τους στην τοπική κοινωνία. Επομένως, η γλώσσα αποτελεί ένα βασικό άξονα ένταξης στη κοινωνία της χώρας υποδοχής και βασικό εργαλείο κοινωνικοποίησης των μεταναστευτικών πληθυσμών.

4.5.3 Μετανάστες και κοινωνικές υπηρεσίες

Η σχέση των μεταναστών με τις κοινωνικές υπηρεσίες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη διαδικασία προσαρμογής και ένταξης τους στην κοινωνία της χώρας υποδοχής. Η κοινωνική τους ασφάλιση περιλαμβάνεται στις κοινωνικές υπηρεσίες της χώρας. Στο σύνολο τους τα άτομα, τα οποία συμμετείχαν στην έρευνα, είναι ασφαλισμένα στο ΙΚΑ ή τον ΟΓΑ ανάλογα με τον τομέα απασχόλησης τους. Η νόμιμη παραμονή τους στη χώρα συνδέεται άμεσα και από το νομοθέτη με τη νόμιμη απασχόληση, η οποία αποδεικνύεται από τα ένσημα τους. Από τη στιγμή που, οι περισσότεροι έστω, θεωρούν την Ελλάδα ως «δεύτερη πατρίδα» τους και έχουν δημιουργήσει συνεκτικούς δεσμούς με τη χώρα, επιδιώκουν και την ασφάλιση τους, προκειμένου να εξασφαλίσουν τη νόμιμη παραμονή τους στη χώρα. Η πρόσβαση τους στις υπηρεσίες κοινωνικού χαρακτήρα, όπως είναι οι υπηρεσίες υγείας- το Κέντρο Υγείας-δε συναντούσε κανένα κώλυμα καθώς μέχρι τον Οκτώβριο του 2010. Έως τότε, όλες οι εξετάσεις γίνονταν δωρεάν για όλους, ασφαλισμένους και μη, γεγονός που διευκόλυνε ιδιαίτερα την πρόσβαση τους. Μέχρι τη στιγμή που έγινε η έρευνα, δεν είχε παρατηρηθεί από το προσωπικό του Κέντρου Υγείας κάποια μείωση της επισκεψιμότητας του από τον μεταναστευτικό πληθυσμό της περιοχής, λόγω της μικρής έστω οικονομικής επιβάρυνσης που απαιτήθηκε, έπειτα από την εντολή του Υπουργείου.

Στις υπηρεσίες που έχουν απευθυνθεί, από ό,τι ανέφεραν, έχουν εξυπηρετηθεί άμεσα, χωρίς να έχει δημιουργηθεί κανένα πρόβλημα ακόμα και στις περιπτώσεις που δεν μιλούσαν καλά ελληνικά:

...Δε θα έλεγα ότι ήταν διαφορετικοί επειδή είμαστε ξένοι, το σύστημα πάντα το ακολουθούν, δεν αισθάνθηκα ποτέ ξένη... είχα πάει στο Κέντρο Υγείας για κάποια γυναικολογικά προβλήματα αλλά δεν ήξερα ελληνικά αλλά της εξήγησα με νοήματα, όπως μπορούσα, τα συμπτώματα. Η γιατρός με άκουσε με υπομονή, μου εξήγησε τι έχω, πως θα πάρω την αγωγή, ασχολήθηκε μαζί μου. Είμαι 10 χρόνια εδώ δε μου έχει τύχει να με απορρίψουν επειδή είμαι ξένη...

(Κατερίνα, 30 ετών από Μολδαβία)

Ακόμα και στις περιπτώσεις που δεν μιλάνε καλά ελληνικά συνοδεύονται από κάποιον διερμηνέα, συνήθως κάποιο φιλικό τους πρόσωπο, Έλληνα ή ομοεθνή, για να τους βοηθήσει στη συνεννόηση με τους γιατρούς

...μόλις ήρθα στον Γαλατά βρήκα μια κοπέλα στο δίπλα σπίτι, Ελληνίδα και έτσι γνωριστήκαμε, κάναμε παρέα με βοήθησε πάρα πολύ, όταν χρειαζότανε να πάω στην αστυνομία, στο νοσοκομείο ήταν μαζί μου ήταν σαν αδελφή μου πολύ καλή...

(Λένα, 45 ετών από Ρωσία)

...έχω πάει στο γιατρό και μόνη μου και με τον άντρα μου, μιλάω λίγο τα ελληνικά αλλά ο γιατρός με βοήθησε...

(Ράτζι, 32 ετών από Ινδία)

4.5.4 Πρόληψη και φροντίδα υγείας

Οι περισσότεροι μετανάστες που προέρχονται από χώρες της ανατολικής Ευρώπης και την Αλβανία διακρίνουν κάποιες ομοιότητες ανάμεσα στα συστήματα υγείας των δυο χωρών, γεγονός, από ό,τι είπαν, που τους βοήθησε να κατανοήσουν το σύστημα στην Ελλάδα:

...Το ίδιο πράγμα είναι, υπάρχουν νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας με ασφαλιστικά ταμεία, έχουν γίνει πιο απλά τα πράγματα σε πιο ευρωπαϊκό επίπεδο. Παλιά λέγαμε ότι τα νοσοκομεία στην Ελλάδα ήταν πολύ καλύτερα αλλά τώρα και στην Αλβανία βελτιώνονται...

(Φώτης, 28 ετών από Αλβανία)

...Δε νομίζω να διαφέρει και πολύ από την Ελλάδα για όλα πληρώνουμε εκεί, όποιος έχει ασφάλιση είναι τυχερός όποιος δεν έχει πληρώνει πολλά. Καλά είναι εδώ, είναι δύσκολα τα πράγματα εκεί...

(Ελενα, 39 ετών από Ρωσία)

Το σύστημα υγείας στη ΝΑ Ασία δε διαφέρει σε μεγάλο βαθμό, καθώς οι δομές, σύμφωνα με τις περιγραφές των συμμετεχόντων, είναι οι ίδιες:

...Στο Πακιστάν έχει ΚΥ δωρεάν και ιδιωτικό ή οικογενειακό γιατρό. Εμείς δεν έχουμε δικό μας γιατρό εδώ πάμε στο ΚΥ...

(Αχμετ, 32 ετών από Πακιστάν)

Το ζήτημα των προληπτικών εξετάσεων είναι κάτι το οποίο στις περισσότερες περιπτώσεις παραβλέπεται σαν κάτι δευτερεύον καθώς ο χρόνος και οι οικονομικές δυσκολίες δεν επιτρέπουν πάντα να γίνονται με συνέπεια

...Για να πω την αλήθεια δεν τις έχω κάνει (τις προληπτικές γυναικολογικές εξετάσεις) κάποια στιγμή θα πάω, δεν με εμποδίζει κανένας αλλά το ξεχνάω. Είναι η οικονομική κρίση έχω χωρίσει και είναι δύσκολα, είμαι μόνη μου με το παιδί, είναι όμως κάτι που πρέπει να γίνει...

(Ρίνα, 43 ετών από Αλβανία)

...Όχι δεν έχω πάει στον γυναικολόγο, δεν είχα τίποτα, έκανα μια φορά τεστ ΠΑΠ στην Αθήνα...

(Ράντζι, 30 ετών από Ινδία)

Υπάρχουν περιπτώσεις που προσέχουν ιδιαίτερος την υγεία τους σε αντίθεση με τα όσα ανέφερε το προσωπικό του Κέντρου Υγείας, ότι σε μεγάλο ποσοστό δηλαδή οι μετανάστες, αμελούν τόσο την υγεία όσο και την υγιεινή τους. Από την έρευνα προκύπτει ότι η μέριμνα για την υγεία είναι ένα καθαρά προσωπικό χαρακτηριστικό που διαμορφώνεται κατά βάση από τις προσωπικές εμπειρίες και τον τρόπο με τον οποίο έχουν γαλουχηθεί από την οικογένεια τους.

...εγώ λίγο να πονάω θα πάω στο γιατρό...έτσι έκανε και η μαμά μου...

(Κατερίνα, 30 ετών από Μολδαβία)

Σύμφωνα επίσης με το προσωπικό του Κέντρου Υγείας τα άτομα που προέρχονται από χώρες της ΝΑ Ασίας είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα σε θέματα που άπτονται της υγείας τους, για αυτό το λόγο απευθύνονται στο γιατρό ακόμα και για μη ανησυχητικά συμπτώματα, όπως είναι ο πονοκέφαλος. Ενώ, όπως αναφέρουν και οι ίδιοι, κάνουν συχνά εξετάσεις, τόσο στην Ελλάδα όσο και την χώρα καταγωγής τους, όταν την επισκέπτονται. Η περίπτωση του Αχμέτ επιβεβαιώνει τα παραπάνω με μεγάλη σαφήνεια.

...Εγώ κάθε χρόνο πρέπει να κάνω εξετάσεις γιατί πάω στο Πακιστάν εκεί έχω οικογενειακό γιατρό. Εδώ πάω στην αιμοδοσία, μου αρέσει..... Κάνω εξετάσεις και για να ανανεώσω τα χαρτιά παραμονής....

Στις περιπτώσεις όπου έχουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας απευθύνονται κυρίως σε ιδιώτες, θεωρώντας ότι εξυπηρετούνται αμεσότερα αλλά και ότι τους συμφέρει οικονομικά, περισσότερο από το να απευθυνθούν σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο. Συνεπώς, η δημόσια δωρεάν υγεία δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού. Από ό,τι προκύπτει δε συμφέρει καθόλου τους εξυπηρετούμενους να απευθυνθούν στο ΕΣΥ για τις προληπτικές εξετάσεις ή για κάποιο άλλο ζήτημα υγείας λόγω της δυσκολίας ορισμού ενός ραντεβού σε σύντομο χρονικό διάστημα ή λόγω της πιθανότητας ακύρωσης του ραντεβού. Ακόμα και το ενδεχόμενο να χρειαστεί να πάνε σε κάποιο κεντρικό νοσοκομείο της Αττικής για να κλείσουν το ραντεβού και να ξαναέρθουν την ημέρα που τους έχουν ορίσει, καταλήγει να είναι πολύ ακριβότερο από το να απευθυνθούν εξ αρχής σε κάποιον ιδιώτη γιατρό.

...Να κλείσεις ραντεβού (σε δημόσιο νοσοκομείο) να ανεβοκατέβεις, τα ίδια λεφτά...χάνουμε μεροκάματα και λεφτά, οπότε πας στον ιδιώτη να τελειώσεις...

(Ρίνα, 43 ετών από Αλβανία)

...αν πρέπει να γίνουν (οι εξετάσεις) θα γίνουν, επειδή εργάζομαι δεν μπορώ να πηγαίνω στο γιατρό 2-3 φορές για να κλείσω ραντεβού οπότε πληρώνω κατευθείαν τον ιδιώτη και τελειώνω...

(Κατερίνα, 30 ετών από Μολδαβία)

Όσον αφορά στις παιδιατρικές εξετάσεις είναι πολύ συνεπείς ακόμα και αν είναι ανασφάλιστοι ή εργάζονται και δεν έχουν χρόνο. Θα κάνουν ό,τι μπορούν για να είναι ακριβείς στο ραντεβού τους και στις υποχρεώσεις τους. Προκύπτει επομένως ότι για την υγειονομική φροντίδα των παιδιών τους είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί και συνεπείς.

...Τα παιδιά έχουν κάνει όλα τους τα εμβόλια όχι γιατί είμαι εγώ αλλά δε θέλω να τα αφήσω, θα αφήσω τη δουλειά για να κάνω στα παιδιά το εμβόλιο τους τη μέρα που έχει γράψει ο γιατρός θα πάω στο γιατρό να της κάνω το εμβόλιο, θα αφήσω τη δουλειά μου και θα πάω...

(Μιρέλα 30 ετών από Αλβανία)

...για το γιατρό του παιδιού πληρώνουμε, έχει κάνει τα εμβόλια του όλα, πάμε στην παιδίατρο εδώ....

(Ολυμπία, 21 ετών από Αλβανία)

Σύμφωνα με τα όσα είπαν, δε χρειάστηκε ποτέ να πάνε στο νοσοκομείο για κάτι σοβαρό, πέρα από τους τοκετούς. Δεν είχαν εργατικά ατυχήματα αλλά ακόμα και όσοι πήγαν ως συνοδοί ασθενών εξυπηρετήθηκαν άμεσα στα νοσοκομεία χωρίς να δημιουργηθεί κανένα πρόβλημα ακόμα και στις περιπτώσεις που ήταν ανασφάλιστοι. Η στάση του ιατρικού προσωπικού, εν γένει, απέναντι στο ζήτημα των ανασφάλιστων μεταναστών φαίνεται να επηρεάζεται άμεσα από την προτεραιότητα στην υγεία του ασθενούς και δευτερευόντως από τη γραφειοκρατική ισορροπία. Η ανάγκη για περίθαλψη προβάλλεται ως σημαντικότερη από ό,τι η τυπική ασφαλιστική κάλυψη.

...Εγώ βοηθάω τα παιδιά, αν γίνει τρακάρισμα τα κουβαλάω και πάμε Άργος, Ναύπλιο, γιατί τα ταξί είναι ακριβά. Και εκεί μιλάω

ωραία λόγια και βοηθάνε, δε ζητάνε χαρτιά, είναι καλοί δεν υπάρχει πρόβλημα (αν είναι ανασφάλιστος) Βοηθάνε, πολλές φορές παιδιά που δεν έχουν τίποτα, ούτε χαρτιά, τους το λέω ανοιχτά και βοηθάνε...και τους βλέπουν δωρεάν...

(Τόνου, 45 ετών από Ινδία)

Από την άλλη μεριά προκύπτει το ερώτημα για το ποιά είναι η θέση των μεταναστών απέναντι σε μια τέτοια αντιμετώπιση και από ό,τι προκύπτει από τα λεγόμενα τους οι περισσότεροι θεωρούν υποχρέωση τους να καλύψουν οι ίδιοι, τα έξοδα τους, στην περίπτωση που δεν έχουν βιβλιάριο.

Αναφέρουν χαρακτηριστικά:

...αν δεν υπάρχει βιβλιάριο υγείας θα πρέπει να πληρώσεις δεν είναι κακό μας εξυπηρετούν και πρέπει να πληρώσουμε. Εγώ δεν είμαι της γνώμης να μην πληρώσω...

(Φώτης, 28 ετών, από Αλβανία)

Σε πολλές περιπτώσεις το οικονομικό ζήτημα είναι αυτό το οποίο καθορίζει τη σχέση του ατόμου με την υγεία του. Από εκεί και έπειτα, τα προσωπικά χαρακτηριστικά είναι αυτά τα οποία δημιουργούν ένα πλέγμα συμπεριφορών, το οποίο εν τέλει καθορίζει και την τελική σχέση που επιτυγχάνεται ανάμεσα στο άτομο και στην πρόληψη και φροντίδα της υγείας του.

4.6 Εργαζόμενοι στο Κέντρο Υγείας

Η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι ο κεντρικός άξονας της κοινωνικής πολιτικής και πρόνοιας για τους πολίτες της χώρας. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας βρίσκεται στην πρώτη γραμμή της συγκεκριμένης υπηρεσίας. Καθημερινά έρχεται σε επαφή με ανθρώπους, οι οποίοι χρήζουν της βοήθειας τους και πολύ συχνά αντιμετωπίζουν και ποικίλα άλλα κοινωνικά προβλήματα, όπως οικονομικές δυσκολίες, ανασφάλιστη εργασία και έλλειψη κοινωνικής ασφάλισης. Το προσωπικό, πολλές φορές, βρίσκεται

στο στόχαστρο των εξυπηρετούμενων καθώς τους θεωρούν υπεύθυνους για τις διακρίσεις που υφίστανται (Lipsky, 2010).

Η συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους και η οικονομική κρίση δημιουργούν συνήθως στάσεις και συμπεριφορές που επηρεάζουν τη λειτουργία των κοινωνικών υπηρεσιών. Η ανασφάλεια που αισθάνεται ο ίδιος ο εργαζόμενος για τη σταθερότητα της εργασίας του, το κύρος και τη δύναμη του στην κοινωνία, δημιουργούν νέες αξίες στην εργασία και την κοινωνική προστασία των πολιτών (Ψημμένος, 2003). Αυτή η κατάσταση έχει άμεσο αντίκτυπο και στον μεταναστευτικό πληθυσμό της χώρας, καθώς αποτελεί ένα είδος κοινωνικού βαρόμετρου απέναντι στην ανοχή της κοινωνίας στη στέρηση των κοινωνικών δικαιωμάτων. Επομένως, βρίσκεται αντιμέτωπος με άτυπες πρακτικές και πολιτισμικές αξίες, όταν έρχεται σε επαφή με αυτές τις υπηρεσίες, που επηρεάζουν άμεσα τη διαδικασία ένταξης τους, καθώς η προσφορά υπηρεσιών υγείας καθορίζει σε μεγάλο βαθμό και τη λειτουργία του μηχανισμού ένταξης των μεταναστών, που εφαρμόζεται από μια χώρα (Ψημμένος, 2003: 197).

Οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας λόγω της θέσης τους και της άμεσης επαφής που έχουν με τους ασθενείς, και τους μετανάστες ειδικότερα, συντελούν στη διαμόρφωση των συνθηκών ένταξης της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας (Ψημμένος & Σκαμνάκης, 2008). Οι απόψεις τους αναλύονται, ούτως ώστε να διερευνηθούν τόσο η στάση τους απέναντι στους μετανάστες ασθενείς που απευθύνονται σε αυτούς όσο και τα χαρακτηριστικά αυτής της σχέσης.

4.6.1 Γενικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα από το προσωπικό του Κέντρου Υγείας ήταν 8 άτομα, γιατροί, νοσηλευτές, ειδικό ιατρικό προσωπικό και διοικητικό προσωπικό. Οι περισσότεροι είχαν εργαστεί σε κεντρικά νοσοκομεία της Αθήνας. Στην πλειοψηφία τους οι περισσότερες ειδικότητες της υπηρεσίας, στελεχώνονται από ιατρικό προσωπικό του Τζάνειου νοσοκομείου, οι οποίοι έρχονται τουλάχιστον δυο φορές το μήνα. Το μόνιμο προσωπικό του αφορά σε γενικές ειδικότητες παθολόγων, γενικών ιατρών και ορισμένοι εξ αυτών κάνουν το αγροτικό τους. Το προσωπικό που απασχολείται στο Κέντρο Υγείας κατοικεί μόνιμα στην περιοχή, γεγονός το οποίο,

όπως είπαν, επηρεάζει τη σχέση τους με τους ασθενείς καθώς γνωρίζονται με τους περισσότερους.

4.6.2 Μετανάστες στο Κέντρο Υγείας

Ο μεταναστευτικός πληθυσμός που κατοικεί στην περιοχή έρχεται στο Κέντρο Υγείας για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα υγείας του. Οι μεγαλύτερες μεταναστευτικές ομάδες που κατοικούν στην περιοχή κατάγονται από την Αλβανία και την Ινδία. Από ό,τι είπαν, οι Ινδοί είναι αυτοί που έρχονται με μεγαλύτερη συχνότητα στο Κέντρο Υγείας ακόμα και για απλές γρατζουνιές ή πονοκεφάλους. Το ίδιο ισχύει και για όσους κατάγονται από τις υπόλοιπες χώρες της ΝΑ Ασίας.

Αναφορικά με το ζήτημα της υγειονομικής προστασίας του μεταναστευτικού πληθυσμού το προσωπικό του Κέντρου Υγείας κάνει ένα διαχωρισμό ανάμεσα στις κοινότητες των Ινδών και των Αλβανών, οι οποίες είναι οι μεγαλύτερες στην περιοχή. Όσον αφορά στην κοινότητα των Ινδών εστιάζεται κυρίως στον τρόπο συμπεριφοράς τους, τον οποίο χαρακτηρίζουν ως ιδιαίτερα ευγενικό, όπως επίσης και στο γεγονός ότι μεριμνούν πολύ για την υγεία τους, κυρίως λόγω του φόβου του θανάτου, όπως πολύ χαρακτηριστικά αναφέρθηκε, αλλά και στην ανησυχία για τη σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας τους.

...Οι Ινδές, όπως και οι Ινδοί, επειδή φοβούνται το θάνατο, με το παραμικρό έρχονται στο γιατρό. Δε μιλάνε ελληνικά, δεν κυκλοφορούν, δεν τα μαθαίνουν...οι Ινδές από φόβο πηγαίνουν με το παραμικρό στο γιατρό ό,τι και αν είναι αυτό. Θέλουν διερμηνέα έρχονται με τον άντρα τους και αυτός θα μιλήσει, ξέρει ακόμα και την τελευταία περίοδο της γυναίκας και θα πει τότε ήταν και αυτές μουγκές με σκυμμένο το κεφάλι ...τον κοιτάνε μέσα στα μάτια και ό,τι πει αυτός αλλά χωρίς φόβο... (μαία)

Επομένως, προκύπτει από τα παραπάνω, τόσο η ομαλή συνύπαρξη της ινδικής κοινότητας με την τοπική κοινωνία όσο όμως και η κοινωνική απομόνωση τους, κυρίως των γυναικών, οι οποίες είναι πλήρως εξαρτημένες από τους συζύγους τους.

Η αλβανική κοινότητα από την άλλη προσπαθεί να ενταχθεί και αυτή στην τοπική κοινωνία, ενώ είναι ήδη 20 χρόνια στην περιοχή. Από το προσωπικό χαρακτηρίζεται αρνητικά κυρίως λόγω της συμπεριφοράς τους.

...Τα πρώτα χρόνια που είχαν έρθει οι μετανάστες ήταν διαφορετικά τα πράγματα, ειδικά οι Αλβανοί, που θεωρώ ότι είναι ένας λαός χωρίς παιδεία, ήταν κάπως εριστικοί προκλητικοί, σιγά σιγά, τώρα που έκαναν παιδιά και πάνε μαζί με τα δικά μας σχολεία είναι διαφορετικοί... Παλιά, όταν πρωτοήρθαν ήταν πολύ αγενείς, πρωτόγονη η κατάσταση τους, μπαίνανε μέσα, κατ' αρχήν ακόμα και τώρα σου μιλάνε στον ενικό, αλλά έχουν λίγο πιο ήπιο τρόπο τότε μπαίνανε μέσα, λέγανε ό,τι ακούγανε «εγώ σε πληρώνω να μου κάνεις αυτό να μου κάνεις εκείνο». Είχαμε κάποιες προστριβές, εντάξει είχαμε τσακωθεί με διάφορους αλλά τώρα τελευταία είναι καλοί ευγενικοί συνεργάσιμοι όσοι μένουν μόνιμα εδώ προσέχουν τον εαυτό τους, είναι καθαροί περιποιημένοι....

(νοσηλεύτρια)

...οι Αλβανίδες κάνουν γκέτα, οι παρέες τους είναι μεταξύ τους. Με εξαίρεση της Αλβανίδες που μένουν χρόνια εδώ που κάνουν τις κουμπαριές, προσπαθούν να ενσωματωθούν και κάνουν φιλίες Βλέπω όμως, ότι φοβούνται τους άντρες τους, έρχονται μαζί εδώ, μεταφράζει ο άντρας τους και αυτές κοιτούν κάτω, το βλέπεις όμως ότι τον φοβούνται...έχουν έρθει και περιπτώσεις σε κατάσταση κήσης που τις έχουν χτυπήσει πολύ.

(μαία)

Συνεπώς, ο χρόνος παραμονής παίζει πολύ μεγάλο ρόλο στη διαδικασία ενσωμάτωσης του μεταναστευτικού πληθυσμού στη χώρα υποδοχής. Φαίνεται όμως ότι τα πρώτα χρόνια παραμονής τους στην Ελλάδα, οι γυναίκες κυρίως, είναι πολύ απομονωμένες γιατί φοβούνται ή επειδή δεν ξέρουν τη γλώσσα, ενώ οι άντρες είναι αυτοί που έχουν πιο άμεση επαφή με την τοπική κοινωνία εφόσον εργάζονται. Από τις

περιγραφές του προσωπικού φαίνεται ότι υπάρχει ένας σαφής διαχωρισμός ανάμεσα στις μεταναστευτικές κοινότητες της περιοχής. Τη στάση του προσωπικού επηρεάζει κυρίως η συμπεριφορά του ίδιου του ασθενούς. Συνεπώς η αλληλεπίδραση μεταξύ τους καθορίζει και τον τρόπο με τον οποίο θα τον αντιμετωπίσουν.

Οι περισσότεροι είναι ασφαλισμένοι, γεγονός που διευκολύνει ιδιαίτερα τη διαδικασία ένταξης τους, την οποία τη συνδέουν και με τη χρονική διάρκεια της παραμονής τους στη χώρα. Ιδίως όσοι ήρθαν στην Ελλάδα μέσω των διακρατικών συμφωνιών, όπως είναι οι Ινδοί, οι οποίοι, οι περισσότεροι έστω, παραμένουν νόμιμα στη χώρα. Επιπροσθέτως, οι μετανάστες, οι οποίοι μένουν περισσότερο από 20 χρόνια στην Ελλάδα, πρόλαβαν τα μέτρα νομιμοποίησης που προώθησε η Πολιτεία το 2001 και 2005, με αποτέλεσμα στην πλειοψηφία τους να είναι νόμιμοι. Η νόμιμη παραμονή τους στην Ελλάδα συνεπάγεται και την ασφαλιστική τους κάλυψη, γεγονός που ενισχύει την ένταξη τους στη χώρα υποδοχής καθώς με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζεται για τους ίδιους και τις οικογένειες τους το αγαθό της υγείας.

Εξηγεί η νοσηλεύτρια, η οποία εργάζεται 16 χρόνια στο Κέντρο Υγείας:

...Σχεδόν το 90% έχουν ασφαλιστεί είτε έχουν ΟΓΑ είτε ΙΚΑ στην αρχή ήταν ανασφάλιστοι όλοι. Οι Ινδοί που δουλεύουν στα κτήματα είναι όλοι ασφαλισμένοι...

Αναφέρει η μαία ότι:

...(από τις)100 γυναίκες οι 90 είναι ασφαλισμένες...Οι περισσότερες έχουν ΙΚΑ...οι Ινδές είναι ασφαλισμένες στον ΟΓΑ, γιατί οι σύζυγοι τους εργάζονται στα θερμοκήπια και πρέπει να είναι όλα τακτοποιημένα για να έρθουν...

...Οι περισσότεροι έχουν ΟΓΑ, οι Αλβανοί όμως μπορεί να έχουν και ΙΚΑ αλλά φυσικά μπορεί να είναι και ανασφάλιστοι..

(γενική ιατρός)

Υπάρχουν φυσικά και περιπτώσεις αλλοδαπών, οι οποίοι δεν είναι ασφαλισμένοι σε κάποιο ταμείο. Υπάρχουν περιπτώσεις Ινδών για παράδειγμα, οι οποίοι απολύθηκαν

από τις εργασίες τους ή έληξε η σύμβαση τους και αντί να επιστρέψουν στη χώρα τους παρέμειναν στην Ελλάδα αντικανονικά. Επιπλέον, συνεχίζουν να έρχονται στην περιοχή ομάδες μεταναστών από την Αλβανία ή τις χώρες της ΝΑ Ασίας, οι οποίοι δεν έχουν εξασφαλίσει τα νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής. Ιδίως για τις περιπτώσεις των Αλβανών, οι ίδιοι οι μετανάστες αλβανικής καταγωγής συμπεραίνουν ότι από τη στιγμή όπου η Αλβανία έκανε το άνοιγμα στην Ευρωπαϊκή Ένωση και επιτρέπεται στους πολίτες της να εισέρχονται σε άλλα κράτη μέλη μόνο με το διαβατήριό τους, παρατηρήθηκε μια αύξηση του αριθμού τους και στην περιοχή. Το γεγονός ότι στερούνται νομιμοποιητικών εγγράφων παραμονής άρα και ασφαλιστικής κάλυψης δυσχεραίνει εν μέρει και το έργο του ιατρικού προσωπικού του Κέντρου Υγείας, καθώς δυσκολεύονται πάρα πολύ να συνταγογραφίσουν φάρμακα, απαραίτητα για τη βελτίωση της υγείας τους, ελλείψει βιβλιαρίου υγείας.

...αυτό είναι ένα θέμα, είναι μεγάλο το ποσοστό που δεν έχει (ασφάλιση), σε αυτές τις περιπτώσεις ερχόμαστε και σε δύσκολη θέση (οι γιατροί). Υπάρχει η καθαρά ανθρωπιστική πλευρά και υπάρχει και η πλευρά του νόμου που λέει ότι δεν πρέπει να συνταγογραφείς ένα φάρμακο στο βιβλιάριο κάποιου άλλου. Είναι πολλοί που είναι ανασφάλιστοι. Τηρούμε τον όρκο του Ιπποκράτη και τους εξετάζουμε και φαρμακευτική αγωγή τους δίνουμε...

(αγροτικός ιατρός)

Στην πλειονότητα τους το ιατρικό προσωπικό των ιατρικών και νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας κινούνται στο ίδιο πνεύμα. Δίνουν έμφαση στην ιδιότητα τους ως γιατροί, εστιάζοντας κυρίως στο καθήκον τους απέναντι στους ασθενείς και στον ιατρικό όρκο που έχουν δώσει. Το γραφειοκρατικό κομμάτι, που είναι εκτός του αντικειμένου τους, όπως είναι το ασφαλιστικό βιβλιάριο του ασθενούς, είναι κάτι που, από ό,τι ανέφεραν, δεν τους αφορά.

...Εμένα δεν με ενδιαφέρει αν θα είναι ασφαλισμένος ή ανασφάλιστος, εγώ θα του γράψω σε ένα χαρτί τα φάρμακα που πρέπει να πάρει, στην περίπτωση που δεν έχει βιβλιάριο. Η μεγάλη μερίδα δεν

είναι ασφαλισμένοι, έρχονται με το βιβλιάριο κάποιου φίλους τους για να γράψουν φάρμακα, εγώ δεν μπορώ να ξέρω αν είναι δικό του το βιβλιάριο ή όχι, γιατί δεν έχει φωτογραφία και δεν ξέρω αν είναι δικό του το όνομα. Σου λέει ότι είναι αυτός. Θα τον εξετάσεις, γιατί δεν είναι δουλειά μου να κάνω την αστυνομία, τώρα αν το κράτος χάνει χρήματα από αυτό είναι άλλο ζήτημα....

(γενική ιατρός).

...Εγώ δε θα ζητήσω χαρτιά, δεν είναι η αρμοδιότητα μου να ζητάω χαρτιά, το βλέπω σαν περιστατικό που θέλει φροντίδα, ανεξάρτητα από το ποιος είναι

(μαία)

Πέρα από το πρόβλημα της ασφαλιστικής κάλυψης των μεταναστών που απευθύνονται στο Κέντρο Υγείας, είναι και το ζήτημα της επικοινωνίας. Πολλοί από τους μετανάστες που μένουν στην περιοχή δεν μιλάνε πολύ καλά τα ελληνικά, γεγονός που δυσχεραίνει πάρα πολύ την επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Στην πλειοψηφία τους μιλούν ελληνικά όσοι, κατά κύριο λόγο, συναναστρέφονται στη δουλειά τους με Έλληνες. Όσοι πάλι εργάζονται μέσα στα θερμοκήπια, όπου είναι η κύρια απασχόληση των μεταναστών στην περιοχή, και δεν έρχονται σε μεγάλη επαφή με άλλους δεν μιλάνε, γιατί, όπως ανέφερε και μια διοικητική υπάλληλος του Κέντρου Υγείας, δε τους χρειάζεται. Αυτό βέβαια έχει ως αποτέλεσμα τη δυσχέρεια στην επικοινωνία τους με άλλους, όπως είναι οι γιατροί ή άλλοι μετανάστες και Έλληνες.

...Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το προσωπικό στη συνεργασία τους με τον μεταναστευτικό πληθυσμό είναι η άγνοια της γλώσσας, γεγονός που δυσκολεύει την επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς....

(διοικητική υπάλληλος)

Σε αυτές τις περιπτώσεις, πολλοί από τους μετανάστες συνοδεύονται από φίλους και ομοεθνείς τους που μιλάνε καλά τα ελληνικά προκειμένου να εξυπηρετηθούν όσο το δυνατό πιο εύκολα.

... στην αρχή έρχονταν με κάποιον που ήξερε τη γλώσσα 2-2, 3-3, αν δεν έχουν κάποιον δεν έρχονται

(νοσηλεύτρια)

...Παλιά είχαμε πολύ μεγάλη δυσκολία στο επίπεδο συνεννόησης με τους Ινδούς. Έχουμε δει ότι με την πάροδο των χρόνων, πολλοί είναι δεκαετίες εδώ, έχουν μάθει τη γλώσσα, δύσκολα τη μαθαίνουν αλλά πάντα έχουν έναν «ατζέντη» μαζί τους και υπάρχει ένας μεταφραστής. Οι ευρωπαϊκής καταγωγής μαθαίνουν εύκολα τα ελληνικά....

(διευθυντής)

Υπάρχει βέβαια και μερίδα του μεταναστευτικού πληθυσμού, κυρίως όσοι κατάγονται από την Αλβανία και την υπόλοιπη Ευρώπη, οι οποίοι μιλάνε πολύ καλά τα ελληνικά. Σύμφωνα με το ιατρικό προσωπικό τα χρόνια παραμονής αλλά και η διαδικασία αφομοίωσης των στοιχείων της κοινωνίας υποδοχής έχει παίξει πολύ σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση αυτής της στάσης.

...Οι Αλβανοί μιλούν καλύτερα τα ελληνικά από τους άλλους μαθαίνουν πιο εύκολα. Συνήθως με τους Ινδούς έχουμε το πρόβλημα αλλά συνήθως κάποιος τους συνοδεύει. Έρχονται με κάποιον διερμηνέα...

(διοικητική υπάλληλος)

...Παλιά, όταν πρωτοήρθαν οι Αλβανοί ήταν πολύ αγενείς, πρωτόγονη η κατάσταση τους ...προσαρμόζονται και νομίζω ότι έχει παίξει ρόλο η συναναστροφή με τα παιδιά μας, τους έχουμε βάλει μέσα στη ζωή μας, στο σύνολο, δεν τους έχουμε κρατήσει έξω γιατί

πιστεύω ότι αν τους κρατούσαμε έξω θα αντιδρούσαν χειρότερα αλλά μέσα από τα παιδιά τους που μεγαλώνουν εδώ, τα περισσότερα γεννιούνται εδώ και μεγαλώνουν εδώ, και αυτοί βλέπουν κάπως διαφορετικά την Ελλάδα. Τα παιδιά τους έχουν μεγαλώσει εδώ, κάνουν παρέα με ελληνοπούλα, πάνε μαζί φροντιστήριο, ποδόσφαιρό σε ένα πάρτι και αυτό τους κάνει να είναι διαφορετικοί....

(νοσηλεύτρια)

Σύμφωνα με τη μικροβιολόγο του Κέντρου Υγείας τα προβλήματα υγείας, για τα οποία απευθύνονται, είναι κυρίως λοιμώδη και αφροδίσια, για τα οποία γενικά, ακολουθούν τις οδηγίες του γιατρού.

...Συνήθως νοσούν από αφροδίσια νοσήματα και λοιμώδη, ηπατίτιδα Β, C, οι περισσότεροι είναι φορείς ηπατίτιδας Β και πιο λίγο C. Οι Αλβανοί πιο πολύ από τους Πακιστανούς... Οι Ινδοί μπορεί να έχουν λοιμώξεις τα νεφρά τους, διαβήτη, τρώνε και φαγητά που επιβαρύνουν την κατάσταση οπότε μπορεί να ευθύνεται και αυτό...

Η ιδιαιτερότητα της περιοχής αφορά κυρίως στο μέγεθος του πληθυσμού, ο οποίος είναι σχετικά μικρός, γεγονός που διευκολύνει τις σχέσεις ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή ή ακόμα τις δυσκολεύουν για τον γιατρό διότι δεν υπάρχει η οριοθέτηση και πολλές φορές οι ασθενείς ζητούν ανέφικτα πράγματα.

...Βέβαια πιο οικείες, μου έχει ζητηθεί για παράδειγμα να πάω απόγευμα σε σπίτι να δω κάποιον ασθενή, αυτό σε νοσοκομείο ή αν το ζητούσαν από τον γιατρό δεν νομίζω ότι η απάντηση θα ήταν καταφατική ...Οι σχέσεις με τους ασθενείς είναι πολύ καλύτερες από τη μια μεριά καθώς με τον καιρό, εγώ είμαι 3 μήνες εδώ, είναι κάποιοι άνθρωποι με τους οποίους έχουμε αποκτήσει και μια φιλική σχέση

πέραν της τυπικής σχέσης γιατρού- ασθενήμου έχει τύχει 2-3 φορές να μου ζητήσουν κάτι..... το οποίο δεν ήταν νόμιμο, (μμμ)δε θα το έλεγα παράνομο, αλλά δε θα το ζητούσαν στο νοσοκομείο του Τζανείου, να τους διευκολύνω τέλος πάντων σε κάποιες περιπτώσεις, όπως να μην πάει στη δουλειά του μια δυο μέρες, το να τους γράψω αναρρωτική άδεια, υπάρχει δηλαδή μια πιο άμεση σχέση. ...

(αγροτικός γιατρός)

...Πέρα από την εντοπιότητα (η σχέση) γίνεται οικεία και άλλα άτομα να έρθουν να δουλέψουν εδώ με τον καιρό αποκτούν άλλη σχέση με τον κόσμο....

(νοσηλεύτρια)

...Επηρεάζεται, είτε δημιουργείται μια πολύ καλή σχέση και ξεπερνιέται σχέση γιατρού- ασθενούς, που δεν είναι καλό ή σε κρατάει απόμακρο, για να μη γίνουν οι σχέσεις τόσο φιλικές και απαιτητικές μετά, γιατί πολύ εύκολα μπορεί να τουμπάρουν μετά και να μην είσαι και εσύ αντικειμενικός σα γιατρός αλλά και ο ασθενής να ζητάει παράλογα πράγματα...

(μαία)

Το ζήτημα των σχέσεων σε μια μικρή επαρχιακή πόλη είναι πολύ βασικό για την ανάπτυξη μιας επαγγελματικής σχέσης . Επηρεάζεται άμεσα τόσο ο γιατρός όσο και ο ασθενής γεγονός που ενίοτε επηρεάζει και την αποτελεσματικότητα της εργασίας του, από ό,τι προκύπτει από τα λεγόμενα τους.

Αναφορικά με την ασφαλιστική κάλυψη του μεταναστευτικού πληθυσμού αυτή συνεπάγεται τόσο την διευκόλυνση στο έργο του ιατρικού προσωπικού όσο και στην επιμέλεια και φροντίδα της υγείας ενός μεγάλου μέρους του πληθυσμού, την παροχή φροντίδας στα παιδιά των μεταναστευτικών κοινοτήτων, τα οποία είναι ιδιαίτερος εύαλωτα. Η υγεία των μεταναστών δε βάλλεται μόνο από τις ανύπαρκτες πολλές φορές συνθήκες υγιεινής, κυρίως στις περιπτώσεις όπου παραμένουν αντικανονικά στη χώρα και έχουν εγκατασταθεί σε εγκαταλελειμμένα σπίτια. Βάλλεται επίσης και από τις συνεχείς πιέσεις της επιβίωσης τους, την οικονομική επιβάρυνση της συντήρησης της

κατοικίας τους, τα έξοδα για την συντήρησή τους αλλά και την καθημερινή αγωνία για την επιβίωση για τους ίδιους και τα παιδιά τους. Πέραν όμως των δυσκολιών επιβίωσης οι μετανάστες στην περιοχή έχουν εξασφαλίσει, μέχρι στιγμής, μια καλή ποιότητα ζωής. Έχουν, στην πλειοψηφία τους, μια σταθερή ή και εποχική εργασία, μένουν σε οργανωμένες κατοικίες με τις οικογένειές τους και σταδιακά ενσωματώνονται στους ρυθμούς της τοπικής κοινωνίας, υιοθετώντας πολλές φορές τον τρόπο ζωής των συμπολιτών τους. Επιπλέον, το γεγονός ότι τα παιδιά τους πηγαίνουν στο σχολείο της περιοχής συμβάλλει στο να διευρύνουν τόσο τις γνώσεις τους για τη χώρα υποδοχής όσο και τον κοινωνικό τους περίγυρο, ενσωματώνοντας τα χαρακτηριστικά της τοπικής κοινωνίας. Όλη αυτή η αλλαγή συμβάλλει σε πολύ μεγάλο βαθμό στην αποδοχή τους από την ευρύτερη κοινωνία και στην ισότιμη συμμετοχή τους στη ζωή της τοπικής κοινωνίας.

4.7 Συμπέρασμα

4.7.1 Αδυναμίες της μελέτης- Περιορισμοί

Το ζήτημα της υγείας των μεταναστευτικών πληθυσμών έχει απασχολήσει έως ένα βαθμό το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας άλλα όχι σε τέτοιο σημείο που να ανταποκρίνεται στη σοβαρότητα του θέματος. Στην Ελλάδα οι μελέτες και οι εκθέσεις για την υγεία των μεταναστών είναι περιορισμένες και αφορούν κυρίως σε επιδημιολογικές μελέτες για την ηπατίτιδα, τη φυματίωση και τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες αλλά και γενικότερα πιο περιγραφικά στοιχεία πάνω στο ζήτημα της υγείας του συγκεκριμένου πληθυσμού (Ευλαμπίδου, 2005:44, Κοτσιώνη,2009, Γιατροί του Κόσμου, 2009).

Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν μόνοι οι μετανάστες, υπήκοοι τρίτων χωρών, που ζουν στην περιοχή. Η επιλογή μόνο της συγκεκριμένης ομάδας έγινε διότι δεν είναι πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με αποτέλεσμα να μην είναι κατοχυρωμένα σε απόλυτο βαθμό τα κοινωνικά τους δικαιώματα. Επίσης, συμμετείχαν στην έρευνα το προσωπικό, το οποίο απασχολείται στο Κέντρο Υγείας με βασικό κριτήριο τη συχνότητα επαφής τους με τους ασθενείς, εφόσον, βάσει αυτού του κριτηρίου, θα

μπορούσαν να δώσουν αρκετές πληροφορίες σχετικά και με τον μεταναστευτικό πληθυσμό που απευθύνεται σε αυτούς.

Η αρχική δυσκολία ήταν η ανεύρεση δικτύων για την επικοινωνία με τον μεταναστευτικό πληθυσμό της περιοχής. Σε αυτή την περίπτωση κινητοποιήθηκε ένα δίκτυο από την τοπική κοινότητα, χρησιμοποιώντας στην ουσία ένα δείγμα ευκολίας-αλυσιδωτή ενημέρωση των συμμετεχόντων μέσω οικείων προσώπων. Παρατηρήθηκε ότι τα άτομα, τα οποία δεν παρέμεναν νόμιμα στη χώρα δεν ήθελαν να συμμετάσχουν, φοβούμενοι κυρίως τις κυρώσεις του νόμου, παρ' όλο που είχαν ενημερωθεί πλήρως για το απόρρητο της διαδικασίας. Μόνο δυο άτομα, που μένουν αντικανονικά, δέχτηκαν να συμμετάσχουν είτε διότι δεν ανησυχούσαν, καθώς μένουν πολλά χρόνια στην περιοχή είτε διότι ο σύζυγος διαθέτει Δελτίο Ταυτότητας Ομογενούς και θα νομιμοποιούνταν και εκείνη σύντομα, από ό,τι είπε. Όσον αφορά στο ζήτημα της επικοινωνίας δεν προέκυψαν σοβαρά ζητήματα, γιατί οι περισσότεροι μιλούσαν ελληνικά.

4.7.2 Αποτελέσματα

Ο μεταναστευτικός πληθυσμός της περιοχής έχει μια σταθερή και συνεχιζόμενη παρουσία τα τελευταία δεκαπέντε με είκοσι χρόνια. Από τις περιγραφές τους, η συνύπαρξη με τους κατοίκους είναι αρμονική, γεγονός που διευκολύνει την ομαλή προσαρμογή στην τοπική κοινωνία. Η ζωή τους δεν είναι εύκολη αλλά οι περισσότεροι θεωρούν την Ελλάδα ως τη δεύτερη πατρίδα τους. Συγκρίνοντας τη ζωή στην Αθήνα με τη ζωή στην περιφέρεια, σε μια μικρή επαρχιακή πόλη, όπως είναι ο Γαλατάς και οι γύρω περιοχές, συμφωνούν όλοι ότι είναι σαφώς ευκολότερη. Βασικός παράγοντας είναι ότι γνωρίζονται μεταξύ τους, οι σχέσεις μεταξύ των κατοίκων είναι πιο οικείες και έχει δημιουργηθεί ένα κοινωνικό δίκτυο αλληλεγγύης. Αντίθετα, στην Αθήνα, όπου οι αποστάσεις είναι μεγαλύτερες, υπάρχει ένα γενικότερο αίσθημα αποξένωσης από τους γύρω και εν τέλει δημιουργείται ένα έντονο αίσθημα ανασφάλειας που παρεμποδίζει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων.

Η πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες και ειδικότερα στο Κέντρο Υγείας είναι πολύ ευκολότερη σε σχέση με τα αστικά κέντρα. Ο αριθμός του πληθυσμού που απευθύνεται εκεί είναι μικρότερος σε σχέση με την Αθήνα, οπότε εξυπηρετούνται σύντομότερα, στοιχείο το οποίο τονίζουν. Γενικότερα, η πρόσβαση στο Κέντρο Υγείας,

χαρακτηρίζεται ως ανεμπόδιστη σε συνάρτηση με το γεγονός ότι μέχρι τον Οκτώβριο του 2010, οι εξετάσεις γίνονταν δωρεάν για όλους ασφαλισμένους και μη, νόμιμους και αντικανονικούς μετανάστες. Η αλλαγή έγινε, έπειτα από απόφαση του Υπουργείου Υγείας, όπου ορίζει ότι οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ και του Ταμείου των Δημοσίων Υπαλλήλων, δικαιούνται δωρεάν εξετάσεις, οι ασφαλισμένοι των υπόλοιπων ταμείων θα προπληρώνουν τις υπηρεσίες, παίρνοντας την αντίστοιχη επιστροφή από το ταμείο τους. Ακόμα, τα αποτελέσματα της αλλαγής αυτής δεν είναι εμφανή, περιμένουν όμως από το Κέντρο Υγείας, ότι η άσκοπη χρήση υπηρεσιών υγείας θα μειωθεί, εφόσον θα πρέπει να τις προπληρώνουν.

Όσον αφορά στα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν έδωσαν κάποιες γενικές πληροφορίες που περιγράφουν την κατάσταση τους. Από ό,τι είπαν και οι ίδιοι δεν αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας, πέρα από κάποιες μικρές εξαιρέσεις. Από το Κέντρο Υγείας, υπήρξε μια πιο σαφής περιγραφή των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν στο σύνολο τους οι μετανάστες στην περιοχή. Στην πλειοψηφία τους πάσχουν από λοιμώδη νοσήματα, ηπατίτιδες Β, C, λοιμώξεις των νεφρών και διαβήτη, λόγω της ελλιπούς υγιεινής, της κακής διατροφής και των δυσμενών συνθηκών στέγασης.

Τα κοινωνικά δίκτυα που έχουν αναπτυχθεί προσφέρουν βοήθεια όποτε χρειάζεται, είτε αφορά στη συνοδεία κάποιου ασθενούς στο νοσοκομείο ή στο Κέντρο Υγείας είτε στη διευκόλυνση στην εργασία τους. Οι σχέσεις γενικά περιγράφονται ως ομαλές και από την παρουσία τους στις συνεντεύξεις φάνηκε ότι έχουν προσαρμοστεί στην ελληνική κοινωνία, έχουν διευρύνει τον κοινωνικό τους κύκλο εντάσσοντας σε αυτόν και Έλληνες. Δεν έχουν απομονωθεί από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο άλλα στην πλειοψηφία τους έχουν ενταχθεί σε αυτό συμμετέχοντας τόσο οι ίδιοι όσο και τα παιδιά τους στη ζωή της τοπικής κοινωνίας.

Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας κατοικεί μόνιμα στην περιοχή, γεγονός το οποίο διευκολύνει τις σχέσεις μεταξύ ασθενούς και γιατρού, καθώς γνωρίζονται όλοι μεταξύ τους. Αυτή η κατάσταση βέβαια δεν είναι αρκετά βοηθητική για τους γιατρούς καθώς έτσι χάνονται τα όρια της επαγγελματικής σχέσης. Πολλοί από τους μετανάστες που ζουν στην περιοχή απευθύνονται στο Κέντρο Υγείας για τις εξετάσεις που μπορούν να κάνουν εκεί. Το κυριότερο πρόβλημα τους είναι η επικοινωνία καθώς, ειδικά στις αρχές, δε μιλούσαν καθόλου ελληνικά. Θεωρούν τον ιατρικό όρκο που έχουν δώσει

πολύ σημαντικό, οπότε το γεγονός ότι κάποιος έρχεται ανασφάλιστος είναι δευτερεύον. Οι απόψεις όμως πάνω στο ζήτημα της μέριμνας και της πρόληψης της υγείας ποικίλουν καθώς ορισμένοι πιστεύουν, σύμφωνα με την εμπειρία τους, ότι οι μετανάστες είναι πολύ αμελείς και αδιάφοροι πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα, ακόμα και για την υγεία των παιδιών τους. Από την άλλη πλευρά είναι και μερίδα του προσωπικού που θεωρεί ότι ο μεταναστευτικός πληθυσμός της περιοχής προσέχει ιδιαίτερα την υγεία των ίδιων και των παιδιών τους.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας, επομένως μπορούν να συνοψιστούν σε δυο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αφορά στα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας και στη δυνατότητα πρόσβασης των μεταναστευτικών πληθυσμών σε αυτές. Η δεύτερη κατηγορία αφορά στην εμπειρία των μεταναστών από τις υπηρεσίες υγείας στην περιφέρεια.

Κατ' αρχάς το ίδιο το σύστημα με το νομικό πλαίσιο που το κατευθύνει, παρακαλύει την ομαλή πρόσβαση του συνολικού πληθυσμού των μεταναστών, στις υπηρεσίες υγείας. Το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας δίνει προτεραιότητα στη φροντίδα του ασθενούς με αποτέλεσμα να δημιουργείται μια ισορροπία. Η οικονομική επιβάρυνση του συστήματος υγείας σε αυτή την περίπτωση είναι πολύ μικρότερη σε σχέση με την περίπτωση που αφηνόταν να φτάσει σε κρίσιμο σημείο η ζωή ενός ασθενούς, για να μπορέσει να νοσηλευτεί σε κάποιο νοσοκομείο.

Οι ίδιοι οι μετανάστες, από τη μεριά τους, παραδέχονται ότι οι σχέσεις που αναπτύσσονται στην περιφέρεια είναι πιο ομαλές σε σχέση με τα μεγάλα αστικά κέντρα, όπως είναι η Αθήνα. Η ένταξη τους στην τοπική κοινωνία γίνεται μεν σταδιακά μέχρι να τους γνωρίσουν και να τους εμπιστευτούν από την κοινότητα αλλά έτσι δημιουργούνται πιο στέρεες κοινωνικές σχέσεις. Επομένως, τα κοινωνικά δίκτυα στην περιφέρεια έχουν αναπτύξει πιο δυνατούς δεσμούς με τα μέλη τους, γεγονός που δημιουργεί ένα δίκτυ προστασίας για αυτούς.

Συνοψίζοντας, από την έρευνα προκύπτει ότι ο μεταναστευτικός πληθυσμός, ο οποίος έχει εγκατασταθεί σε μια μικρή επαρχιακή πόλη, έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να ενσωματωθεί ομαλά στην τοπική κοινωνία και να επιτευχθεί η κοινωνική του ένταξη. Οι σχέσεις χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη οικειότητα, δεν παρατηρείται σε μεγάλο βαθμό απομόνωση και αποξένωση του μεταναστευτικού πληθυσμού καθώς είναι σε άμεση επαφή με την τοπική κοινωνία. Συνέπεια αυτού είναι η ένταξη τους στη

χώρα υποδοχής, κάτι το οποίο ενισχύεται κατ' αρχήν από τη νόμιμη διαμονή τους, την εργασία και την κοινωνική τους ασφάλιση. Όλα τα παραπάνω τους διασφαλίζουν την ισότιμη και απρόσκοπτη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Παρ' όλα αυτά, στις περισσότερες περιπτώσεις δεν χρειάζονται σοβαρή ιατρική περίθαλψη, πέρα από κάποιες εξαιρέσεις, οι οποίοι νοσούν από ηπατίτιδες Β, C και διαβήτη. Αυτές είναι και οι μόνες σοβαρές παθήσεις που αναφέρθηκαν από το προσωπικό του Κέντρου Υγείας.

Συνεπώς, ο μεταναστευτικός πληθυσμός, ο οποίος είναι εγκατεστημένος στην περιφέρεια αντί για τα μεγάλα αστικά κέντρα απολαμβάνει μια καλύτερη ποιότητα ζωής, πιο ισορροπημένες κοινωνικές σχέσεις, ένα καλύτερο επίπεδο υγείας και η πρόσβαση του στις υπηρεσίες υγείας γίνεται χωρίς κωλύματα. Στην πλειοψηφία τους αυτοί, οι οποίοι έχουν ενταχθεί πιο ομαλά στην τοπική κοινωνία είναι κατά προτεραιότητα όσοι προέρχονται από χώρες της πρώην ΕΣΔΔ, την Αλβανία και τέλος από τις χώρες της ΝΑ Ασίας. Η ύπαρξη οικογένειας και παιδιών συντελούν σε πολύ μεγάλο βαθμό στην ομαλή ένταξη τους, κυρίως προς όφελος των παιδιών. Τέλος, η επαγγελματική αποκατάσταση, κοινό χαρακτηριστικό για όλο τον πληθυσμό ανεξαρτήτως προέλευσης, συντελεί και αυτή στη διαδικασία ένταξης. Αυτό που έχει μεγάλη σημασία να μελετηθεί είναι τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης, την οποία βιώνει σήμερα πολύ έντονα η Ελλάδα. Οι συνέπειες αυτής της κατάστασης θα έχουν άμεσο αντίκτυπο στον μεταναστευτικό πληθυσμό, ο οποίος θα χάσει την εργασία του και κατά προέκταση τους βιοποριστικούς του πόρους.

4.7.3 Προτάσεις

Μια βασική παράμετρος της διαδικασίας ένταξης του μεταναστευτικού πληθυσμού είναι η διασφάλιση της ποιότητας υγείας. Βασική προτεραιότητα είναι η εξασφάλιση του δικαιώματος αυτού στα άτομα, τα οποία παραμένουν νόμιμα στη χώρα, εργάζονται εδώ και έχουν χτίσει τη ζωή τους στην Ελλάδα. Δεν πρέπει όμως να παραβλέπεται ότι μέρος του μεταναστευτικού πληθυσμού παραμένει στην Ελλάδα χωρίς τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα. Το γεγονός αυτό δε θα έπρεπε να συνεπάγεται την άρνηση των στοιχειωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην αξιοπρέπεια, την υγεία και στην ποιότητα ζωής εν γένει.

Η μεταναστευτική πολιτική αλλάζει διαρκώς, παίρνοντας όλο και πιο αυστηρά μέτρα καταστολής του φαινομένου. Οι προτάσεις τη συγκεκριμένη στιγμή δεν μπορούν παρά να είναι:

- Η ενίσχυση των υπαρχουσών δομών υγείας στο δημόσιο και ιδιωτικό (ΜΚΟ) τομέα.
- Η προώθηση των επιστημονικών μελετών και ερευνών πάνω στα προβλήματα υγείας του μεταναστευτικού πληθυσμού.
- Στοχευμένες δράσεις πάνω στη βάση των αποτελεσμάτων των ερευνών, ούτως ώστε να ενισχυθούν οι ευαίσθητες περιοχές στην πρόληψη και αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Το ζήτημα της υγείας των μεταναστών στην Ελλάδα όσο σημαντικό και αν είναι, έχει απασχολήσει την ελληνική Πολιτεία μόλις τα τελευταία δέκα χρόνια. Γεγονός το οποίο σημαίνει ότι έχει αποσιωπηθεί ως μη απαραίτητο να μεριμνήσουν επ' αυτού. Έχουν γίνει προσπάθειες από τις ΜΚΟ της χώρας να αναλάβουν αυτό το ζήτημα, θέτοντας σε λειτουργία πολυϊατρεία και ξενώνες φιλοξενίας μεταναστών σε διάφορες περιοχές της χώρας. Αυτό από μόνο του φυσικά δεν είναι αρκετό για να λύσει το πρόβλημα. Σίγουρα οι ΜΚΟ καλύπτουν το κενό που έχει δημιουργήσει η κρατική αδιαφορία αλλά και η ίδια η Πολιτεία πρέπει να αναλάβει της ευθύνες της πάνω στο ζήτημα.

Το παράδειγμα πολλών άλλων ευρωπαϊκών χωρών, που αναλύθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο, είναι ένας πολύ καλός οδηγός καλών πρακτικών και λύσεων πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα. Η προστασία της ανθρώπινης ζωής δεν είναι μόνο ζητούμενο ανθρωπισμού, το οποίο άλλωστε, στις μέρες μας, σαν επιχείρημα είναι αρκετά ανίσχυρο. Η ασφάλεια όμως όλων των πολιτών, ανεξαιρέτως, και η διασφάλιση των δικαιωμάτων τους θα έπρεπε να είναι ένας πολύ σοβαρό επιχείρημα που θα κινητοποιούσε τον κρατικό μηχανισμό να λάβει τα απαραίτητα μέτρα.

Προτείνεται επομένως η δημιουργία και λειτουργία περισσότερων δομών στήριξης και παροχής υγειονομικής φροντίδας. Δεδομένου επίσης ότι η εκμάθηση της γλώσσας της χώρας υποδοχής συντελεί σε πολύ μεγάλο βαθμό στην επιτυχή ένταξη των μεταναστευτικών πληθυσμών, είναι αναγκαίο να ληφθούν μέτρα και να δημιουργηθούν αντίστοιχες δομές εκπαίδευσης για όσο το δυνατό μεγαλύτερο ποσοστό του

μεταναστευτικού πληθυσμού που ζει στη χώρα. Η δυνατότητα επικοινωνίας, καθιστά την εύρεση εργασίας και τη διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους σαφώς ευκολότερη χωρίς την ανάγκη διαμεσολαβητών. Όσον αφορά στο πεδίο της μεταναστευτικής πολιτικής, θεμιτή είναι η αλλαγή σε ένα πιο συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο για τη μετανάστευση. Η ενθάρρυνση των νομίμων μεταναστευτικών ροών σε συνδυασμό με την καλή φύλαξη των συνόρων- χωρίς απαραίτητα αυτό να σημαίνει και το χτίσιμο ενός φράχτη- των χωρών αποθαρρύνει φαινόμενα δουλεμπορίας και σωματεμπορίας. Σε ένα τέτοιο πλαίσιο νομιμότητας το άτομο είναι ενεργό μέλος της κοινωνίας στη χώρα υποδοχής του, νόμιμος και σε θέση να διεκδικήσει ισότιμα τα δικαιώματα του. Ξεφεύγει έτσι από το περιθώριο, τις δυσκολίες εύρεσης εργασίας με την απορρόφηση του από τα κυκλώματα της παραοικονομίας. Παραδείγματα ενταξιακών πολιτικών υπάρχουν πάρα πολλά και πολύ επιτυχή, όπως αυτά της Σκανδιναβίας και της Κεντρικής Ευρώπης. Σημειωτέον και τελευταίο, η υγεία δεν είναι απλά ένα παρακλάδι στη ζωή ενός ατόμου αλλά ένας βασικός άξονας ένταξης του στον κοινωνικό ιστό, ανεξαρτήτου χώρας προέλευσης, και για αυτό απαιτεί την καθολική προσοχή από την Πολιτεία και την κοινωνία εν γένει.

ΜΕΡΟΣ Γ΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Γενικά Συμπεράσματα

5.1 Μετανάστες στην Ελλάδα

Το φαινόμενο της μετανάστευσης στην Ελλάδα είναι σχετικά πρόσφατο σε σχέση με την υπόλοιπη Δυτική Ευρώπη. Ήδη από τη δεκαετία του 1990 και εξής άρχισε η μαζική προσέλευση μεταναστευτικών ρευμάτων στην Ελλάδα. Τα κίνητρα της μετακίνησης τους ήταν καθαρά οικονομικά με απώτερο στόχο την εξεύρεση εργασίας και τη βελτίωση των συνθηκών ζωής τους. Η Ελλάδα από την άλλη ήταν απροετοίμαστη, τόσο πολιτικά όσο και διοικητικά για να δεχτεί ένα τόσο μεγάλο ρεύμα ανθρώπων. Το νομοθετικό πλαίσιο για τη μετανάστευση παρουσιάζει πολλά κενά και ασάφειες με αποτέλεσμα να μην επιτελεί τον στόχο του, που είναι κυρίως η προστασία αυτού του πληθυσμού.

Συνέπεια όλης αυτής της κατάστασης είναι να παρατηρούνται διακρίσεις στη σχέση του μεταναστευτικού πληθυσμού με την Πολιτεία, στερώντας κατ' αυτόν τον τρόπο την ιδιότητα του Πολίτη από τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Αποτέλεσμα αυτών των διακρίσεων είναι ο κοινωνικός αποκλεισμός που βιώνει αυτή η κοινωνικά ευάλωτη ομάδα. Επιπροσθέτως, η ανεπαρκής μεταναστευτική πολιτική που εφαρμόστηκε στην Ελλάδα οδήγησε στον κοινωνικό αποκλεισμό και τη μη ένταξη τους στην κοινωνία της χώρας υποδοχής. Οι νομιμοποιήσεις που επιχειρήθηκαν χαρακτηρίστηκαν ως ανεπιτυχείς, με αποτέλεσμα οι μετανάστες να παραμένουν κοινωνικά αποκλεισμένοι, εργαζόμενοι στην παραοικονομία, ως ανασφάλιστο εργατικό δυναμικό, αποστερούμενοι παράλληλα, βασικά κοινωνικά δικαιώματα, όπως είναι το δικαίωμα στην υγεία. Ως ανασφάλιστοι εργαζόμενοι, δε δικαιούνται την παροχή δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, παρά μόνο ως επείγοντα περιστατικά.

Είναι σαφής η διάκριση που κάνει ο νομοθέτης πάνω στο ζήτημα της απόδοσης των κοινωνικών δικαιωμάτων. Το Σύνταγμα της Ελλάδας ορίζει ότι αποδέκτες των κοινωνικών δικαιωμάτων είναι οι Έλληνες πολίτες. Συνεπώς γίνεται μια άμεση σύνδεση των δικαιωμάτων με την Ιδιότητα του Πολίτη. Το δικαίωμα στην υγεία, κατοχυρώνεται για τον μεταναστευτικό πληθυσμό, μέσα από τη νομιμοποιημένη

εργασία και παραμονή του, αποκλείοντας έτσι τους αντικανονικούς μετανάστες από αυτό το αγαθό.

Πέρα των παραπάνω, η όλη κατάσταση περιγράφεται πολύ ξεκάθαρα στην περιφέρεια της χώρας, η οποία είναι μια μικρογραφία των αστικών κέντρων. Εκεί οι μεταναστευτικοί πληθυσμοί αντιμετωπίζουν τα ίδια νομικά προβλήματα με όσους κατοικούν στις πόλεις, εντοπίζοντας όμως τη διαφορά στον τρόπο αλληλεπίδρασης ανάμεσα στα άτομα που απαρτίζουν την τοπική κοινωνία. Το γεγονός ότι γνωρίζονται μεταξύ τους διευκολύνει περισσότερο τη θετική αλληλεπίδραση τους. Χωρίς να παραβλέπονται οι νόμιμες διαδικασίες, οι μετανάστες, οι οποίοι ζουν σε επαρχιακές περιοχές, αναπτύσσουν πιο στενούς δεσμούς με την τοπική κοινότητα με αποτέλεσμα να δημιουργείται πρόσφορο έδαφος για την ομαλή ένταξη τους στον κοινωνικό ιστό. Η κατάσταση αυτή έρχεται σε άμεση αντίθεση με τα αστικά κέντρα, όπου τα άτομα είναι πιο αποξενωμένα μεταξύ τους, χωρίς συνεκτικούς δεσμούς ανάμεσα τους.

Παρατηρείται επομένως ένας σαφής γεωγραφικός διαχωρισμός ανάμεσα στις μεταναστευτικές κοινότητες, που ζουν στην Ελλάδα, ο οποίος επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ένταξη και την ενσωμάτωση τους στην χώρα υποδοχής. Φαίνεται ότι οι συνθήκες ζωής στα μεγάλα αστικά κέντρα ευνοούν τον κοινωνικό αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση αυτών των ομάδων. Βασική προϋπόθεση για την ομαλή ενσωμάτωση τους είναι η θετική αλληλεπίδραση τους με τους κατοίκους μιας περιοχής, κάτι το οποίο συναντά πολλές δυσκολίες σε ένα αστικό κέντρο, όπου οι άνθρωποι τείνουν να είναι πιο απομονωμένοι από τον περίγυρο τους.

Η ενσωμάτωση του ατόμου στην κοινωνία της χώρας υποδοχής συνεπάγεται την ομαλή ένταξη του σε αυτή, με την αναγνώριση θεμελιωδών ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων, όπως είναι αυτά της αξιοπρέπειας, του σεβασμού αλλά και της υγείας. Σε αρκετές χώρες της Ευρώπης φαίνεται να έχει επιτευχθεί μια ισορροπία. Στην Ελλάδα όμως, από ό,τι προκύπτει από τα στοιχεία, φαίνεται ότι τα θεμελιώδη αυτά δικαιώματα δεν είναι δεδομένα για κανένα και πολύ περισσότερο για όσους δεν είναι πολίτες αυτής της χώρας.

5.2 Η Υγεία των μεταναστών

Οι έρευνες σχετικά με τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι μεταναστευτικοί πληθυσμοί στην Ελλάδα, είναι ελάχιστες. Οι Γιατροί του Κόσμου (2009), προχώρησαν σε έρευνα σχετικά με την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας σε 11 ευρωπαϊκές χώρες. Από την έρευνα αυτή προκύπτει ότι στην υπόλοιπη Ευρώπη υπάρχει η πρόβλεψη για την παροχή υπηρεσιών υγείας και στους αντικανονικούς μετανάστες. Στην Ελλάδα η μόνη πρόβλεψη που υπάρχει για αυτή την ομάδα είναι η παροχή δωρεάν υγειονομικής φροντίδας μόνο στις περιπτώσεις όπου κρίνεται ως επείγουσα περίπτωση για τη ζωή του ασθενούς.

Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν είναι ποικίλα. Η βάση των προβλημάτων τους είναι ότι, εγκαταλείποντας τη χώρα τους βιώνουν έναν βίαιο αποχωρισμό από την πατρίδα τους, την οικογένεια τους και το κοινωνικό τους περιβάλλον γενικότερα. Το ταξίδι προς μια νέα χώρα ενέχει πέρα από τις δυσκολίες της μετακίνησης, το άγχος της εγκατάστασης, την αγωνία του καινούριου (καινούρια χώρα, άνθρωποι, συνήθειες) αλλά και το φόβο του αγνώστου.

Πολλές φορές τα παραπάνω δεδομένα κάνουν ακόμα πιο ευάλωτο το άτομο. Η υγεία του γίνεται επίσης πιο ευαίσθητη και παρουσιάζουν σημάδια ψυχικών και σωματικών ασθενειών. Η διαχωριστική γραμμή είναι σαφώς η ηλικία, όσο νεότερος τόσο πιο υγιής, η οικογενειακή κατάσταση- ο γονεϊκός ρόλος και τα παιδιά, καθώς καθιστούν το άτομο όσο το δυνατό πιο υπεύθυνο απέναντι στην υγεία του ίδιου και των παιδιών του.

Όσον αφορά στην ψυχική υγεία, οι σχετικές μελέτες που έχουν γίνει είναι ελάχιστες. Η μετανάστευση είναι ένας βασικός εκλυτικός παράγοντας εμφάνισης ψυχικής νόσου. Οι κυριότεροι επιβαρυντικοί παράγοντες εκδήλωσης ψυχικής νόσου είναι η ηλικία μετακίνησης από τη μια χώρα στην άλλη, ο μικρός αριθμός παιδιών στην οικογένεια, η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη και η μικρότερη αντοχή στις δυσκολίες. Το μεγαλύτερο ποσοστό του μεταναστευτικού πληθυσμού, όπως προκύπτει από τις έρευνες, μαστίζεται από κατάθλιψη.

Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν ποικίλουν ανάλογα επίσης και με το βιοτικό επίπεδο, τις συνθήκες στέγασης, σίτισης και υγιεινής, πολύ βασικοί παράγοντες για την ισορροπημένη υγεία του ατόμου. «Ξεχασμένες» ασθένειες, όπως η φυματίωση επανεμφανίζονται, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα επίσης είναι υπαρκτά, όπως

επίσης και οι διάφορες λοιμώξεις. Οι ασθένειες αυτές φυσικά δεν εντοπίζονται μόνο μέσα στις μεταναστευτικές κοινότητες. Λόγω όμως των συνθηκών ζωής, ιδίως για τους αντικανονικούς μετανάστες και των θυμάτων σωματεμπορίας, οι οποίοι στερούνται μιας σταθερής και ασφαλούς εργασίας, οικονομικής άνεσης αλλά και του δικαιώματος πρόσβασης στην υγεία, ως ανασφάλιστοι, καθίστανται πιο ευάλωτοι σε αυτές τις ασθένειες.

Από την παρούσα έρευνα προέκυψε ότι οι περισσότεροι, κυρίως λόγω του νεαρού της ηλικίας τους, δεν έχουν νοσήσει από σοβαρές ασθένειες. Παρ' όλα αυτά μέρος του πληθυσμού αυτού στην περιοχή έχει νοσήσει από ηπατίτιδες, τι οποίες παρακολουθούν ιατρικά.

Πέρα από τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν, υπάρχουν και τα εμπόδια στην πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας. Τα σημαντικότερα εμπόδια που συναντούν αφορούν κυρίως διοικητικές δυσκολίες, όπως είναι το ελλιπές νομοθετικό πλαίσιο, η ελλιπής ενημέρωση πάνω στα δικαιώματα τους και ο φόβος της σύλληψης τους από τις αρχές ελλείπει νομιμοποιητικών εγγράφων παραμονής. Επίσης το κόστος των υπηρεσιών υγείας τις καθιστά απροσπέλαστες, εφόσον ως ανασφάλιστοι δεν έχουν την ασφαλιστική κάλυψη. Επιπλέον, η πολυπλοκότητα του ίδιου του συστήματος υγείας μπορεί να αποτελέσει βασικό εμπόδιο στην πρόσβαση τους σε αυτές, καθώς η γραφειοκρατία του κάθε συστήματος διαφέρει από χώρα σε χώρα. Τέλος, το πιο σημαντικό εμπόδιο είναι το πρόβλημα της επικοινωνίας καθώς οι περισσότεροι μετανάστες δε μιλάνε τη γλώσσα, οπότε δεν μπορούν να επικοινωνήσουν. Η δυσκολία αυτή τους αποκλείει από την πληροφόρηση και επηρεάζει άμεσα τη σχέση γιατρού ασθενούς, διότι χρειάζονται τη διαμεσολάβηση τρίτου για να επικοινωνήσουν. Η διαφορετική κουλτούρα επίσης επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη σχέση γιατρού ασθενούς. Η διαπολιτισμική παρέμβαση που εφαρμόζεται με μεγάλη επιτυχία, στο Βέλγιο δείχνει ότι υπάρχουν περιθώρια για να βελτιωθεί η κατάσταση. Στην Ελλάδα προηγούνται πολλά άλλα για να θεωρηθεί ότι έχει βελτιωθεί, διότι αυτή τη στιγμή, οι δομές υγείας κλείνουν ή συγχωνεύονται με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν αρκετές υπηρεσίες, στις οποίες μπορεί να απευθυνθεί ο ασθενής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλεβιζοπούλου, Μ. (01/11/2009). Παγανή η Αμαρτωλή. *ΒΗMagazino*, σελ. 58.
- Αμοριανού Σ. (15/02/2007). *Ενταξη των μεταναστών και μηχανισμοί διαμεσολάβησης. Κοινωνικά δικαιώματα των μεταναστών*. Συνήγορος του Πολίτη και Ολλανδική Πρεσβεία.
- Αναγνωστόπουλος, Δ.Κ., Ρότσικα, Β., Βλασσοπούλου, Ε., Πεχλιβανίδου, Ε., Λεγάκη, Α., Ρογκάκου, Ε., Καλτσή, Β., Λαζαράτου, Ε. (2004). Η ψυχοπαθολογία των παιδιών των οικονομικών μεταναστών και η χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. *Ψυχιατρική*, 15 (4), 347-358.
- Baldwin- Edwards M. (2004). *Στατιστικά δεδομένα για τους μετανάστες στην Ελλάδα*. Αθήνα: ΙΜΕΠΟ.
- Banks, J. A. (2008). Diversity, group identity, and citizenship education in a global age. *Educational Research*, 37(3), 129-139.
- Βενιέρης, Δ. (2002). *Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, η Κοινωνική Πολιτική του Συμβουλίου της Ευρώπης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Βενιέρης, Δ. (2009). *Ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική και κοινωνικά δικαιώματα. Το τέλος των όμνων*. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
- Bousetta H., Gsir, S. & Jacobs D. (2009). Βέλγιο. Στο Τριανταφυλλίδου, Α.- Γρώπα, Ρ., *Η μετανάστευση στην Ενωμένη Ευρώπη*. Αθήνα: Κριτική.
- Carta, M. G., Bernal, M., Hardoy, M.C., Haro-Abad J. M., & “The report on the mental health in Europe” working group (2005). Migration and mental health in Europe (The state of the mental health in Europe working group: appendix I). *Clinical practice and epidemiology in mental health*, 1 (13), 1-16.
- Cuadra C.B. (b)(2010). Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27, Country Report: *Belgium*, <http://files.nowhereland.info/650.pdf> (πρόσβαση 9 Ιουλίου 2010).
- Cuadra C.B. (f) (2010). Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27, Country Report: *France*, <http://files.nowhereland.info/657.pdf> (πρόσβαση 9 Ιουλίου 2010).
- Cuadra C.B. (i) (2010). Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27, Country Report: *Italy*, <http://files.nowhereland.info/662.pdf> (πρόσβαση 9 Ιουλίου 2010).
- Cuadra C.B. (g) (2010). Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27, Country Report: *Germany*, <http://files.nowhereland.info/658.pdf> (πρόσβαση 9 Ιουλίου 2010).
- Cuarda C.B. (g) (2010). Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27, Country Report: *Greece*, <http://files.nowhereland.info/659.pdf> (πρόσβαση 9 Ιουλίου 2010).
- Cuadra C.B. (s) (2010). Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27, Country Report: *Spain*, <http://files.nowhereland.info/673.pdf> (πρόσβαση 9 Ιουλίου 2010).
- Cyrgus N., Vogel D. (2009). Γερμανία. Στο Τριανταφυλλίδου, Α.- Γρώπα, Ρ., *Η μετανάστευση στην Ενωμένη Ευρώπη*. Αθήνα: Κριτική.
- Γεωργούλας, Στρ., (2003). Το νομικό πλαίσιο της μεταναστευτικής πολιτικής στην Ελλάδα τον 20^ο αιώνα. Μία ιστορική, κριτική οπτική. Στο Κασιμάτη, Κ. (Επιμ.),

Πολιτικές μετανάστευσης και στρατηγικές ένταξης. Η περίπτωση των Αλβανών και Πολωνών μεταναστών. Αθήνα: Gutenberg.

Γιαννίρη, Ν., (10/10/2007). Ώρα για διαπολιτισμική ψυχιατρική. Αθήνα: *Ελευθεροτυπία*.

Γιαννίρης, Ι., (30/03/2006). PRAKSIS ισότητας, πράξεις ζωής. *Ελευθεροτυπία*.

Γιατροί του Κόσμου (09/2007). *Πρώτο Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για την Πρόσβαση στην Περίθαλψη- χωρίς χαρτιά, χωρίς υγεία*; Αθήνα: Γιατροί του Κόσμου.

Γιατροί του Κόσμου (2009). *Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για την πρόσβαση στην περίθαλψη- Χωρίς χαρτιά, χωρίς υγεία*.

Γιατροί Χωρίς Σύνορα (Ιούνιος 2010). *Μετανάστες χωρίς έγγραφα, ζωές υπό κράτηση*. Αθήνα: ΓχΣ.

Γιατροί Χωρίς Σύνορα (2008). *Διερεύνηση της κατάστασης των μεταναστών «χωρίς έγγραφα» που εισέρχονται στην Ελλάδα*. Αθήνα: ΓχΣ.

Γκιωνάκης, Ν., (2010). *Οδηγός επίγνωσης της πολιτισμικής ετερότητας: κατανοώντας την πολιτισμική ετερότητα στην ψυχική υγεία*. Κέντρο Ημέρας «Βαβέλ», της «Συνειρμός- ΑμΚΕ Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αθήνα: Βαβέλ.

Gundara, J. & Jacobs, S., (2009) *Διαπολιτισμική Ευρώπη. Διαφορετικότητα και κοινωνική πολιτική* (επιμ. & μτφρ) Παλαιολόγου, Ν. Αθήνα: Ατραπός.

Γονόρκνεχ, Α (2001). Κοινότητα Αιθίοπων. Στο Μαρβάκης, Αθ. Παρσανόγλου, Δ. Παύλου, Μ. (Επίμ.), *Μετανάστες στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Γραμματεία Οικονομικών Μεταναστών ΓΣΕΕ, (2007). Παρατηρήσεις της ΓΣΕΕ στο σχέδιο Νόμου «Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην ελληνική επικράτεια. Στο Καψάλης, Α. (επιμ.), *Αδήλωτη απασχόληση και νομιμοποίηση των μεταναστών. Η πρόκληση της μεταναστευτικής πολιτικής*. Μελέτες Τ. 27. Αθήνα: ΙΝΕ- ΓΣΕΕ- ΑΔΕΔΥ.

Γρηγορίου, Α., (29/07/2007). Η κατάθλιψη χτυπά τους μετανάστες, *Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία*.

Da Lomba, S. (2004). Fundaments social rights for irregular immigrants: The right to health care in France and England. In B. Bogusz, R. Cholewinski, A. Cygan & E. Szyszczak (Eds.) *Irregular migration and human rights: Theoretical, European and international perspectives. Immigration and asylum law and policy in Europe*, 363-386. Leiden: Koninklijke Brill.

Δαγτόγλου, Π., (2005). *Ατομικά Δικαιώματα*. Αθήνα- Κομοτηνή: Αντ. Ν. Σάκκουλας.

Δάμα, Γ. (18/03/2009). Η ηπατίτιδα Β χτυπάει τους μετανάστες από Αλβανία. *Ελευθεροτυπία*.

Δασκαλοπούλου, Ντ. (25/03/2007). Οι μαύρες σκλάβες της Ευριπίδου. *ΕπιILON Κυριακάτικης Ελευθεροτυπίας*.

Διεθνής Αμνηστία (27/07/2010). *Ελλάδα: Συστηματική κράτηση παράτυπων μεταναστών και αιτούντων άσυλο σε υποτυπώδεις συνθήκες*. Αναρτήθηκε στη σελίδα: <http://www.amnesty.org.gr/greece-irregular-migrants-and-asylum-seekers-routinely-detained-in-substandard-conditions> (πρόσβαση 05 Αυγούστου 2010).

Δημουλάς, Κ. & Παπαδοπούλου, Δ. (2004). *Έρευνα για τις μορφές κοινωνικής ένταξης των οικονομικών μεταναστών στην περιφέρεια Αττικής 2003- 2004*. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας της ΓΣΕΕ/ ΑΔΕΔΥ, Περιφέρεια Αττικής.

(ΕΕΔΑ)Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του ανθρώπου (12/12/2007). *Δικαίωμα στην υγεία των μεταναστών χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής*. Αθήνα: ΕΕΔΑ.

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2001). *Απογραφή 2001... Πραγματικός πληθυσμός. Νομοί, δήμοι, κοινότητες, δημοτικά και κοινοτικά διαμερίσματα και οικισμοί*. Αναρτήθηκε στην ιστοσελίδα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής: http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A1604/Other/A1604_SAP01_TB_DC_00_2001_01_F_GR.pdf (πρόσβαση 05 Δεκεμβρίου 2010).

Έμκε- Πουλοπούλου, Η.(2007). *Η Μεταναστευτική πρόκληση*. Αθήνα: Παπαζήση.

Εμμανουήλ, Δ, Ζακοπούλου, Ε., Κανταντζόγλου, Ρ., Μαλούτας, Θ. & Χατζηγιάννη, Α. (2008). *Κοινωνικοί και χωρικοί μετασχηματισμοί στην Αθήνα του 21^{ου} αιώνα*. Αθήνα: ΕΚΚΕ.

Enriquez, C.G. (2009). *Ισπανία, στο Τριανταφυλλίδου, Α.- Γρόπα, Ρ., Η μετανάστευση στην Ενωμένη Ευρώπη*. Αθήνα: Κριτική.

Ευλαμπίδου, Σ., (2005). *Εμβολιαστική κάλυψη παιδιών μεταναστών σε ένα αστικό Δήμο της Κρήτης*. (Διπλωματική εργασία), Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.

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

Ζαρκάδας Γρ. (2008). *Κοινωνική ενσωμάτωση μεταναστών και τοπική αυτοδιοίκηση*. Εισήγηση στην 4^η Γενική Συνέλευση Ελλήνων Αιρετών Αυτοδιοίκησης της Ευρώπης 8-9/11/2008.

Ζέρβας, Χ. (16/01/2008). *Ανοίξτε τα νοσοκομεία για τους λαθρομετανάστες, Ελευθεροτυπία*.

Θεοδωρίδης, Ν. (2008). *Ετήσια έκθεση 2008. Καταγραφή φαινομένων, ζητημάτων και κρουσμάτων ρατσισμού, διακρίσεων, ξενοφοβίας αλλά και καλών πρακτικών*. Αθήνα: Κέντρο Πληροφόρησης & Τεκμηρίωσης «Αντιγόνη».

Health care in nowhere land (χωρίς ημερομηνία). *Improving services for undocumented migrants in the EU*. Στο site: http://www.nowhereland.info/?i_ca_id=355 (πρόσβαση 05 Ιουνίου 2010).

HUMA (2009). *Ευρωπαϊκή Διακήρυξη των Επαγγελματιών Υγείας*. Ημερομηνία ανάκτησης 12 Αυγούστου 2010, από www.huma-network.org/.../Gia-mhia-prhosvase-chorhis-diakrhiseis-sten-ygeionomikhe-perhithalipse.

Ioisifides, T., (1997). *Immigrants in the Athens labour market: A comparative survey of Albanians, Egyptians and Filipinos*. Sussex: Academic Press.

Ιστοσελίδα BABEL: http://www.syn-eirmos.gr/Sub_vavel/index_s.html (πρόσβαση 10 Ιουνίου 2010).

Ιστοσελίδα Γιατρών του Κόσμου: <http://www.mdmgreece.gr> (πρόσβαση 10 Ιουνίου 2010).

Ιστοσελίδα Γιατρών χωρίς Σύνορα: http://www.msf.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=1866&Itemid=172 (πρόσβαση 10 Ιουνίου 2010).

Ιστοσελίδα Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού: <http://www.redcross.gr/default.asp?pid=11&la=1> (πρόσβαση 10 Ιουνίου 2010).

Ιστοσελίδα Ελληνικού Συμβουλίου για τους Πρόσφυγες: <http://www.gcr.gr/node/56> (πρόσβαση 10 Ιουνίου 2010).

Ιστοσελίδα Κλίμακας: http://www.klimaka.org.gr/1_1.htm (πρόσβαση 10 Ιουνίου 2010).

Ιστοσελίδα Praksis : <http://www.praksis.gr/default.asp?pid=2&la=1> (πρόσβαση 10 Ιουνίου 2010).

Jaehner E. (28.02.2009). Illegal Immigrants in Berlin, Germany may receive Health Care with Anonymous Insurance Card, *εφημερίδα: erblawg* (πρόσβαση 30 Ιουλίου 2010).

Καραμανλή, Θ. (2006). Εισαγωγή: Μετανάστες στην Ελλάδα. Στο Μόνιμη Επιτροπή Αρχιτεκτονικών θεμάτων (Επιμ.) *Αρχιτεκτονικοί και πολεοδομικοί μετασχηματισμοί στη Θεσσαλονίκη λόγω του φαινομένου της μετανάστευσης*, μέρος Α', σελ. 1-10. Θεσσαλονίκη: Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδας, Τμήμα Κεντρικής Μακεδονίας.

Καρανίκας, Χ. (29/01/2010). Επικεφαλής του ελληνικού γραφείου του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες. *Τα Νέα*.

Κάρλου, Χρ. & Ράμμου, Π. (2009). Η επίδραση της κουλτούρας στον Προσυμπτωματικό Έλεγχο του ουροποιογεννητικού και πεπτικού καρκίνου». *Νοσηλευτική*, 48 (4),367-378.

Κασιμάτη, Κ., (2003). Ιστορικές αναφορές των μεταναστευτικών ροών. Στο Κασιμάτη, Κ. (επιμ.), *Πολιτικές μετανάστευσης και στρατηγικές ένταξης. Η περίπτωση των Αλβανών και Πολωνών μεταναστών*. Αθήνα: Gutenberg.

Κατρούγκαλος, Γ., (2001). Τα κοινωνικά δικαιώματα των παράνομων αλλοδαπών, στο Αμίτσης, Γ., Λαζαρίδη, Γ. (επιμ.), *Νομικές και κοινωνικοπολιτικές διαστάσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα*. Αθήνα: Παπαζήση.

Κατσορίδας, Δ. (2007). Μετανάστες εργαζόμενοι και οικονομική ανάπτυξη». Στο Καψάλης, Α. (επιμ.), *Αδήλωτη απασχόληση και «νομιμοποίηση» των μεταναστών, η πρόκληση της μεταναστευτικής πολιτικής*. Μελέτες, Τ. 27. Αθήνα : ΙΝΕ- ΓΣΕΕ.

Καψάλης, Α. (α) (2007). Ο Νόμος 3386/2005: το «νέο» θεσμικό πλαίσιο. Στο Καψάλης, Α. (επιμ.), *Αδήλωτη απασχόληση και νομιμοποίηση των μεταναστών. Η πρόκληση της μεταναστευτικής πολιτικής*. Μελέτες Τ. 27, Αθήνα: ΙΝΕ- ΓΣΕΕ- ΑΔΕΔΥ.

Καψάλης, Α. (β) (2007). Αξιολόγηση των πρόσφατων εξελίξεων στην ελληνική μεταναστευτική πολιτική. Στο Καψάλης, Α. (επιμ.), *Αδήλωτη απασχόληση και νομιμοποίηση των μεταναστών. Η πρόκληση της μεταναστευτικής πολιτικής*. Μελέτες Τ. 27, Αθήνα: ΙΝΕ- ΓΣΕΕ- ΑΔΕΔΥ.

ΚΕΚ ΓΣΕΒΕΕ, (2006). *Μετανάστες και ένταξη στην αγορά εργασίας στην Ελλάδα*, Ενέργεια 2, δράση 1, ενημερωτικό έντυπο. Αθήνα.

Κοντιάδης, Ξ., (2007). Δημοκρατική συμμετοχή και δικαιώματα των μεταναστών. Μια οριακή περίπτωση ως έναυσμα επανεξέτασης θεμελιωδών εννοιών. Στο Κοντιάδης, Ξ. & Παπαθεοδώρου Θ. (επιστ. επιμ) *Η μεταρρύθμιση της μεταναστευτικής πολιτικής*. Αθήνα: Παπαζήση.

Κοντιάδης Ξ. & Παπαθεοδώρου Θ., (2007). Η μεταρρύθμιση της μεταναστευτικής πολιτικής. Αθήνα: Παπαζήση.

Kosic, A. & Τριανταφυλλίδου Α. (2009). Ιταλία. Στο Τριανταφυλλίδου, Α.-Γρώπα, Ρ., *Η μετανάστευση στην Ενωμένη Ευρώπη*, Αθήνα: Κριτική.

Κοτσιώνη, Ι., (2009). *Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα*. Αθήνα: Mighealthnet.

Κότταρη, Μ., (2008). Οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και ο ρόλος τους. *Καταναλωτικά Βήματα - Τεύχος Οκτωβρίου - Δεκεμβρίου 2006*, στην ιστοσελίδα http://kerka.org/index.php?option=com_content&task=view&id=230&Itemid=226 (πρόσβαση 03 Ιουλίου 2010).

Κουσούλης, Α. (2010). Περί προσφύγων... οι αριθμοί, οι ασθένειες, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, *Perceptum τ. Μαρτίου 2010*.

Κτιστάκης Γ. (επιστ. συνεργ.), **Γιωτοπούλου- Μαραγκοπούλου, Α.** (πρόεδρος), (2002). Η συμμόρφωση της Ελλάδας στις αποφάσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Κοινωνικών Δικαιωμάτων (βάσει συλλογικών προσφυγών που έχουν ήδη εξεταστεί). *Το Σύνταγμα*, 5, 2002 από: <http://tosyntagma.ant-sakkoulas.gr/praxeis/item.php?id=745#top> (πρόσβαση 01 Ματίου 2010).

Κυριακάκη, Ε.Ν.& Τζώρτζη, Α. (2008). Η πρόσβαση των μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας & πρόνοιας. Η εμπειρία του Συνηγούρου του Πολίτη, στο (επιμ.) Γούναρη, Δ., *Τα κοινωνικά δικαιώματα των αλλοδαπών στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Kymlicka, W. (1998). Multicultural Citizenship. In Shafir, G. *The citizenship debates*. Mineapolis: University of Minnesota Press.

Lazarescu, D. (Ιούνιος 2009). Ρουμάνικη μετανάστευση στην Ελλάδα: Άτυπα μεταναστευτικά δίκτυα,. ΕΛΙΑΜΕΠ, στο <http://www.eliamep.gr/wp-content/uploads/2009/06/ro-gr.pdf> (πρόσβαση 10 Αυγούστου 2010).

Iempesi, H., Ploumpidis, D., Kontaxakis V.P., Havaki- Kontaxaki, B.J., Konstantakopoulos, G., Gonodakis, F., Papadimitriou, G.N. (2009) (ερευνητική εργασία), Clinical symptoms and social functioning among immigrant and greek patients with schizophrenia: A comparative study, *Psychiatriki*, 20, 319- 328.

Λιανός, Θ., Κανελλόπουλος Κ. Γρέγου, Μ., Γκρέμι, Έ. & Παπακωνσταντίνου Π., (2008). *Πρόγραμμα ΑΕΝΕΑΣ. Εκτίμηση του όγκου των αλλοδαπών που διαμένουν παράνομα στην Ελλάδα*. Αθήνα : ΙΜΕΠΟ.

Lipsky, M. (2010/1980). Street level bureaucracy. Dilemmas of the individuals in public services, (30th Ed.) Russell Sage Foundation.

Μαντζούφας, Π.- Γ. (27-05-2010). *Μεταναστευτικά ρεύματα και κοινωνική ένταξη στη σύγχρονη Ελλάδα*. Αναρτήθηκε στην ιστοσελίδα: http://nosferatos.blogspot.com/2010/05/blog-post_7786.html (πρόσβαση 15 Ιουνίου 2010).

Μαράτου- Αλιπράντη, Α. & Γκαζόν Έ., (2005). *Μετανάστευση και υγεία- πρόνοια. Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης- Προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης*, (έκθεση). Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

Με διακοπή ευρωπαϊκών κονδυλίων απειλείται το Ψυχαργός, (03/12/2009). *Το Βήμα*.

Μοαβία, Α. (2001). Κοινότητα Σουδανών. Στο (επιμ.) Μαυράκης, Α. Παρσάνογλου, Δ.& Πάυλου Μ., *Μετανάστες στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Μοσχοβάκη, Α. (24/03/2010). *Φυματίωση: μια εκτεταμένη και θανατηφόρος νόσος*. Αναρτήθηκε στη σελίδα http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=11193 (πρόσβαση 10 Μαΐου 2010).

Μπαγκαβός, Χ., Καψάλης Α. (2008). Το πλαίσιο της μεταναστευτικής πολιτικής στην Ελλάδα. Στο Μπαγκαβός, Χ., Παπαδοπούλου Δ. ,Συμεωνάκη Μ.(επιμ) *Μετανάστευση και παροχή υπηρεσιών σε μετανάστες στην Ελλάδα*. Μελέτες Τ.29, εκδόσεις ΙΝΕ- ΓΣΕΕ, Αθήνα.

Μπαλάσκας, Σ. (29/01/2009). «Ευρωκατηγορώ» για το μπουντρούμι των προσφύγων. *Ελευθεροτυπία* .

Μπεζεβέγκης, Η. (επιμ.) (2008). *Μετανάστες στην Ελλάδα: Επιπολιτισμός και ψυχοκοινωνική προσαρμογή*. Αθήνα: ΙΜΕΠΟ.

Μπογιόπουλος, Γ. (2010). Οι Γιατροί του Κόσμου στο μέτωπο της Αθήνας. *Εψιλον Κυριακάτικης Ελευθεροτυπίας*.

Μπούζκοβα, Ρ. (2008). *Μεταναστευτική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης- Η περίπτωση της Ελλάδας* (ανέκδοτη μεταπτυχιακή εργασία). Πάντειο Πανεπιστήμιο κοινωνικών και πολιτικών επιστημών, Αθήνα.

Οι επαναπροωθήσεις προσφύγων στην Ελλάδα πρέπει να σταματήσουν (28 /11/ 2007). *Indymedia*, <http://athens.indymedia.org>. (Το άρθρο είναι από το site του σουηδικού καναλιού TV4). (πρόσβαση 10 Ιουνίου 2009).

OneEarth. (06/04/08). *Διεθνής κατακραυγή για τη μεταχείριση προσφύγων στην Ελλάδα*. δημοσιεύτηκε στη σελίδα: <http://www.oneearth.gr> (πρόσβαση 10 Ιουνίου 2009).

Παλτόγλου, Ε. & Τράντα, Ε. (2009). *Πολιτισμικές διαφοροποιήσεις στην υγεία: Μελέτη αναγκαιότητας προσαρμογής των λειτουργιών υγείας σε ένα πολυπολιτισμικό περιβάλλον*. Πρακτικά συνεδρίου «Κοινωνία και Υγεία». Σύνδεσμος κοινωνιολόγων Κύπρου αναρτήθηκε στη σελίδα: <http://www.sociology.org.cy/pdfs/Paltoglou%20Tranta%20gr.pdf> (πρόσβαση 03 Μαρτίου 2010).

Παπαβασιλείου, Δ. (2005). *Η ψυχική υγεία και η επίδραση της μετανάστευσης στην ελληνική πραγματικότητα*, (Διπλωματική εργασία). Τμήμα Βαλκανικών, Σλαβικών, Ανατολικών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Παπαβασιλείου, Α., Ραυτοπούλου, Α., Ταμβάκης, Β., Βαρώνου, Ε., Κουμαντάκης, Π., Παπαγεωργίου, Π., Αναγνώστου, Σ., Καναβάκη, Σ., Καράμπελα, Σ., Νικολάου, Σ. & Κόντος, Φ. (2005). *Επιδημιολογικές μεταβολές της φυματίωσης στην Ελλάδα, από τη συνεχιζόμενη μετανάστευση. Πνεύμων, 1*, αναρτήθηκε στο site <http://pneumon.org/index.php?section=673&newsid640=108&query=%CE%B7&modules=a%3A1%3A{s%3A6%3A%22CE%9D%CE%AD%CE%B1%22%3Ba%3A1%3A{i%3A0%3Bs%3A4%3A%22news%22%3B}}&queryoptions=a%3A2%3A{s%3A4%3A%22type%22%3Bs%3A3%3A%22tag%22%3Bs%3A10%3A%22querytitle%22%3Bs%3A20%3A%22CE%A3.+%CE%9A%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CE%B2%CE%AC%CE%BA%CE%B7%22%3B}> (πρόσβαση 03 Μαρτίου 2010).

Παπαδοπούλου, Α. (04/02/2011). *Λαός ή έθνος. Το Έθνος*.

Παπαδοπούλου, Δ. *Κοινωνικό κράτος και κοινωνικά δικαιώματα: Από σχέση υποστήριξης σχέση σύγκρουσης*. Πάντειο Πανεπιστήμιο.

Παπαδοπούλου Τ. (2002). *Θεσμικές καινοτομίες στην αντιμετώπιση της μετανάστευσης. Σύνταγμα, 4*. Αθήνα.

Παπαθεοδώριδης, Γ. (2006). *Η φυσική ιστορία της ηπατίτιδας C. Ιατρικό Βήμα, 2*, 14-18.

Παπαθεοδώρου, Θ. (a)(2007). *Η μεταρρύθμιση της μεταναστευτικής πολιτικής: οι θεσμικές εκκρεμότητες*. Στο Κοντιάδης Ξ. & Παπαθεοδώρου, Θ. (επιστ. επιμ) *Η μεταρρύθμιση της μεταναστευτικής πολιτικής*. Αθήνα : Παπαζήση.

Παπαθεοδώρου Θ. (b)(2007). *Νομικό Καθεστώς Αλλοδαπών*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Παππά, Ε. (2008). *Η πρόσβαση των μεταναστών και των προσφύγων στις υπηρεσίες υγείας. Διεθνής εμπειρία και ελληνική πραγματικότητα*. Στο Γούναρη, Δ. (επιμ.) *Τα κοινωνικά δικαιώματα των αλλοδαπών στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Pavlou, M, Christopoulou N. (2008). *Living Together Programme. Migrant Cities Research: Athens*. Athens: British Council.

- Παύλου Μ. & Χριστόπουλος Δ.** (2004). *Η Ελλάδα της μετανάστευσης. Κοινωνική συμμετοχή, δικαιώματα και ιδιότητα του πολίτη*. Αθήνα: Κριτική.
- Πολυζωίδης, Π.** (2006). *Εθελοντισμός και κοινωνική προστασία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Powel, M.**, (2002). The hidden History of Social Citizenship. *Citizenship Studies*, 6 (3).
- Praksis** (2007) *Ετήσια Αναφορά Δράσης της PRAKSIS* για την περίοδο Νοέμβριος 2006- Σεπτέμβριος 2007 αναρτήθηκε στο site <http://www.praksis.gr/default.asp?pid=54&la=1> (πρόσβαση 10 Ιουνίου 2010).
- Roman, R. O.** (2004). Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? *European Journal of Health Law*, 11, 245-272.
- Roussos, Ath., Goritsas C., Pappas Th., Spanaki, M., Papadaki,P., Ferti,A.**, (2003). Prevalence of hepatitis B and C among refugees in Athens. *World Journal of Gastroenterology*, 9 (5), 993-995.
- Sainsbury, D.** (2006). Immigrants' social rights in comparative perspective: welfare regimes, forms of immigration and immigration policy regimes. *Journal of European Social Policy*, 16 (3), 229-244.
- Σαμπατάκου Ε.** (2008). *Διεθνείς και Ευρωπαϊκές Συνιστώσες της Ελληνικής Μεταναστευτικής Πολιτικής*. Αθήνα: ΙΜΕΠΟ.
- Σαργέντης, Ι.**, (15/05/2008). Μετανάστευση και ψυχική υγεία. Ανακοίνωση στην ημερίδα *Διαπολιτισμικότητα και Πολιτισμική Διαμεσολάβηση: Μοχλοί Ανάπτυξης*. Αθήνα.
- Schuerkens, U.** (2009). Γαλλία. Στο Τριανταφυλλίδου, Α.& Γρόπα, Ρ. (επιμ.) *Η μετανάστευση στην Ενωμένη Ευρώπη*. Αθήνα: Κριτική.
- Σιταρόπουλος, Ν.**, (12/12/2002). *Ζητήματα Διακριτικής μεταχείρισης αλλοδαπών εργαζομένων για την αποζημίωση τους από εργατικά ατυχήματα*. Αθήνα: Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΕΔΑ).
- Συμβούλιο Ευρωπαϊκής Ένωσης**, (2003). *Κανονισμός (ΕΚ)αρ. 343/2003 του Συμβουλίου της 18 Φεβρουαρίου 2003 για τη θέσπιση κριτηρίων και μηχανισμών για την εξέταση αίτησης ασύλου που υποβάλλεται σε κράτος μέλος από υπήκοο τρίτης χώρας*. Βρυξέλλες: Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Τοντσέφ, Πλ.**, (2007). *Ασιάτες μετανάστες στην Ελλάδα. Προέλευση, παρόν και Προοπτικές*. Αθήνα: ΙΔΟΣ, Τμήμα Ασιατικών Σπουδών.
- Triandafyllidou, A. & Maroukis, T.** (12/2008). The Case of the Greek Islands: The Challenge of Migration at the EU's Southeastern Sea Borders. *Documentos Serie: Migraciones No 17*, Barcelona.
- Τριανταφυλλίδου Α.** (2005). *Ελληνική μεταναστευτική πολιτική: Προβλήματα και κατευθύνσεις*. Αθήνα: ΕΛΙΑΜΕΠ.
- Τσιάρας Γ.** (11/06-2009). Ο Καντάφι είναι στη Ρώμη για δουλειές. *Το Βήμα*.
- Τσώλη, Θ.** (13/11/2005). Θερίζουν οι ξεχασμένες ασθένειες. *Το Βήμα*.
- Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης, Δ/ση Αλλοδαπών & Μετανάστευσης, Α' Τμήμα Αδειών Παραμονής Εγκύκλιος αριθμός:38 Εφαρμογή των διατάξεων του Ν.3386/2005 (ΦΕΚ 212 τ. Α' 23.08.2005)**, Αθήνα: 23/12/2005. Αθήνα: ΥΠΕΣΔΔΑ.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης** (2008). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη 2008-2012*. Αθήνα: ΥΥΚΑ.

Φαζλούλ, Ντ., (2001). Κοινότητα Μπαγλαντεσιανών. Στο Μαρβάκη, Α. Παρσανόγλου Δ.& Παύλου Μ. (επιμ.), *Οι μετανάστες στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα .

Χρυσογόνος, Κ. (2006). *Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Ψημμένος, Ι. & Σκαμνάκης, Χ. (2008). *Οικιακή εργασία των μεταναστών και κοινωνική προστασία: Η περίπτωση των γυναικών από την Αλβανία και την Ουκρανία*. Αθήνα: Παπαζήση.

VPRC (2006). *Στάσεις και αντιλήψεις της ελληνικής κοινωνίας απέναντι στους μετανάστες*. Αθήνα.

ΑΛΛΕΣ ΠΗΓΕΣ

Baldwin-Edwards, M. (χωρίς ημερομηνία). *Η ένταξη των μεταναστών στην Αθήνα: δείκτες ανάπτυξης και στατιστικές μέθοδοι μέτρησης*. Αθήνα.

Βαρδαρός, Σ. (2008). *Όψεις (Αν)ισότητας και διάκρισης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.): Δομική ατέλεια του συστήματος ή απόρροια ατομικών συμπεριφορών;* (Διπλωματική εργασία), Τμήμα Κοινωνική Πολιτικής, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Βαρουξή Χ., Σαρρή Ν., Φραγκίσκου Α. (2009). *Όψεις μεταναστευτικής πολιτικής στην Ελλάδα σήμερα*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ).

Βεντούρα, Α. (1994). *Μετανάστευση και έθνος, μετασχηματισμοί στις συλλογικότητες και κοινωνικές θέσεις*. Αθήνα: Θεωρία και μελέτες ιστορίας 15, Ε.Μ.Ν.Ε.- Μνήμων.

Βεργέτη, Μ. (1999). *Παλιννόστηση και κοινωνικός αποκλεισμός*. Θεσσαλονίκη: Αδελφοί Κυριακίδη.

Bilborrow, R. E., Oberai, A. S. (1984). *Migration surveys in low income countries. Guidelines for survey and questionnaire design*. London: Croom Helm.

Cholewinski, R. (2005). *Study on obstacles to effective access of irregular migrants to minimum social rights*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Dorn, T., Ceelen, M., Tang, M.-J., Browne, J. L., Keijzer, K. J.C., Buster, M. CA & Das, K. (2011). Health care seeking among detained undocumented migrants: A cross-sectional study. *BMC Public health* 11, 190-199.

Dwyer, P. (2004). *Understanding Social Citizenship*. Bristol: The Policy Press.

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (2008). *Έγκριση της "μπλε κάρτας" από την αρμόδια κοινοβουλευτική επιτροπή*. Αναρτήθηκε στην ιστοσελίδα www.europarl.europa.eu (πρόσβαση 02 Μαΐου 2010).

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (03-12-2009). *Αξιοπιστία αντί για «παιχνίδια με τους αριθμούς»*: Τελικά αποτελέσματα από ένα χρηματοδοτούμενο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή ερευνητικό πρόγραμμα σχετικά με την μη νόμιμη μετανάστευση στην Ευρώπη. Αναρτήθηκε στην ιστοσελίδα <http://clandestino.eliamep.gr/wp-content/uploads/2009/12/clandestinocontent/uploads/2009/12/clandestino-press-release-gr1.pdf> (πρόσβαση 05 Μαΐου 2010).

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Τάμπερε (15-16/10/1999) *Συμπεράσματα της Προεδρίας*. Αναρτήθηκε στην ιστοσελίδα http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressdata/el/ec/91400.pdf (πρόσβαση 05 Μαΐου 2010).

Europa (1997). *Συνθήκη του Αμστερνταμ*. Αναρτήθηκε στην ιστοσελίδα Στο site: http://europa.eu/scadplus/glossary/amsterdam_treaty_el.htm (πρόσβαση 05 Μαΐου 2010).

Europa (2000). *Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων*. Αναρτήθηκε στην ιστοσελίδα: http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/citizenship_of_the_union/133501_el.htm (πρόσβαση 05 Μαΐου 2010).

Europa (16/07/2007). *Σύνοψη της νομοθεσίας της ΕΕ, Μετανάστευση, ένταξη και απασχόληση*. Αναρτήθηκε στην ιστοσελίδα: http://europa.eu/legislation_summaries/other/c10611_el.htm (πρόσβαση 05 Μαΐου 2010).

Eurostat new realize (18/11/2008). *Immigration in the EU-27 in 2006*. Αναρτήθηκε στην ιστοσελίδα: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-18112008-AP/EN/3-18112008-AP-EN.PDF (πρόσβαση 05 Μαΐου 2010).

Green N. L. (2004). *Οι δρόμοι της μετανάστευσης, σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Σαββάλας.

Καραγεωργίου, Σ. (2009). *Θερίζουν τα κονδυλώματα γυναίκες και μικρές ηλικίες. Επίκαιρα*.

Κατερέλος, Γ. (επιστημονικός υπεύθυνος) (2007). *Το ψυχοκοινωνικό προφίλ του μετανάστη: Μια ψυχοκοινωνική έρευνα*, Αθήνα: ΙΜΕΠΟ.

Lue, S. (1998). *Handbook of immigrant health*. New York: Springer.

Marshall, T. H. & Bottomore, T. (2001). *Ιδιότητα του Πολίτη και Κοινωνική Τάξη (Ο. Στασινοπούλου Μτφρ)*. Αθήνα: Gutenberg (1992)

Μοσχοβάκη, Α. (24/03/2010). *Φυματίωση: μια εκτεταμένη και θανατηφόρος νόσος*. Αναρτήθηκε στη σελίδα http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=11193 (πρόσβαση 05 Μαΐου 2010).

Μουσούρου Α. (1991). *Μετανάστευση και μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα και στην Ευρώπη*. Αθήνα: Gutenberg.

Ναζάκης Χ., Χλέτσος Μ. (2003). *Μετανάστες και μετανάστευση, οικονομικές και κοινωνικές πτυχές*. Αθήνα: Πατάκη.

Nikolopoulos, G., Arvantis, M., Masgala, A., & Paraskeva, D. (2005). *Migration and HIV epidemic in Greece*. *European Journal of Public Health*. Αναρτήθηκε στη σελίδα: http://mighealth.net/el/index.php/%22Migration_and_HIV_epidemic_in_Greece%22 (πρόσβαση 10 Ιουλίου 2010).

Scherzer M., Rejeske, J. & Gurvitch, A. (2010). *Health insurance and immigrants: Obstacles to enrollment and recommendations*. New York: NYFAHC.

Stampino V. G. (2007). *Improving access to multilingual health information for newcomers to Canada*. *Journal of the Canadian Libraries Association*, 28, 15-18.

Τζανέτου, Κ. (2006). *Ψώρα: επανεμφάνιση μιας ξεχασμένης νόσου*. *Δελτίο Μικροβιολογικής Εταιρείας, τόμος 51(5)*.

Ugalde, A. & Cardenas, G. (1997). *Health and social services among international labor migrants: a comparative perspective*. Texas: University of Texas Press.

Χεκμόγλου, Α. (17/12/2009). *Πάνω από 900.000 οι μετανάστες στην Ελλάδα. Το Βήμα*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ

ΕΝΟΤΗΤΕΣ

Μετανάστευση

1. Από ποια χώρα κατάγεστε;
2. Πόσα χρόνια είστε στην Ελλάδα;
3. Πως αποφασίσατε να εγκατασταθείς στη χώρα- πόλη;
4. Έχετε γνωστούς εδώ;
5. Πως ήταν η διαδρομή από τη χώρα σας έως εδώ;

Ένταξη

1. Έχετε χαρτιά;
2. Γνωρίζετε τη γλώσσα;
3. Πως τη μάθατε;
4. Εργάζεστε;
5. Αν ναι, που;
6. Πως βρήκατε τη δουλειά;
7. Έχετε ασφάλιση; Που;
8. Πως θα περιγράφατε τη ζωή σας εδώ;
9. Τι σας λείπει από τη χώρα σας;

Επίπεδο ζωής

1. Έχετε οικογένεια;
2. Αν ναι, έχει έρθει στην Ελλάδα;

3. Έχετε παιδιά; Πόσα;
4. Πηγαίνουν σχολείο;
5. Είναι ασφαλισμένα αυτά και η σύζυγος σας; Που;
6. Η σύζυγος σας εργάζεται;
7. Η κατοικία είναι ιδιόκτητη ή ενοίκιο;
8. Πόσοι κατοικούν στο σπίτι;
9. Έχετε ελεύθερο χρόνο;
10. Τι κάνετε σε αυτόν;

Σχέση με κοινωνικές υπηρεσίες

1. Σε ποιες υπηρεσίες έχετε απευθυνθεί; (ΟΑΕΔ/ ΙΚΑ)
2. Πως σας αντιμετώπισαν εκεί οι υπάλληλοι;
3. Πως νιώσατε;
4. Έχει αλλάξει κάτι στα χρόνια που μένετε εδώ; (σας αντιμετωπίζουν διαφορετικά διότι σας γνωρίζουν; Έχετε μάθει να τους αντιμετωπίζετε;)
5. Έπαιξε κάποιο ρόλο στη σχέση σας με τις υπηρεσίες η γνώση/ άγνοια της γλώσσας;
6. Χρειαστήκατε ποτέ διερμηνέα; Πως ήταν η διαδικασία;

Υγεία

1. Κάνετε κάποιες προληπτικές εξετάσεις;
2. Αντιμετωπίσατε κάποιο πρόβλημα υγείας όλα αυτά τα χρόνια;
3. Αν ναι, πως το αντιμετώπισατε (πήγατε σε γιατρό, βρήκατε άλλη λύση ή πήγατε σε ιδιώτη; Σε περίπτωση εγκυμοσύνης επισκεφτήκατε το ΚΥ ή κάποιο γενικό νοσοκομείο για την εποπτεία και τη γέννα;)
4. Εκεί που εργάζεστε είχατε κάποιο ατύχημα; Τι έγινε;
5. Χρειάστηκε ποτέ να επισκεφτείτε κάποιο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας;
6. Τι πρόβλημα υγείας είχατε;
7. Πως σας αντιμετώπισαν εκεί;
8. Δημιουργήθηκε κάποιο πρόβλημα με τα χαρτιά σας;
9. Σας βοήθησε κάποιος;
10. Θα ξαναπηγαίνατε εκεί αν χρειαζόταν;

ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΝΟΤΗΤΕΣ

Εργασία

1. Από πού κατάγεστε; (επαρχία/ πόλη)
2. Τι ειδικότητα έχετε;
3. Πόσα χρόνια εργάζεστε ως γιατρός;
4. Πόσα χρόνια εργάζεστε στο Κέντρο Υγείας Γαλατά;
5. Είχατε εργαστεί στο παρελθόν σε γενικό νοσοκομείο;
6. Είχατε εργαστεί στο παρελθόν σε κάποια μεγαλύτερη πόλη;
7. Αν ναι, ποιες διαφορές βρίσκετε στην εργασία σας ανάμεσα στην πόλη και σε μια επαρχιακή περιοχή όπως ο Γαλατάς, σε σχέση με τους ασθενείς σας;

Μετανάστες

1. Έρχονται αλλοδαποί στο Κέντρο Υγείας;
2. Αν ναι, τι είδους προβλήματα υγείας αντιμετωπίζουν συνήθως;
3. Από ποιες χώρες προέρχονται;
4. Έχουν ασφαλιστική κάλυψη;
5. Αν ναι, ποιος είναι ο κυριότερος φορέας ασφάλισης των αλλοδαπών στην περιοχή που απευθύνονται σε εσάς;
6. Τι συμβαίνει στις περιπτώσεις όπου ο αλλοδαπός δεν είναι ασφαλισμένος σε κάποιο ταμείο;

Στάση απέναντι στους μετανάστες

1. Ποιες είναι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζετε στην επαφή σας με τους αλλοδαπούς ασθενείς που απευθύνονται στο Κέντρο Υγείας; (γλώσσα/ κουλτούρα)
2. Τι κάνετε σε αυτές τις περιπτώσεις;

3. Παίζει κάποιο ρόλο η ασφαλιστική κάλυψη του ασθενούς για τις υπηρεσίες που παρέχετε;

4. Σας περιορίζουν οι εντολές του Υπουργείου Υγείας στην άσκηση των καθηκόντων σας;

Νομοθετικές ρυθμίσεις για τη μετανάστευση στην Ελλάδα

Το 1991 η ελληνική Πολιτεία εισάγει τον Ν. 1975, με στόχο την αντιμετώπιση του φαινομένου της παράνομης μετανάστευσης μέσω καταγραφής και νομιμοποίησης του μεταναστευτικού πληθυσμού της χώρας. Το πνεύμα αυτού του νομοθετικού πλαισίου ήταν περισσότερο κατασταλτικό και περιοριστικό, εφόσον βασικός στόχος του ήταν η μείωση των αντικανονικών αλλοδαπών που ζούσαν στην Ελλάδα μέσω της επαναπροώθησης τους στις χώρες προέλευσης τους (Κοντιάδης-Παπαθεοδώρου, 2007:54).

Οι διατάξεις αυτού του νόμου αφορούσαν στις συνθήκες εισόδου και παραμονής όσων αλλοδαπών ζούσαν στη χώρα. Η ρύθμιση αυτή κινείτο μεταξύ της αστυνομικής λογικής και ενός γενικότερου πνεύματος καταστολής (Μαράτου Αλιμπράντη- Γκαζόν, 2005:9). Αντιμετώπιζε το φαινόμενο της παράνομης μετανάστευσης με υψηλό πρόστιμο για εργοδότες και εργαζόμενους μετανάστες χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα (διαβατήριο, βίζα, άδεια παραμονής), όπως επίσης και με απέλαση των μεταναστών. Προέβλεπε μετάκληση του αλλοδαπού εργαζόμενου υπό αυστηρές προϋποθέσεις (συγκεκριμένη θέση εργασίας για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και εργοδότη) (Έμκε- Πουλοπούλου, 2007:721). Σε περίπτωση αντικανονικής εισόδου και παραμονής, ελλείπει των απαραίτητων νομιμοποιητικών εγγράφων επιτρεπόταν η απέλαση του. Καθορίζονταν επίσης οι διαδικασίες παροχής ασύλου, οι συνοριακοί έλεγχοι και οι συνθήκες εργασίας (Μπαγκαβός κα, 2008:70). Παρ' όλα αυτά ο στόχος δεν επετεύχθη, από τη μια πλευρά επιδίωκε τον έλεγχο και περιορισμό της εισόδου των αντικανονικών αλλοδαπών και από την άλλη, την ίδια περίοδο, παρατηρήθηκε αύξηση του αριθμού τους (Τριανταφυλλίδου, 2005:22). Η προσπάθεια εναρμόνισης της εθνικής μεταναστευτικής πολιτικής με αυτή της Ευρωπαϊκής Ένωσης έπεσε επίσης στο κενό από τη στιγμή που η ελληνική πολιτεία περιορίστηκε μόνο στην πρόσθεση των κοινοτικών οδηγιών στον εθνικό νόμο χωρίς όμως να προχωρήσει και στην ουσιαστική εφαρμογή τους (Παπαδοπούλου, 2002).

Ήδη το πρώτο πείραμα απέδειξε ότι τα παραπάνω μέτρα δεν επαρκούσαν για να επιλυθεί το ζήτημα της μετανάστευσης στην ελληνική επικράτεια. Έγινε πλέον αντιληπτό ότι έπρεπε να επαναληφθεί η προσπάθεια, στηριγμένη πλέον σε άλλη βάση. Κατ' αρχήν έπρεπε να αλλάξει το ίδιο το πνεύμα του νόμου, να ξεφύγει από αυτή τη λογική της αστυνόμευσης που ίσχυε ως τότε. Επιβαλλόταν επίσης να αντιμετωπίσει το

φαινόμενο της μετανάστευσης με μια πιο σύγχρονη αντίληψη για το ρόλο της στην ελληνική οικονομία και κοινωνία (Μπαγκαβός κα, 2008:74).

Το 2001 πραγματοποιήθηκε η δεύτερη προσπάθεια βελτίωσης του πλαισίου για τη μετανάστευση με τον Ν. 2910³⁸. Στην ουσία του όμως ο νόμος αυτός είναι η κωδικοποίηση και ενοποίηση των ποικίλων διατάξεων που προέκυψαν από το Ν.1975/1991 (Παπαδοπούλου, 2002).Εισάγει νέα μέτρα, όπως η διάκριση μεταξύ μεταναστών και προσφύγων, καθώς επίσης θεσπίζει την ίδρυση αρμόδιων υπηρεσιών για τη μετανάστευση (Μπαγκαβός κα, 2008:74). Επίσης ορίζεται ως απαραίτητη προϋπόθεση για την είσοδο αλλοδαπού εργαζομένου στην Ελλάδα η αίτηση στο ελληνικό προξενείο στη χώρα του. Μειώνεται η ελάχιστη διάρκεια παραμονής ως προϋπόθεση για την απόκτηση άδειας παραμονής αορίστου χρόνου, σε συνδυασμό με τη συνδρομή του ΟΑΕΔ (VPRC, 2006: 11). Πολύ σημαντικό στοιχείο αυτού του νόμου, που τον διαχωρίζει από τον 1975/1991, είναι η αναγνώριση, ορισμένων έστω, κοινωνικών δικαιωμάτων στους μετανάστες, όπως είναι η δυνατότητα εγγραφής των ανήλικων τέκνων των αλλοδαπών στη δημόσια εκπαίδευση³⁹, η οποία συνιστά στοιχείο της πολυπολιτισμικής κοινωνίας και αποτελεί συστατικό στοιχείο στη διαμόρφωση της ταυτότητας του πολίτη (Παπαθεοδώρου (b),2007:60). Το ζήτημα της πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας αναφέρθηκε επίσης, για πρώτη φορά μετά το 2000, στον παρόν νόμο και ήταν άμεσα συνυφασμένο με την απασχόληση και το νόμιμο καθεστώς παραμονής, κάτι το οποίο ίσχυε για ελάχιστους μετανάστες που ζούσαν στην Ελλάδα τη δεκαετία του 1990 (Κοτσιώνη, 2009:23). Επιπλέον, διευκολύνεται η διαδικασία της οικογενειακής επανένωσης, η οποία είναι πολύ βασική για την ομαλή κοινωνική ένταξη του αλλοδαπού στον κοινωνικό ιστό της χώρας υποδοχής. Όσον αφορά στη νόμιμη εργασία και στην κοινωνική ασφάλιση αναγνωρίζονται ίσα δικαιώματα μεταξύ αλλοδαπών, υπηκόων τρίτων χωρών και Ελλήνων (Εμκε-Πουλοπούλου, 2007:722). Ακόμα όμως και αυτή η νομοθετική προσπάθεια από ό,τι αποδείχτηκε έπεσε στο κενό εφόσον από τις διατάξεις του, υπονοούνταν χρονοβόρα διαδικασία, υψηλό κόστος νομιμοποίησης, εξαντλητική γραφειοκρατία, χωρίς εκ

³⁸ «Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια. Κτήση της ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις»

³⁹Άρθρο 40 «Πρόσβαση ανήλικων αλλοδαπών στην εκπαίδευση»... Η εγγραφή μπορεί να γίνει και με ελλιπή στοιχεία σε περίπτωση πρόσφυγα, αιτούντος άσυλο αλλά και (εδάφιο δ') :αλλοδαπών που διαμένουν στην Ελλάδα, ακόμα και αν δεν έχει ρυθμιστεί η νόμιμη παραμονή τους σε αυτήν

τούτου να συντελεί σε μια συγκροτημένη και συγκεκριμένη πολιτική (Γραμματεία οικονομικών μεταναστών ΓΣΕΕ, 2007: 197).

Πέραν τούτου όμως, από την παρούσα έρευνα προέκυψε ότι η διαδικασία νομιμοποίησης του μεταναστευτικού πληθυσμού της Ελλάδας βάσει του Ν.2910/2001, ήταν μια ενέργεια, η οποία διευκόλυνε σε μεγάλο βαθμό τη νομιμοποίησή τους. Απαιτούνταν ελάχιστα έγγραφα απόδειξης ότι κατοικούσαν στην Ελλάδα και δεν απαιτούνταν ένσημα. Αποτέλεσμα της όλης ενέργειας ήταν να νομιμοποιηθεί η παραμονή στη χώρα για το μεγαλύτερο ποσοστό των μεταναστών που ζούσαν στην επαρχία Τροιζηνίας. Εν τέλει όμως, παρ' όλες της προσπάθειες ρύθμισης του ζητήματος το αποτέλεσμα παραμένει το ίδιο, καθώς αντιμετωπίζεται ως πρόβλημα και όχι ως σύγχρονο φαινόμενο, ούτως ώστε να τεθούν πιο ριζοσπαστικές και ευέλικτες λύσεις του.

Το 2005 έγινε μια ακόμα προσπάθεια ρύθμισης του ζητήματος της μετανάστευσης με τη θέσπιση του Ν.3386, σχετικά με την «Είσοδο, Διαμονή και Κοινωνική Ένταξη Υπηκόων Τρίτων Χωρών στην Ελληνική Επικράτεια». Σκοπός αυτού του νέου θεσμικού πλαισίου είναι η κάλυψη των κενών και αδυναμιών που προέκυψαν από την εφαρμογή του προηγούμενου νόμου (Ν.2910/2001). Γίνεται, για μια ακόμα φορά, προσπάθεια καταγραφής των παράνομων μεταναστών μέσα από μια στρατηγική διαχείρισης των μεταναστευτικών ροών, με την αποφυγή φαινομένων ανεξέλεγκτης εισόδου και εξόδου αλλοδαπών από τη χώρα (ΥΠΕΣΔΔΑ:2005). Ένα καινούριο στοιχείο που εισάγεται από τον συγκεκριμένο νόμο και τον διαφοροποιεί κατά πολύ από τους προηγούμενους, είναι οι δράσεις για την κοινωνική τους ένταξη (Μπαγκαβός κα, 2008:80). Ο άξονας αυτός μάλιστα στη συνέχεια κατοχυρώνεται και με τον Ν.3304/2005 με τίτλο «Εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης ανεξαρτήτως φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού». Στη ουσία, ο νόμος αυτός προσθέτει τις κοινοτικές οδηγίες 2000/43/EK και 2000/78/EK, στην εθνική νομοθεσία και στόχο έχει την καταπολέμηση των διακρίσεων στον τομέα της απασχόλησης και της εργασίας (Σαμπατάκου, 2008: 290,293).

Στις γενικότερες διατάξεις του ο Ν.3386/2005 δε διαφοροποιείται ουσιαστικά από τον προηγούμενο. Φαίνεται να προκύπτει περισσότερο σαν φυσική του εξέλιξη παρά σα μια ουσιαστική τομή στο μεταναστευτικό ζήτημα. Τα κυριότερα σημεία, στα οποία

εστιάζεται ο νόμος, είναι η νομιμοποίηση των αλλοδαπών που κατοικούν στη χώρα χωρίς τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα (άδεια παραμονής), η ενσωμάτωση των κοινοτικών οδηγιών 2003/86 και 2003/109, η οικογενειακή επανένωση και η χορήγηση του καθεστώτος επί μακρός διαμένοντος αλλοδαπού και τέλος η απλοποίηση των διοικητικών διαδικασιών για τη διευκόλυνση απόκτησης των αδειών, με την κωδικοποίηση των αδειών και την έκδοση της άδειας παραμονής ενιαίου τύπου (Καψάλης (α),2007: 219-221).

Ο πρόσφατος νόμος 3838/2010⁴⁰, αφορά στην απόδοση της ελληνικής ιθαγένειας στους αλλοδαπούς που διαμένουν περισσότερα από οχτώ χρόνια στην Ελλάδα και στα παιδιά τους και στην αναγνώριση μέρους των πολιτικών τους δικαιωμάτων με τη συμμετοχή στις δημοτικές εκλογές. Ο νόμος αυτός έχει εγείρει πολλές αντιδράσεις και στάθηκε αφορμή για ποικίλες κοινοβουλευτικές συγκρούσεις, είτε υπέρ είτε κατά αυτού. Το θέμα παραπέμφθηκε στο Δ' Τμήμα του Συμβουλίου της Επικράτειας κρίνοντας παράνομες της διατάξεις του σχετικά με τη δυνατότητα πολιτογράφησης μεταναστών. Η αντιδικία στηρίζεται πάνω στην έννοια του έθνους και της ελληνικής συνείδησης (Παπαδοπούλου, 2011). Η απόδοση της ιθαγένειας θα κάλυπτε το μεγάλο κενό που έχει δημιουργηθεί για τη δεύτερη γενιά μεταναστών, η οποία βρίσκεται εγκλωβισμένη στην γκρίζα ζώνη, χωρίς να ανήκει ουσιαστικά πουθενά. Γεγονός, το οποίο επηρεάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό την ενσωμάτωση τους στην ελληνική κοινωνία αλλά και στη χρήση των κοινωνικών τους δικαιωμάτων.

⁴⁰ Ν. 3838/2010 ΦΕΚ Α' 49/24.03.2010 «Σύγχρονες διατάξεις για την ελληνική ιθαγένεια και την πολιτική συμμετοχή ομογενών και νομίμως διαμενόντων μεταναστών και άλλες ρυθμίσεις »