



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**“ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΟ  
ΝΟΜΟ ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ.  
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΠΟΥ  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ  
ΟΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΜΑΣ”**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:  
ΜΑΡΓΩΝΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:  
ΣΙΟΥΡΟΥΝΗ ΕΛΕΝΗ**

**ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 2009**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	5
Εισαγωγή.....	6

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1΄

#### ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ

1.1 Γενικά.....	8
1.2 Πληθυσμιακές μετακινήσεις.....	8
1.3 Οι κατηγορίες των μεταναστών.....	10
1.3.1 Παλλινოსτούντες.....	10
1.3.2 Πρόσφυγες.....	11
1.4 Συνέπειες της μετανάστευσης.....	11
1.4.1 Συνέπειες για τη χώρα πρέλευσης.....	11
1.4.2 Συνέπειες για τη χώρα υποδοχής.....	12
1.4.3 Συνέπειες για τους μετανάστες.....	13

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

#### ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ.

#### ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### ΚΑΙ Η ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥΣ

2.1 Διαστάσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα.....	14
2.2 Κατανομή του πληθυσμού.....	15
2.3 Ηλικία των οικονομικών μεταναστών.....	16
2.4 Τομείς της απασχόλησης.....	17
2.5 Μορφωτικό επίπεδο.....	21
2.6 Λόγοι εγκατάστασης και οικογενειακή κατάσταση.....	22
2.7 Χώρες προέλευσης-αποστολής.....	23
2.8 Γεωγραφική διάσταση.....	24
2.9 Νομικό καθεστώς για τους μετανάστες.....	25
2.10 Προγράμματα νομιμοποίησης των μεταναστών	
2.10.1 Η πρώτη νομοθετική απόπειρα.....	26
2.10.2 Η δεύτερη νομοθετική απόπειρα.....	28

2.11 Προβλήματα που δημιουργούνται κατά ανανέωση των αδειών παραμονής τους.....	29
---	----

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:**

**ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ**

3.1 Γενικά.....	32
3.2 Παροχές Υγείας και κοινωνικής ασφάλισης στις τέσσερις διαφορετικές κατηγορίες μεταναστών.....	32
3.3 Βασικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί και οι παροχές υπηρεσιών υγείας τους στους αλλοδαπούς.....	36

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:**

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

4.1 Γενικά.....	39
4.2 Κοινωνική τάξη.....	39
4.3 Το φύλλο.....	40
4.4 Γεωγραφικές ανισότητες στην υγεία.....	40
4.5 Πολιτιστικές ιδιαιτερότητες των μεταναστών. Η έννοια του πολιτιστικού μορφώματος.....	41

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:**

**ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ.**

**ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ.**

**ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ**

5.1 Γενικά.....	43
5.2 Πληθυσμός των αλλοδαπών στο Νομό Φθιώτιδας κατά υπηκοότητα και φύλλο.....	43
5.3 Αλλοδαποί στο Ν. Φθιώτιδας με βάση την ηλικία τους.....	45
5.4 Λόγοι εγκατάστασης στο Ν. Φθιώτιδας.....	46
5.5 Τα τρία ασφαλιστικά ταμεία και οι ασφαλισμένοι μετανάστες στο Ν. Φθιώτιδας.....	46
5.6. Η σχέση των μεταναστών με τις υπηρεσίες υγείας.....	48
5.6.1 Σκοπός.....	48
5.6.2 Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος.....	48
5.6.3 Αποτελέσματα.....	48

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:**

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

6.1 Γενικά συμπεράσματα.....	70
6.2 Πολιτικές μετανάστευσης.....	71
6.3 Προτάσεις πολιτικής.....	72
6.4 Το Νοσοκομείο ως χώρος έκφρασης υγειονομικών ανισοτήτων. Προτάσεις λύσεις.....	75
6.5 Προτάσεις βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στους αλλοδαπούς.....	76

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>78</b>
--------------------------	-----------

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>80</b>
-----------------------	-----------

<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....</b>	<b>80</b>
----------------------------	-----------



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μετανάστευση είναι ένα πολυδιάστατο και επίκαιρο φαινόμενο, το οποίο έχει κινήσει το ενδιαφέρον των αναλυτών και των μελετητών. Το φαινόμενο της προσέλευσης των μεταναστών στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια έχει επεκταθεί, κάνοντας την ανάγκη προσαρμογής, του κράτους και των πολιτών επιτακτική. Η διαδικασία ενσωμάτωσης αυτών των ομάδων στην ελληνική κοινωνία, συναντά σοβαρά προβλήματα, ένα από τα οποία είναι η ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων. Ταυτόχρονα, επηρεάζεται και η φυσιογνωμία της χώρας υποδοχής. Το γεγονός αυτό, αρχίζει να μεταμορφώνει την Ελλάδα σε πολυεθνική και πολυπολιτισμική κοινωνία. Η αφομοίωση των μεταναστών στο κοινωνικό σύνολο και στο σύστημα υγείας, είναι ένα πρόβλημα που ταλανίζει την ελληνική κοινωνία, καθώς δημιουργούνται ανισότητες μεταξύ των μεταναστών και των ημεδαπών. Οι παράγοντες που δημιουργούν τις ανισότητες στην υγεία, είναι κυρίως η κοινωνική τάξη, το εισόδημα, το φύλλο και ο τόπος διαμονής. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και το πολιτιστικό μόρφωμα, το οποίο απαρτίζεται από τις αξίες, τις συνήθειες και τις συμπεριφορές του ατόμου, οι οποίες παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της υγείας του αλλά και στην επαφή του με το σύστημα υγείας. Το νοσοκομείο και το υγειονομικό προσωπικό καλούνται συχνά να επιλύσουν και να υπερβούν τα προβλήματα ανισοτήτων, αντιμετωπίζοντας προβλήματα δεοντολογίας και διαδικασίας. Το σύστημα υγείας της χώρας μας, λόγω των ήδη υπάρχουσών ελλείψεων και ανεπαρειών, αδυνατεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες των μεταναστών που είναι ιδιαίτερες. Ο νομός Φθιώτιδας είναι μια περιοχή με αναπτυγμένη γεωργική παραγωγή. Για αυτό το λόγο, προσέλκυσε ένα μεγάλο μέρος μεταναστών, οι οποίοι αναζητούσαν θέσεις εργασίας. Δυστυχώς όμως, φάνηκε ανέτοιμος να τους αντιμετωπίσει και να τους ενσωματώσει στο κοινωνικό σύνολο. Σε αυτή τη νέα πραγματικότητα, δημιουργείται η ανάγκη να προχωρήσει η Ελλάδα στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση μιας αποτελεσματικής μεταναστευτικής πολιτικής, που θα υπερασπίζεται τα ανθρώπινα δικαιώματα.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο της μετανάστευσης και των μεταναστών είναι πλέον επίκαιρο και διαχρονικό και έχει κινήσει το ενδιαφέρον των αναλυτών και των μελετητών. Είναι ένα πολυσχιδές φαινόμενο, και συναντάται στην πορεία εξέλιξης όλων των λαών με διάφορες μορφές και ρυθμούς, σε ποικίλες περιόδους στην ιστορία της ανθρωπότητας και σε διάφορες περιοχές. Στις μέρες μας, παρουσιάζεται πιο έντονο και πιο σύνθετο από ποτέ, με μεγαλύτερες προεκτάσεις στη σύγχρονη κοινωνία. Πολύ συχνά οι ομάδες μεταναστών, αντιμετωπίζουν προβλήματα άνισης και άδικης συμπεριφοράς στην προσπάθειά τους να ενσωματωθούν στη χώρα υποδοχής.

Η Ελλάδα κατά τον 19 αιώνα μετατράπηκε σε χώρα υποδοχής μεταναστών και φάνηκε απροετοίμαστη να ενσωματώσει την εισροή των μεταναστών (ΕΣΥΕ, 2001). Μετανάστες από την Αλβανία και γενικότερα από τις βαλκανικές χώρες εισέβαλλαν στη χώρα μας, που σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ το 2001 ανέρχονταν στους 762.191 αλλοδαπούς. Σε νομοθετικό επίπεδο, η ελληνική πολιτεία προσπάθησε να ρυθμίσει θέματα σχετικά με την είσοδο και την ανανέωση των αδειών παραμονής τους στην Ελλάδα. Η πρώτη προσπάθεια έγινε το 1998 με τους όρους σχετικά με την είσοδο και παραμονή των μεταναστών και ολοκληρώθηκε με τη δεύτερη προσπάθεια με το νόμο 2910 / 2001. Σχετικά με τα ζητήματα ασφάλισης και τις παροχές υγείας, η Ελλάδα αντιμετώπισε μεγάλες δυσκολίες στην αντιμετώπιση των αναγκών των μεταναστών. Οι συνθήκες διαβίωσης, αυτών των ομάδων, όπως επίσης και το χαμηλό οικονομικό τους επίπεδο εύκολα μπορούν να οδηγήσουν σε ανισότητες και στο επίπεδο της υγείας τους. Η ανυπαρξία κατάλληλων υποδομών σε συνδυασμό με την έλλειψη ικανού νομοθετικού πλαισίου, ανέδειξαν σε μεγάλο βαθμό τις ανισότητες παρά επίλυσαν τα προβλήματα. Η αποτυχία της πολιτείας να παρέχει το απαραίτητο αλλά και κρίσιμο για τη δημόσια υγεία όλων, αυτό "αγαθό" δημιουργεί σοβαρό πρόβλημα τόσο στους ίδιους τους μετανάστες όσο και στους φορείς των υπηρεσιών υγείας.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες, η ελληνική κοινωνία οφείλει να υλοποιήσει μία σύγχρονη μεταναστευτική πολιτική, αναβαθμίζοντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες και μειώνοντας, τις ανισότητες, όσο αυτό είναι εφικτό. Ο νομός Φθιώτιδας, έγινε πόλος έλξης για μεγάλο αριθμό μεταναστών, καθώς αποτελεί μία κάθε αυτό γεωργική περιοχή.

Σκοπός μας, είναι να θέσουμε ερωτήματα για τον τρόπο ζωής των αλλοδαπών στη χώρα μας και να διατυπωθούν προτάσεις πολιτικής που στοχεύουν στη βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης

Στόχος μας, είναι η ανάδειξη των ιδιαίτερων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες στη χώρα υποδοχής κατά την πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα στο νομό Φθιώτιδας.

Για την επίλυση των προβλημάτων και την προσπάθεια άρσης των ανισοτήτων, απαιτείται μια σύγχρονη μεταναστευτική πολιτική, η οποία θα ενισχύει την κοινωνική συνοχή της χώρας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ

#### 1.1 Γενικά

Η μετανάστευση είναι ένα πολύπλοκο και πολυεπίπεδο φαινόμενο λόγω της προσωρινής ή ακόμη και της μόνιμης μετακίνησης, από τον τόπο διαμονής ενός κοινωνικού συνόλου ή ενός ατόμου μεμονωμένα σε έναν άλλο τόπο.

Οι λόγοι που ώθησαν μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες σε αναζήτηση νέου τόπου διαμονής, είναι κυρίως οικονομικοί. Συχνά, οι μετακινήσεις αυτές είχαν μεγάλη διάρκεια μέσα στο χρόνο και οι επιπτώσεις τους ήταν τόσο σημαντικές που σημάδεψαν ολόκληρες ιστορικές περιόδους.

#### 1.2 Πληθυσμιακές μετακινήσεις

Οι πληθυσμιακές μετακινήσεις προς τα οικονομικά κέντρα της δύσης οφείλονται σε συγκεκριμένες ιστορικές και κοινωνικό-πολιτικές καταστάσεις και πραγματοποιούνται σε διάφορες χρονικές περιόδους. Κατά τη σύγχρονη περίοδο, από τη λήξη του Β' Παγκόσμιου Πολέμου και μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1980, οι επείγουσες ανάγκες για την ταχύρυθμη ανάπτυξη των δυτικοευρωπαϊκών χωρών και πιο συγκεκριμένα για την επέκταση των βιομηχανικών τους δραστηριοτήτων συντελούν στην εντυπωσιακή εργατική μετανάστευση και στην αναζήτηση φτηνής εργατικής δύναμης. Παρατηρείται λοιπόν, μαζική μετανάστευση τόσο σε χώρες υπερατλαντικές (ΗΠΑ, Καναδά, Αυστραλία) όσο και σε ευρωπαϊκές χώρες (ιδίως Γερμανία, Βέλγιο, Ελβετία, Ολλανδία, Σουηδία, Γαλλία). Με τη μετανάστευση προς τη Δύση, στις δεκαετίες 60-70 φτωχές χώρες, όπως η Ελλάδα, βρίσκουν διέξοδο στα δικά τους οικονομικά και κοινωνικά μεταπολεμικά προβλήματα. Η μετανάστευση της περιόδου αυτής σφράγισε την Ελλάδα και συνέλαβε αποφασιστικά στη διαμόρφωση της σύγχρονης κοινωνικής, δημογραφικής, οικονομικής, και πολιτισμικής πραγματικότητας. ( ΝΑΞΑΚΗΣ-ΧΛΕΤΣΟΣ, 2001)

Από τη δεκαετία του 90, η Ελλάδα όμως, από χώρα εξαγωγής μεταναστών μετατρέπεται σε χώρα εισαγωγής μεταναστών, γεγονός που συνδέεται με τις ανάγκες και εξελίξεις της ελληνικής αγοράς εργασίας, την αναζήτηση φτηνών εργατικών χεριών, τη γειτνίαση της χώρας μας με τις χώρες της Βαλκανικής και γενικότερα με τη γεωπολιτική της θέση. Ωστόσο, η απότομη και ξαφνική μετατροπή της Ελλάδας σε χώρα υποδοχής οικονομικών μεταναστών βρήκε απροετοίμαστους κράτος και πολίτες. Οι συνήθεις μετανάστες, οι

λεγόμενοι οικονομικοί, προβάλλουν οικονομικούς παράγοντες για να αιτιολογήσουν τη μετακίνησή τους. Ωστόσο, και άλλοι λόγοι, όπως καταστροφές, πόλεμοι, συνένωση οικογένειας, εκπαιδευτικές ανάγκες συνδέονται με την προσωρινή ή τη μακροχρόνια μετανάστευση. ( ΜΑΡΒΑΚΗΣ, ΠΑΡΑΣΑΝΟΓΛΟΥ, ΠΑΥΛΟΥ, 2001) Πολλοί είναι οι λόγοι που οδηγούν ένα άτομο στη μετανάστευση. Οι κυριότεροι παράγοντες είναι οι εξής

- **Οικονομικοί παράγοντες:** όπου ένα άτομο μεταναστεύει με σκοπό να βρει δουλειά και μεγαλύτερες αποδοχές.
- **Κοινωνικοί παράγοντες:** καλύτερες συνθήκες, ποιότητα ζωής κ.λ.π.
- **Φυσικοί παράγοντες:** όπου σχετίζονται με τις αλλαγές του φυσικού περιβάλλοντος (με πλημμύρες, ξηρασίες και άλλες καταστροφές).
- **Ψυχολογικοί παράγοντες:** όπου οφείλονται σε ψυχολογικούς λόγους (οι απειλές και οι βιαιοπραγίες των Τούρκων σε βάρος του Ελληνικού στοιχείου στη Μικρά Ασία από το 1912 έως το 1922 εξανάγκασαν πολλούς Έλληνες να μεταναστεύσουν στην κυρίως Ελλάδα).

Οι επιπτώσεις της μετανάστευσης είναι πολλές και αρνητικές, τόσο στο μετανάστη όσο και στις χώρες υποδοχής και αφετηρίας. Ο Αμερικανός κοινωνιολόγος P.Parrin αρχικά και στη συνέχεια ο E. Stonequist, αναφέρονται στον άνθρωπο που μετέχει σε δύο ή περισσότερα συστήματα παιδείας ή κουλτούρας, παρουσιάζει συνειδησιακές συγκρούσεις, περίεργη κοινωνική συμπεριφορά και αισθάνεται μετέωρος (STONEQUIST, E.V., 1937). Πράγματι, ο μετανάστης από τη στιγμή της αναχώρησής του από την πατρίδα νιώθει τις πρώτες συγκινήσεις και απογοητεύσεις. Είναι έντονα τα συναισθήματα του αποχωρισμού και της απομάκρυνσης από τον τόπο γέννησής του. Αν έχει οικογένεια, δημιουργεί δύο νοικοκυριά και επιβαρύνεται με επιπλέον έξοδα, όπως υπεραστικά τηλεφωνήματα, αυξημένα κονδύλια ταξιδιών, επισκέψεις. Αν ο μετανάστης έχει μαζί του την οικογένειά του δεν αισθάνεται σαν δέντρο ξεριζωμένο, αλλά μεταφυτεμένο σε γλάστρα, (ΤΣΑΟΥΣΗΣ, Δ.Γ., 1980) όπως υποστηρίζει ο κοινωνιολόγος Δ. Τσαούσης. Τα προβλήματα του μετανάστη φουντώνουν στη χώρα υποδοχής. Καταρχήν, το μεγαλύτερο ποσοστό των μεταναστών προσλαμβάνεται ως ανειδίκεντο εργατικό δυναμικό. Οι εργασίες που εκτελούν είναι βαριές, ανθυγιεινές και επικίνδυνες. Χωρίς περίθαλψη και ασφαλιστική κάλυψη παίρνουν χαμηλούς σε σχέση με την εργασία τους μισθούς. Πολλές φορές, γίνονται αντικείμενα άγριας εκμετάλλευσης, την οποία αναγκάζονται να υποστούν λόγω ανάγκης. Οι εργοδότες είναι πρόθυμοι να προσλάβουν παράνομους μετανάστες



χωρίς άδεια εργασίας, χωρίς επιδόματα και μακριά από τα συνδικάτα, γιατί βασικό κίνητρό τους είναι η αποφυγή των φόρων και των εισφορών στα κοινωνικά ταμεία.

### **1.3 Κατηγορίες μεταναστών**

Μετανάστης είναι ο άνθρωπος που εγκαταλείπει οικειοθελώς τη χώρα της οποίας την ιθαγένεια έχει και στην οποία διαμένει με σκοπό τη μόνιμη ή προσωρινή εγκατάσταση σε κάποια άλλη χώρα, την οποία έχει επιλέξει, με βασικό συνήθως κριτήριο την ανέρευση εργασίας και την καλύτερη ποιότητα διαβίωσης. Οι μετανάστες, ανάλογα με το χρονικό διάστημα που μένουν εκτός της χώρας τους, μπορεί να είναι μόνιμοι ή προσωρινοί μετανάστες.

Μια δεύτερη κατηγοριοποίηση, γίνεται ανάλογα με τον αριθμό των ανθρώπων που εγκαταλείπουν τη χώρα τους και έτσι η μετανάστευση μπορεί να θεωρηθεί, είτε μαζική είτε μεμονωμένη. Η τρίτη κατηγοριοποίηση, αφορά στο κριτήριο της εκπλήρωσης των νόμιμων υποχρεώσεων, για την είσοδο και την παραμονή σε μία χώρα.

Με βάση αυτό το κριτήριο, τους διακρίνουμε σε νόμιμους μετανάστες και σε παράνομους ή λαθρομετανάστες. (ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ, 2001)

#### 1.3.1 Παλιννοστούντες

Οι παλιννοστούντες, είναι άτομα τα οποία είχαν φύγει στο παρελθόν από τη χώρα τους και μετά από κάποιο διάστημα αποφασίζουν να επιστρέψουν σε αυτήν. Πρόκειται για άτομα, τα οποία σε παλαιότερο χρόνο είχαν μεταναστεύσει προς κάποια χώρα υποδοχής, την οποία εγκαταλείπουν για να επιστρέψουν στη χώρα με την οποία διατηρούν δεσμούς αίματος. Έτσι λοιπόν, διαφέρουν από τους υπόλοιπους μετανάστες καθώς ανήκουν στην ίδια εθνικότητα με τα άτομα της χώρας υποδοχής.

#### 1.3.2 Πρόσφυγες

Τέλος, μια ακόμη περίπτωση μετανάστευσης είναι οι πρόσφυγες, δηλαδή τα άτομα, τα οποία εξαναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν την πατρίδα τους είτε για κοινωνικούς είτε για οικονομικούς λόγους και σαν αποτέλεσμα είναι δύσκολο να επιστρέψουν σ αυτή.(ΑΜΙΤΣΗΣ, 2001) Έχουν το δικαίωμα να ζητήσουν άσυλο σε όποια χώρα και εάν βρεθούν. Ο συνολικός αριθμός των προσφύγων στην Ελλάδα στις 31/12/2001, σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης, ήταν 7.000 άτομα. Ο αριθμός αυτός αντιπροσωπεύει τον αριθμό των ατόμων, στους οποίους έχει αναγνωρισθεί η προσφυγική ιδιότητα στην Ελλάδα από το 1980.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, για το 2000 και το 2001 ενώ παρατηρείται μία αύξηση του αριθμού αιτήσεων για χορήγηση ασύλου, εντούτοις διαπιστώνεται μία σαφή, μείωση του αριθμού των αναγνωρίσεων. Είναι χαρακτηριστικό ότι η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες επισημαίνει ότι η Ελλάδα έχει υιοθετήσει μία από τις πιο προοδευτικές νομοθεσίες για το άσυλο στην Ευρώπη, αλλά τα προβλήματα παρουσιάζονται, κυρίως, στην υλοποίηση του υπάρχοντος νομικού πλαισίου. Συνήγορος του Πολίτη στην Ελλάδα, επισημαίνει την έλλειψη διερμηνέων, την ελλιπή εξειδίκευση του προσωπικού που δέχεται και εξετάζει τους αιτούντες άσυλο, την παρατεινόμενη αναμονή των αλλοδαπών αιτούντων άσυλο και την πλημμελή κοινοποίηση σ' αυτούς των διοικητικών αποφάσεων που τους αφορούν.

Έτσι, ο Συνήγορος του Πολίτη στην Ελλάδα έχει διατυπώσει προς τα συναρμόδια Υπουργεία προτάσεις αναμόρφωσης του συστήματος χορήγησης πολιτικού ασύλου τα κύρια σημεία των οποίων είναι τα εξής:

- 1)Αναγκαιότητα διατήρησης των μηχανισμών, που εγγυώνται την αντικειμενική και αμερόληπτη κρίση των αιτημάτων ασύλου.
- 2)Εξειδίκευση του προσωπικού, που ασχολείται στις αρμόδιες αρχές, είτε εξετάζει, είτε αποφαινεται επί αιτημάτων ασύλου.
- 3)Ενίσχυση των διατάξεων, που αφορούν τον τρόπο επίδοσης των σχετικών αποφάσεων στους πρόσφυγες, προκειμένου να διασφαλίζεται επαρκώς το δικαίωμά τους για δικαστική προστασία.

#### **1.4 Συνέπειες της μετανάστευσης**

Οι χώρες προέλευσης είναι συνήθως χώρες με υψηλούς δείκτες ανεργίας και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ανάγκη των κοινωνικών ομάδων για αναζήτηση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης και εργασίας. Οι πληθυσμιακές μετακινήσεις έχουν επιπτώσεις τόσο θετικές όσο και αρνητικές για τις χώρες αποστολής των μεταναστών.

##### *1.4.1 Συνέπειες για τη χώρα προέλευσης*

Οι κυριότερες επιπτώσεις (θετικές ή αρνητικές) που προκαλεί το φαινόμενο της μετανάστευσης στις χώρες αποστολής, είναι οι εξής:

##### *Θετικές Συνέπειες*

- Μείωση της ανεργίας. Εφόσον οι πληθυσμιακές ομάδες αφήνουν τον τόπο κατοικίας τους για εύρεση εργασίας κάπου αλλού, η φυγή αυτή έχει σαν

αποτέλεσμα τη μείωση της ανεργίας. Έτσι, με αυτό τον τρόπο μειώνονται οι κοινωνικές εντάσεις καθώς αυξάνεται το βιοτικό επίπεδο της χώρας.

- Εισροή οικονομικών κεφαλαίων: Μεγάλο μέρος των χρημάτων που κερδίζουν οι μετανάστες εργαζόμενοι σε μία άλλη χώρα επιστρέφει στην πατρίδα τους. Έτσι, αυξάνονται τα κεφάλαια της χώρας με τη μορφή εμβασμάτων και δημιουργούνται νέες θέσεις εργασίας από τη δημιουργία νέων επιχειρήσεων.

#### *Αρνητικές Συνέπειες*

- Δημογραφικό πρόβλημα: Οι μετανάστες, είναι κυρίως άνδρες νεαρής ηλικίας και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ανισορροπία μεταξύ των δύο φύλλων, η οποία οδηγεί στην μείωση της αναπαραγωγής.
- Άνοδος των μισθών: Λόγω της μείωσης του εργατικού δυναμικού, αυξάνονται οι αμοιβές των εργαζομένων και το κόστος παραγωγής. Ακόμη, μειώνεται η προθυμία επένδυσης ξένων κεφαλαίων.

#### 1.4.2 Συνέπειες για τη χώρα υποδοχής

Οι χώρες υποδοχής, είναι συνήθως οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες με χαμηλούς δείκτες ανεργίας και για αυτό το λόγο ελκύουν μεγάλο αριθμό μεταναστών. Η μαζική μετανάστευση, επιδρά κυρίως αρνητικά για τη χώρα υποδοχής του μεταναστευτικού ρεύματος.

#### *Θετικές Συνέπειες*

- Εισροή ενεργού οικονομικού πληθυσμού: Οι μετανάστες, λόγω του νεαρού της ηλικίας τους, συμβάλλουν στην αύξηση της παραγωγής, καθώς εργάζονται σκληρά και πληρούν τις προϋποθέσεις της ζήτησης εργασίας.
- Οικονομική ενίσχυση της χώρας, καθώς το μεγαλύτερο μέρος του εισοδήματος των μεταναστών μένει και καταναλώνεται στην ίδια τη χώρα όπου και εργάζονται. Επιπροσθέτως, οι μισθοί τους είναι χαμηλοί εν συγκρίσει με τους μισθούς των ημεδαπών και η εργασία τους σε επαγγέλματα χειρωνακτικά, όπως η γεωργία και η κτηνοτροφία μειώνει την έλλειψη εργατικού δυναμικού στα επαγγέλματα αυτά.



### *Αρνητικές Συνέπειες*

- Επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού: Οι μισθοί του μεταναστευτικού ρεύματος, είναι χαμηλοί και αυτό έχει σαν συνέπεια τη χαμηλή συμμετοχή των εργαζόμενων στο φορολογικό σύστημα της χώρας.
- Μείωση ευκαιριών εργασίας των ημεδαπών. Η εισροή μεγάλου αριθμού μεταναστών, έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση κενών θέσεων εργασίας για τον εγχώριο πληθυσμό.

#### 1.4.3 Συνέπειες για τους μετανάστες

Η θέση του μετανάστη που αποφασίζει να αφήσει τη χώρα διαμονής του για εύρεση εργασίας και καλύτερων συνθηκών διαβίωσης είναι ιδιαίτερα δύσκολη και εγκυμονεί πολλούς κινδύνους. Αρχικά, ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες, είναι η μη κατοχή της γλώσσας της χώρας υποδοχής, πράγμα το οποίο δυσκολεύει τόσο την καθημερινότητά τους όσο και στην όσο το δυνατόν καλύτερη αφομοίωσή τους στη χώρα αυτή. Επιπροσθέτως, λόγω των επαγγελμάτων στα οποία επιλέγουν για να εργαστούν, είναι συνήθως εποχικό εργατικό δυναμικό και απειλούνται από τη συνεχή ανάπτυξη της τεχνολογίας και της μηχανοποίησης. Τέλος, οι οικονομικοί μετανάστες βρίσκονται σε συνεχή ανταγωνισμό με τους ημεδαπούς εργαζόμενους που πολλές φορές οδηγούνται σε εχθρική αντιμετώπισή τους.

Αποτέλεσμα όλης αυτής της κατάστασης, είναι η περιθωριοποίηση του μεταναστευτικού πληθυσμού και η αδυναμία πλήρους αφομοίωσής του στο κοινωνικό σύνολο που τους περιβάλλει.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥΣ

#### 2.1 Οι διαστάσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα

Η Ελλάδα είναι παραδοσιακά μία χώρα αποστολής μεταναστών προς χώρες με ταχεία οικονομική ανάπτυξη και αυξημένη ζήτηση εργατικών χεριών. Έτσι, στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα χώρες μαζικής υποδοχής ελλήνων μεταναστών ήταν η Αμερική και η Αυστραλία και περί τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα ευρωπαϊκές χώρες και ιδιαίτερα η Γερμανία και το Βέλγιο. Σε μικρότερη βεβαίως ένταση, το φαινόμενο της μετανάστευσης εκδηλώθηκε κατά περιόδους και σε άλλες περιοχές. Από τα τέλη της δεκαετίας του '70 και καθ' όλη τη διάρκεια της επόμενης δεκαετίας παρατηρείται η αντίστροφη πορεία, δηλαδή, η υποδοχή μεταναστών από τρίτες χώρες, αρχικά σε μικρό βαθμό και από τις αρχές της δεκαετίας του '90 μέχρι και σήμερα με πιο έντονους ρυθμούς περιοχές, ώστε να συναντά κανείς σήμερα έλληνες σε όλες τα μήκη και τα πλάτη της υφηλίου.

Από την περίοδο μετά το 1970 εισρέουν μετανάστες από την Αφρική και την Ασία (Αίγυπτος, Αιθιοπία, Πακιστάν, Φιλιππίνες). Από το 1980 εισρέουν μετανάστες από τις πρώην σοσιαλιστικές χώρες (Πολωνία, Βουλγαρία) ενώ από το 1990 εισρέουν στην Ελλάδα μετανάστες κυρίως από την Αλβανία. (ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ, 2001)

Οι κυριότεροι παράγοντες που οδήγησαν σε αυτήν την εξέλιξη ήταν:

- Η γεωπολιτική θέση της χώρας. Η Ελλάδα βρίσκεται στο σημείο που συναντιούνται οι τρεις ήπειροι (Ευρώπη, Αφρική Ασία) και αποτελεί πόλο έλξης για όλες τις περιοχές των Βαλκανίων.
- Η είσοδος της Ελλάδας στην ΕΟΚ και την Ε.Ε έδωσε ώθηση σε μία πλημμυρίδα ανθρώπων, να καταφθάνουν στη χώρα μας αναζητώντας καλύτερη ζωή.

Τέλος, καθοριστικό ρόλο για την προσέλκυση μεταναστών έπαιξε η εντατικοποίηση των πάσης φύσεως οικονομικών σχέσεων της Ελλάδας με τις γειτονικές χώρες σε αντίθεση με

την συνεχιζόμενη πολιτικό- οικονομική αβεβαιότητα στο ευρύτερο βαλκανικό περιβάλλον.(ΝΑΞΑΚΗΣ-ΧΛΕΤΣΟΣ, 2001)

Στόχος μας, είναι η απεικόνιση της σημερινής κατάστασης, προκειμένου να διαμορφώσουμε μια εικόνα σχετικά με την ασφάλιση των αλλοδαπών μεταναστών εργαζομένων και να εντοπίσουμε τις ιδιαίτερες ανάγκες του πληθυσμού – στόχου σε σχέση με το ελληνικό σύστημα υγείας και πρόνοιας. Τα χαρακτηριστικά των αλλοδαπών που θα παρουσιαστούν είναι τα παρακάτω: ο πληθυσμός, το φύλλο, η οικογενειακή κατάσταση, οι χώρες προέλευσης – αποστολής, η ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης, ο χρόνος παραμονής αυτών στη χώρα μας, ο κύριος λόγος εγκατάστασης αυτών στην Ελλάδα, το αντικείμενο απασχόλησης, ο κλάδος δραστηριότητας, η γεωγραφική διάσταση καθώς και οι επιπτώσεις του μεταναστευτικού ρεύματος στην απασχόληση.

## 2.2 Κατανομή του πληθυσμού των μεταναστών

Σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής του πληθυσμού 2001 της ΕΣΥΕ, ο συνολικός πληθυσμός των αλλοδαπών που απογράφηκε ήταν 762.191 άτομα εκ των οποίων το 45,5% ήταν γυναίκες. Ο συνολικός πληθυσμός της Ελλάδας (Ελληνες και αλλοδαποί) ήταν 10.934.097 άτομα, δηλαδή οι αλλοδαποί αντιπροσωπεύουν σχεδόν το 7% του γενικού πληθυσμού της χώρας μας, ενώ η αναλογία στην κατά φύλο εξέταση είναι μεγαλύτερη στους άνδρες έναντι των γυναικών (7,7% έναντι 6,3%). Πρέπει να σημειώσουμε ότι, ο αριθμός των αλλοδαπών αυξήθηκε γρήγορα μεταξύ του 1991 και του 2001, εφόσον κατά την απογραφή πληθυσμού του 1991 είχαν καταγραφεί 167,276 αλλοδαποί οι οποίοι αντιπροσωπεύουν μόνο το 1,6% του πληθυσμού. Δημογραφικές μελέτες επισημαίνουν, ότι ο πληθυσμός της Ελλάδας αυξήθηκε τα τελευταία χρόνια ως αποτέλεσμα μιας αρνητικής φυσικής αύξηση του πληθυσμού και μιας θετικής καθαρής μετανάστευσης. Με άλλα λόγια, η γρήγορη αύξηση των αλλοδαπών αντισταθμίζει τη μείωση ελληνικού πληθυσμού.( ΜΠΑΓΚΑΒΟΣ, ΧΡ., 2003) Το ήμισυ των αλλοδαπών βρίσκεται στην Αττική, ενώ ένα σημαντικό ακόμη μέρος στην Κεντρική Μακεδονία (48,6% και 13,1% αντίστοιχα) ενώ οι υπόλοιπες περιφέρειες να συμμετέχουν με πολύ μικρότερες αναλογίες. Το ¼ αυτών κατανέμεται σε πέντε περιφέρειες (Πελοπόννησος, Κρήτη, Στερεά Ελλάδα, Δυτική Ελλάδα και Θεσσαλία, των οποίων η συμμετοχή κυμαίνεται από 4,0 % μέχρι 6,3% το 3,7% στο Νότιο Αιγαίο, από 2,0% μέχρι 2,6% σε Ανατολική Μακεδονία και Θράκη, Ήπειρο και Ιόνια Νησιά.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2:**  
ΟΙ ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΦΥΛΛΟ ΚΑΙ ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ

ΣΥΝΟΛΟ	762.191	100%
ΑΛΒΑΝΙΑ	438.036	57,5%
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	35.104	4,6%
ΓΕΩΡΓΙΑ	22.875	3,0%
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	21.994	2,9%
Η.Π.Α	18.140	2,4%
ΡΩΣΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ	17.535	2,3%
ΚΥΠΡΟΣ	17.426	2,3%
ΟΥΚΡΑΝΙΑ	13.616	1,8%
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	13.196	1,7%
ΠΟΛΩΝΙΑ	12.831	1,7%
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	11.806	1,5%
ΠΑΚΙΣΤΑΝ	11.130	1,5%
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	8.767	1,2%
ΤΟΥΡΚΙΑ	7.881	1,0%
ΑΡΜΕΝΙΑ	7.742	1,0%

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή 18 Μαρτίου 2001

### 2.3 Ηλικία των οικονομικών μεταναστών

Όπως μας δείχνουν τα δεδομένα του παρακάτω πίνακα, η δομή του πληθυσμού των αλλοδαπών κατά ομάδες ηλικιών και η δομή των Ελλήνων διαφοροποιούνται. Στις παραγωγικές ηλικίες (15-64) που περιλαμβάνουν τον κύριο όγκο και των δύο πληθυσμών, συγκεντρώνεται το 76,4% των αλλοδαπών έναντι 66,8% των Ελλήνων. Η αναλογία αυτή μετατρέπεται στην ηλικία των 65+ όπου οι αλλοδαποί συγκεντρώνουν 3,5 έναντι των Ελλήνων με 18,1%.(ΜΠΑΓΚΑΒΟΣ, ΧΡ., 2003) Ο πίνακας 2.2 δείχνει λοιπόν καθαρά τις διαφορετικές ανάγκες ως προς το σύστημα υγείας και πρόνοιας του ελληνικού και του

αλλοδαπού πληθυσμού. Αναλυτικά, τα στοιχεία που αφορούν τους δύο πληθυσμούς κατά ομάδες ηλικιών, σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής της ΕΣΥΕ το 2001 είναι:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3:**

**ΟΙ ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΦΥΛΛΟ ΚΑΙ ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ**

	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
ΣΥΝΟΛΟ	761.813 /100,0%	415.368 /100,0%	346.445 /100,0%
0-14	126.811 /16,6%	66.450 /16,0%	60.361 /17,4%
15-64	608.325 /79,9%	336.616 /81,0%	271.709 /78,4%
65+	26.677 /3,5%	12.302 /3,0%	14.375 /4,2%

Πηγή : ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού της 18<sup>ης</sup> Μαρτίου 2001

#### **2.4 Τομείς της Απασχόλησης**

Αναφορικά με την απασχόληση παρατηρούμε, ότι οι αλλοδαποί χαρακτηρίζονται από χαμηλό ποσοστό ανεργίας. Απασχολούνται κυρίως κάτω από δύσκολες συνθήκες εργασίας καθώς και με χαμηλές αμοιβές. Οι κλάδοι στους οποίους απασχολούνται είναι οι εξής:

- Η γεωργία
- Η αλιεία
- Οι κατασκευές
- Τα ξενοδοχεία και τα εστιατόρια
- Η παροχή υπηρεσιών στα ιδιωτικά νοικοκυριά που απασχολούν οικιακό νοικοκυριό.

Πρέπει να τονίσουμε, ότι οι κλάδοι στους οποίους απασχολούνται αλλοδαποί χαρακτηρίζονται από δύσκολες συνθήκες εργασίας με μεγαλύτερη συχνότητα εργασιακών ατυχημάτων και με σχετικά γρήγορη σωματική φθορά. Σαν αποτέλεσμα, επηρεάζεται η χρήση από τους αλλοδαπούς του συστήματος υγείας και πρόνοιας.

Αναφερόμαστε κυρίως σε ατυχήματα εργασίας, ασθένειας και στην πιθανή αδυναμία να συνεχίσουν να εργάζονται πέραν της ηλικίας των 60 χρονών, εξαιτίας κούρασης των αλλοδαπών. Σημαντική έκπληξη αποτελεί το γεγονός, ότι το 68,3% των αλλοδαπών απασχολούνται στις εξής επαγγελματικές κατηγορίες: τεχνίτες, χειριστές μεταφορικών μέσων, ανειδίκευτοι εργάτες και μικροεπαγγελματίες. Οι απασχολούμενοι στην παροχή



υπηρεσιών και οι πωλητές σε καταστήματα και υπαίθριες αγορές αποτελούν το 10,4%. Η εν λόγω απασχόληση αντιστοιχεί στο 9,5% της συνολικής απασχόλησης της χώρας μας, ενώ στην κατά φύλλο αντιστοιχεί στο 10,4% για τους άνδρες και στο 8,0% για τις γυναίκες.

Συμπερασματικά, πάνω από τα 2/3 των μεταναστών εργάζονται ως ανειδίκευτοι εργάτες, σε χειρωνακτικές εργασίες, μικροεπαγγελματίες, τεχνίτες και χειριστές μεταφορικών μέσων, ακολουθεί ένα 10,4% στην παροχή υπηρεσιών και ως πωλητές σε καταστήματα και σε υπαίθριες αγορές, το 7% ως ειδικευμένοι γεωργοί- κτηνοτρόφοι το 9,6% στα υπόλοιπα επαγγέλματα ενώ τέλος το 4,7% αυτών δήλωσε ανεπαρκώς ή ασαφώς το επάγγελμα είτε δεν δήλωσε επάγγελμα .( ΈΡΕΥΝΑ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ Ε..Ε.Δ.)

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4.α:

#### ΟΙ ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ ΕΝΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

Γεωργία, Κτηνοτροφία, Θήρα	18,3%
Δασοκομία	40,2%
Ορυχεία και Λατομεία Μεταποιητικές Βιομηχανίες	11,9%
Αλιεία	7,2%
Παροχή ηλεκτρικού ρεύματος, φυσικού αερίου και νερού	1,5%
Κατασκευές	13,8%
Χονδρικό και Λιανικό εμπόριο, επισκευή οχημάτων και οικιακών συσκευών	7,7%
Ξενοδοχεία και εστιατόρια	20,0%
Μεταφορές αποθήκευση και επικοινωνίες	3,8%
Ενδιάμεσοι χρηματοπιστωτικοί οργανισμοί	1,0%
Διαχείριση ακίνητης περιουσίας εκμισθώσεις και επιχειρησιακή δραστηριότητα	8,0%
Δημόσια διοίκηση και άμυνα, υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση	0,2%
Εκπαίδευση	2,4%

Υγεία και κοινωνική μέριμνα	3,0%
Άλλες δραστηριότητες παροχής υπηρεσιών	5,0%
Ιδιωτικά νοικοκυριά που απασχολούν οικιακό προσωπικό	70,5%
Ετερόδοκοι οργανισμοί και όργανα	5,8%
Σύνολο	10,0%

Πηγή: Μηνιαία Στοιχεία Απασχόλησης ΙΚΑ

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4.β:

#### ΟΙ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ, ΦΥΛΛΟ ΚΑΙ ΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

Σύνολο Χώρας και Περιφέρειες	Σύνολο και των δύο φύλλων	Θέση στην επιχείρηση			
		Εργοδότες	Αυτοαπασχολούμενοι	Μισθωτοί	Βοηθοί
Σύνολο Χώρας	391.674	11.152	25.507	348.455	6.560
Ανατολική Μακεδονία	6.606	160	408	5.788	250
Κεντρική Μακεδονία	49.206	1.228	2.897	44.083	998
Θεσσαλονίκη	31.989	878	2.035	28.716	360
Δυτική Μακεδονία	3.921	156	317	3.276	172
Θεσσαλία	16.691	325	953	15.009	404
Ήπειρος	6.901	215	557	5.910	219
Ιόνια Νησιά	8.551	361	697	7.166	327
Κρήτη	22.769	554	1.111	20.572	532
Βόρειο Αιγαίο	4.913	192	406	4.102	213
Νότιο Αιγαίο	13.073	675	763	11.333	302

Δυτική Ελλάδα	16.882	435	1.268	14.656	463
Στερεά Ελλάδα	23.650	406	1.187	21.626	431
Πελοπόννησος	27.518	634	1.785	24.238	861
Αθήνα	142.934	4.541	10.405	127.076	912
Αττική	191.053	5.811	13.158	170.696	1.388

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή του 2001.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4.γ:**  
**ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΑΙ ΟΜΑΔΕΣ**  
**ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ**

Σύνολο Χώρας	Σύνολο	Γεωργοί, κτηνοτρόφοι , αλιείς, δασοκόμοι	Τεχνίτες, ανειδίκευτοι εργάτες, μικροεπα- γγελματίες	Πωλητές σε κατά- στήματα και υπαίθριες αγορές	Τεχνικοί βοηθοί και τεχνολόγοι
Σύνολο Ελλάδος	342.678	26.974	267.521	40.902	7.281
Ανατολική Μακεδονία	5.858	773	4.294	666	125
Κεντρική Μακεδονία	43.666	3.568	34.549	4.664	885
Θεσσαλονίκη	27.679	1.232	22.284	3.422	741
Δυτική Μακεδονία	3.544	612	2.637	244	51
Θεσσαλία	15.602	1.668	12.656	1.147	131
Ήπειρος	6.255	991	4.735	445	84
Ιόνια Νησιά	7.414	1.025	5.169	1.093	127



Δυτική Ελλάδα	15.048	2.390	11.348	1.088	222
Στερεά Ελλάδα	21.568	3.322	17.014	1.118	114
Πελοπόννησος	25.244	4.284	18.984	1.768	208
Αττική	162.913	3.885	131.487	22.795	4.746
Αθήνα	120.862	1.661	97.258	18.046	3.897
Βόρειο Αιγαίο	4.362	975	2.936	382	69
Νότιο Αιγαίο	11.123	610	7.568	2.716	229
Κρήτη	20.081	2.871	14.144	2.776	290

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή Πληθυσμού 2001, πίνακας 6 Αλλοδαπών

## 2.5 Μορφωτικό Επίπεδο

Το μορφωτικό επίπεδο των μεταναστών είναι κυρίως χαμηλό. Το 2,8% των αλλοδαπών είναι απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης, το 17,9% απόφοιτοι γυμνασίου ενώ οι απόφοιτοι του δημοτικού πλησιάζουν το 23,3%. 8,3% είτε έχει πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είτε είναι κάτοχος διδακτορικού ή Μάστερ. Ποσοστό 3,1% είναι οι πτυχιούχοι ΤΕΛ και ΤΕΣ, ενώ το 2,9% έχει εγκαταλείψει το σχολείο. Το 31,9% δε γνωρίζει γραφή και ανάγνωση. Αναλυτικά, τα στοιχεία των αλλοδαπών στην Ελλάδα κατά φύλλο και εκπαίδευση είναι:

### ΠΙΝΑΚΑΣ 2.5.α:

#### ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ ΚΑΤΑ ΦΥΛΛΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Σύνολο	Άρρενες	Θήλειες	Σύνολο	Άρρενες %	Θήλειες %
Μεταπτυχιακός τίτλος ή Διδακτορικό	4.799	2.771	2.028	0.7%	0.6%
Πτυχίο Ανωτάτων Σχολών	54.647	24.034	30.613	5.8%	8.8%
Πτυχίο Ανώτερης Τεχν. Επαγ.	15.985	6.619	9.366	1.6%	2.7%

εκπαίδευσης					
Πτυχίο μεταδευτεροβάθμ. εκπαίδ.	20.659	8.445	12.214	2.0%	3.5%
Απολυτήριο μέσης εκπαίδευσης	200.324	101.848	98.476	24.5%	28.4%
Πτυχιούχοι ΤΕΛ και ΤΕΣ	22.710	14.498	8.212	3.5%	2.4%
Απολυτήριο 3τάξιας μέσης εκπαίδευσης	128.137	75.295	52.842	18.1%	15.2%
Απολυτήριο δημοτικού	166.937	101.130	65.807	24.3%	19.0%
Φοιτούν στο δημοτικό	56.707	29.892	26.815	7.2%	7.7%
Δεν γνωρίζουν γραφή και ανάγνωση	91.286	51.020	40.266	12.3%	11.6%
Σύνολο	762.191	415.552	346.639	100.0%	100.0%

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού της 18<sup>ης</sup> Μαρτίου 2001.

## 2.6 Λόγοι εγκατάστασης και οικογενειακή κατάσταση

Η μεγαλύτερη πλειοψηφία των μεταναστών, το 54,2%, έχει εγκατασταθεί στη χώρα μας για αναζήτηση εργασίας και καλύτερης ποιότητας ζωής. Ένα 13,1% έχει εγκατασταθεί για λόγους επανένωσης με την οικογένειά τους ενώ ένα 21,5% δεν διευκρινίζει τον ακριβή λόγο της εγκατάστασής τους στη χώρα μας. Τέλος, ένα 6,5 % ήλθε για λόγους επαναπατρισμού-παλιννόστησης.. Διαπιστώνουμε ότι, το 60% των αλλοδαπών που εγκαταστάθηκε στην Ελλάδα για εργασία, ζει με την οικογένεια του. Ασφαλώς, το σύστημα υγείας και πρόνοιας της χώρας μας θα επιβαρυνθεί περισσότερο από ότι θα συνέβαινε με την διαμονή ενός άγαμου αλλοδαπού, ο οποίος σκοπεύει απλά να συγκεντρώσει κάποιο χρηματικό ποσό και στη συνέχεια να επιστρέψει στη χώρα

καταγωγής του. Αναλυτικά, τα στοιχεία για το λόγο εγκατάστασης των μεταναστών στη χώρα μας είναι:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.6.α:**

**ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ ΚΑΤΑ ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΥΡΙΟ ΛΟΓΟ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ  
ΕΛΛΑΔΑ**

	Σύνολο	Εργασία	Επαναπατρι- σμός παλι- νόστη- ση	Επα- νένω- ση οικογέ- νειας	Σπουδέ- ς	Αναζή- τηση ασύλου	Πρόσ- φυγας	Άλλος λόγος
Σύνολο	762.191	413.214	51.694	99.968	20.787	9.980	2.368	164.180
Ποσοστό	100%	54,2%	6,8%	13,1%	2,7%	1,3%	0,3%	21,5%
Αλβανία	438.036	240.656	11.869	69.949	8.263	927	35	106.337
Βουλγαρία	35.104	27.504	397	2.624	441	158	43	3.937

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή πληθυσμού της 18<sup>ης</sup> Μαρτίου 2001

## 2.7 Χώρες Προέλευσης / Αποστολής

Το μεγαλύτερο ποσοστό των μεταναστών προέρχεται από την Αλβανία 57,5% (438.036 άτομα). Δεύτερη σε μέγεθος πληθυσμιακή ομάδα αλλοδαπών είναι οι Βούλγαροι με ποσοστό 4,6% και έπειτα ακολουθούν πολλές χώρες με μικρότερα ποσοστά. Αναλυτικότερα, οι 15 πολυπληθέστερες πληθυσμιακές ομάδες αλλοδαπών στην Ελλάδα είναι:

### ΠΙΝΑΚΑ Σ 2.7:

#### ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ

ΣΥΝΟΛΟ	762.191	100%
ΑΛΒΑΝΙΑ	438.036	57,5%
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	35.104	4,6%
ΓΕΩΡΓΙΑ	22.785	3,0%
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	21.994	2,9%
Η.Π.Α	18.140	2,4%
ΡΩΣΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ	17.535	2,3%
ΚΥΠΡΟΣ	17.426	2,3%
ΟΥΚΡΑΝΙΑ	13.616	1,8%
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	13.196	1,7%
ΠΟΛΩΝΙΑ	12.831	1,7%
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	11.806	1,5%
ΠΑΚΙΣΤΑΝ	11.130	1,5%
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	8.767	1,2%
ΤΟΥΡΚΙΑ	7.881	1,0%
ΑΡΜΕΝΙΑ	7.742	1,0%

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή 18 Μαρτίου 2001

### 2.8 Γεωγραφική διάσταση

Η γεωγραφική διάσταση της περιοχής εγκατάστασης των αλλοδαπών αποτελεί μια σημαντική μεταβλητή για τα ζητήματα υγείας – πρόνοιας επειδή, όπως έχει επισημανθεί, παραδοσιακά οι κάτοικοι που ζουν σε αγροτικές περιοχές χρησιμοποιούν λιγότερο το σύστημα υγείας και πρόνοιας από ότι οι κάτοικοι των πόλεων . Οι κύριος λόγος είναι η ελλιπής ενημέρωση και η συνήθεια των ατόμων σε μεγαλύτερη ηλικία, τα οποία κυρίως ζουν σ αυτές τις περιοχές, να αποφεύγουν να πηγαίνουν στο γιατρό.(ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, ΓΚΡΕΓΚΟΥ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, 2002)

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2.8:

### ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΥ ΔΗΛΩΣΑΝ ΟΤΙ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΘΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ

	Σύνολο	Ποσοστό	Άρρενες	Ποσοστό	Θήλεις	Ποσοστό
Σύνολο Χώρας	413.241	100%	244.643	100%	168.598	100%
Αστικές περιοχές	324.966	78,6%	185.237	75,7%	139.729	82,9%
Αγροτικές περιοχές	88.275	27,2%	59.406	32,1%	28.869	20,7%

Πηγή: Απογραφή της 18<sup>ης</sup> Μαρτίου 2001, ΕΣΥΕ.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Απογραφής, παρουσιάζονται τα βασικά κοινωνικά, δημογραφικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των αλλοδαπών.

Η ανάλυση ανέδειξε το προφίλ των αλλοδαπών στην Ελλάδα: Το μεγαλύτερο μέρος των αλλοδαπών είναι λιγότερο από 40 χρόνων, παντρεμένοι, οι περισσότεροι ζουν στην Ελλάδα περισσότερα από 5 χρόνια, έχουν μέσο και χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, είναι μισθωτοί, και απασχολούνται σε συγκεκριμένους κλάδους εργασίας (κυρίως στην παροχή υπηρεσιών, τεχνίτες, χειριστές μεταφορικών μέσων, ανειδίκευτοι εργάτες και μικροεπαγγελματίες). Είναι γεγονός ότι, αυτό το γενικό πορτραίτο δεν αναδεικνύει τις διαφορετικές καταστάσεις που παρατηρούνται, αλλά μας δίνει μια γενική εικόνα για τα χαρακτηριστικά της πλειοψηφίας των αλλοδαπών.

#### 2.9 Νομικό καθεστώς για τους μετανάστες

Ένα αναπόσπαστο τμήμα της μελέτης του θέματος «Μετανάστευση» είναι, κατά πρώτον η αναφορά στο Νομοθετικό Πλαίσιο και κατά δεύτερον η καταγραφή των νομοθετικών παρεμβάσεων και προσπαθειών, που έχουν για την αντιμετώπιση και ρύθμιση των προβλημάτων, που προέρχονται από την εισαγωγή και εγκατάσταση αλλοδαπών οικονομικών μεταναστών στη χώρα μας. Ο κύριος νόμος για την μεταναστευτική πολιτική είναι ο νόμος 1975/1991. Είσοδος – έξοδος, παραμονή, εργασία, απέλαση αλλοδαπών, διαδικασία αναγνώρισης αλλοδαπών προσφύγων και άλλες διατάξεις. Όπως έχει



υποστηριχτεί, πολλά σημεία του νόμου αυτού, αποτελούν αντιγραφή του παλαιότερου νόμου (4310/1929) που γενικά τον διακρίνει η αστυνομική λογική.

Βασικές αρχές αποτελούν:

1) η απαγόρευση εργασίας, όταν δεν υπάρχει άδεια εργασίας, 2) η απέλαση ως τιμωρία για τους αλλοδαπούς και 3) ο περιορισμός των κινήσεων ακόμη και των νόμιμων αλλοδαπών για λόγους ασφάλειας του κράτους. Η έμφαση, που δίδεται στην κατασταλτική πολιτική και στον κοινωνικό έλεγχο, αντανakλά τη στάση της πολιτείας απέναντι στη μετανάστευση και αναδεικνύει τη βασική φιλοσοφία που είναι η προσωρινότητα της παραμονής του αλλοδαπού στη χώρα μας, πράμα που καθιστά δυσμενή τη θέση του αλλοδαπού και την εξαρτά τόσο από την εργασία του όσο και από τον εργοδότη του. Το νομικό καθεστώς, για τους αλλοδαπούς σήμερα, διέπεται από τον πιο πρόσφατο νόμο 2910/2001 με τίτλο Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια Κτήση της Ελληνικής Ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις που αντικατέστησε τον προηγούμενο νόμο 1975/1991. Ο νέος νόμος, αν και κινείται στα ίδια πλαίσια, επιχειρεί την αντιμετώπιση της παράνομης μετανάστευσης. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει διατάξεις σχετικά με α) τις γενικές προϋποθέσεις εισόδου και παραμονής αλλοδαπών, β) την είσοδο αλλοδαπών για λόγους σπουδών, γ) την είσοδο και παραμονή αλλοδαπών για την παροχή εξαρτημένης εργασίας καθώς και διατάξεις που ρυθμίζουν το ζήτημα της άσκησης ανεξάρτητης οικονομικής δραστηριότητας. (ΚΑΒΟΥΝΙΔΗ, ΤΖ., 2002)

## **2.10 Τα προγράμματα νομιμοποίησης των μεταναστών**

### 2.10.1 Η πρώτη νομιμοποίηση

Από τις χώρες της Νότιας Ευρώπης που δέχτηκαν μεταναστευτικές εισροές και παράλληλη διόγκωση ενός παράνομου πληθυσμού μεταναστών, η Ελλάδα ήταν η τελευταία που ανταποκρίθηκε στη νέα πρόκληση με την πολιτική της νομιμοποίησης των αλλοδαπών μεταναστών. Η διαπίστωση ότι ο αριθμός των παράνομων μεταναστών αυξανόταν και ο φόβος ότι αυτό θα δημιουργούσε δυσμενείς επιπτώσεις τόσο στην αγορά εργασίας όσο και στην κοινωνία γενικότερα, καθώς και η αναζήτηση αντιμετώπισης της νέας πραγματικότητας, οδήγησαν στη μεγάλη πρόκληση της ρύθμισης του σχετικού θέματος και της νομιμοποίησης των αλλοδαπών που ξεκίνησε από το 1998.

Τα δύο προγράμματα νομιμοποίησης που υλοποιήθηκαν αποτελούνταν από δύο φάσεις. Η πρώτη αφορούσε τη διαδικασία απόκτησης της Προσωρινής Κάρτας Παραμονής (Λευκή Κάρτα) και η δεύτερη φάση, τη διαδικασία απόκτησης της Κάρτας Περιορισμένης Χρονικής Διάρκειας (Πράσινης Κάρτας). Βασική προϋπόθεση συμμετοχής στα

προγράμματα αυτά ήταν, ο αλλοδαπός να βρίσκεται στην Ελλάδα κατά τη δημοσίευση των σχετικών προεδρικών διαταγμάτων. Η μετανάστευση στην Ελλάδα είναι σχετικά πρόσφατο φαινόμενο και για το λόγο αυτό υπάρχει έλλειψη δεδομένων και οι σχετικές έρευνες είναι λιγοστές. Ως εκ τούτου, τα δεδομένα, που προέκυψαν από την καταγραφή των αλλοδαπών που υπέβαλαν αίτηση στα προγράμματα νομιμοποίησης, είναι πολύτιμα.

Η επεξεργασία των δεδομένων αυτών επιτρέπει την παρουσίαση του προφίλ των οικονομικών μεταναστών ανάλογα την υπηκοότητα, το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την γεωγραφική κατανομή τους, καθώς και την ανάδειξη μιας σειράς αξιόλογων διαφορών μεταξύ των Ελλήνων και των αλλοδαπών που συμβάλει στη γνώση μας για τη μετανάστευση και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν καθώς και στο σχεδιασμό πολιτικών για την οικονομική και κοινωνική ένταξη των νομιμοποιημένων μεταναστών.(ΓΕΩΡΓΟΥΛΑΣ, ΣΤΡ., 2001) Η συμμετοχή 371,641 αλλοδαπών κατά το πρώτο στάδιο της διαδικασίας, κατέστησε το Ελληνικό πρόγραμμα νομιμοποίησης το μεγαλύτερο από όσα είχαν διεξαχθεί μέχρι εκείνη τη στιγμή στην Ευρώπη. Ο αριθμός των αλλοδαπών, που υπέβαλαν αίτηση στο δεύτερο πρόγραμμα ανέρχεται στους 351,00 άτομα. Το πρώτο πεντάμηνο του 1998, κατά το οποίο κλήθηκαν να υποβάλλουν αίτηση για νομιμοποίηση, ανταποκρίθηκαν 373.700 αλλοδαποί, από τους οποίους τα 2/3 ήταν Αλβανοί και το 1/14 Βούλγαροι. Τουλάχιστον 200.000 δεν υπέβαλλαν αίτηση. Σύμφωνα με στοιχεία προκύπτει, ότι πολλοί από αυτούς ήταν παράνομοι και δεν υπέβαλλαν αίτηση νομιμοποίησης για τους εξής λόγους :

Δεν ήταν επαρκώς ενημερωμένοι για τις σχετικές διαδικασίες ή δεν ενδιαφέρονταν επειδή θεωρούσαν την παραμονή τους στην Ελλάδα προσωρινή. Δεν είχαν δικαίωμα επειδή δεν διέθεταν κανένα ταξιδιωτικό έγγραφο, βρίσκονταν νόμιμα στη χώρα μας ως τουρίστες, φοιτητές αλλά εργάζονταν παράνομα. Φοβόντουσαν ότι θα έχαναν τη δουλειά τους αν επιβάρυναν τους εργοδότες τους με την καταβολή ασφαλιστικών εισφορών.

Είχαν προηγουμένως με την ελληνική αστυνομία ή βρίσκονταν στη χώρα με σκοπό να διαπράξουν παράνομες πράξεις, συχνά με την συνεργασία Ελλήνων, ως μέλη μικρών ομάδων ή συμμοριών του οργανωμένου εγκλήματος.

Σε περίπου 210.00 από τους 220.000 αλλοδαπούς, που υπέβαλαν έγκαιρα όλα τα απαιτούμενα συμπληρωματικά έγγραφα χορηγήθηκε η πράσινη κάρτα διάρκειας 1-3 ετών, η οποία παρέχει όλα τα δικαιώματα και επιβάλλει όλες τις υποχρεώσεις των Ελλήνων εργαζομένων στην αγορά εργασίας. Αυξήθηκε έτσι, κατά επτά περίπου φορές ο αριθμός των νόμιμων οικονομικών μεταναστών και κατά τέσσερις φορές εκείνος των νόμιμων ξένων. Οι περισσότεροι θα εξελιχθούν σε μόνιμους κάτοικους επειδή θα είναι δύσκολο για

τις ελληνικές αρχές να αρνηθούν ανανέωση της κάρτας σε άτομα, που ζουν μόνιμα στην Ελλάδα και έχουν δικαίωμα υπό προϋποθέσεις να μετακαλούν εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών τους. Η χορήγηση της πράσινης κάρτας αποτελεί ένδειξη ότι, όπως και τα άλλα κράτη μέλη της Ε.Ε, η Ελλάδα δημιουργεί βαθμιαία τις κατάλληλες συνθήκες για την πλήρη οικονομική και κοινωνική ένταξη των μεταναστών και τον περιορισμό της περιθωριοποίησής τους. (ΚΑΒΟΥΝΙΔΗ, ΤΖ., 2002)

### 2.10.2 Η δεύτερη νομιμοποίηση

Παρά τους αυστηρότερους εξωτερικούς και εσωτερικούς ελέγχους μετά την πρώτη νομιμοποίηση, συνεχίζονταν οι παράνομες εισροές αλλοδαπών και σαν αποτέλεσμα οι απελάσεις αυτών. Στο διάστημα 1991-1999, 1.700.000 Αλβανοί και 120.000 άλλων υπηκοοτήτων επαναπροωθήθηκαν ή απελάθηκαν. Δεν υπήρξε όμως η παραμικρή ένδειξη ότι περιορίζονταν ο αριθμός των παράνομων. Η κατάσταση αυτή, οδήγησε στην ψήφιση του νόμου 2910/20001 – ΦΕΚ 91/Α/2-5-2001 Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην ελληνική επικράτεια κτήση της ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις που αντικατέστησε το Ν. 1975/1991 περί αλλοδαπών και όρισε μια δεύτερη νομιμοποίηση, με περίοδο καταγραφής την 5-6-2001 έως 2-8-2001. Θέσπισε αυστηρότερες ποινές σε όσους συνεργούν στην μετακίνηση, στέγαση ή απασχόληση παράνομων αλλοδαπών. Δικαίωμα αίτησης για νομιμοποίηση είχαν: Οι αλλοδαποί, των οποίων η χορήγηση λευκής ή πράσινης κάρτας από την πρώτη νομιμοποίηση δεν είχε εγκριθεί, η ετήσια πράσινη κάρτα δεν είχε ανανεωθεί μετά τη λήξη της.

Όσοι αποδείκνυαν ότι διέμεναν στην Ελλάδα έναν τουλάχιστον χρόνο προ της 5-6-2001. Εκτός από τα σχετικά δημόσια έγγραφα, τους λογαριασμούς στο όνομά τους ή τη βεβαίωση από τις δημοτικές αρχές μικρών δήμων ότι διέμεναν σε αυτούς, δόθηκε στους ενδιαφερόμενους το δικαίωμα να εξαγοράσουν την παραμονή τους με την αγορά 250 ενσήμων από ένα οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης επιβεβαιώνοντας την πρόθεση που υπήρχε για όσο το δυνατό μεγαλύτερο αριθμό αιτήσεων για νομιμοποίηση. Επίσης, πλήρωναν το ποσό των 150 ευρώ για τις άδειες παραμονής τους. Τέλος, τους είχε ζητηθεί να κάνουν κάποιες εξετάσεις σε νοσοκομειακά ιδρύματα όπως εμβόλιο Μαντού καθώς υπήρχε φόβος για τη μεταφορά ασθενειών και κυρίως για την ηπατίτιδα Β.



## **2.11 Τα προβλήματα των μεταναστών που δημιουργούνται κατά την ανανέωση των αδειών παραμονής**

Πολλά είναι τα προβλήματα που δημιουργούνται στους μετανάστες, κατά την διάρκεια της ανανέωσης της άδειας παραμονής τους, τόσο με την υγεία τους, όσο με τη μετακίνησή τους και με το θέμα εγκατάστασής τους.

Παρακάτω παρατίθενται μερικά από τα προβλήματα αυτού του είδους:

Η εξάρτηση της ανανέωσης της άδειας παραμονής από την ύπαρξη αυξημένου αριθμού ενσήμων, δημιουργεί ανυπέβλητα προβλήματα, σε μεγάλο αριθμό μεταναστών. Στην πραγματικότητα, οι μετανάστες καθίστανται όμηροι των εργοδοτών τους και την επιθυμία τους να αποφύγουν το κόστος καταβολής των ασφαλιστικών εισφορών. Αυτός είναι εξάλλου και ο βασικός λόγος που μεγάλος αριθμός μεταναστών αδυνατεί να ανανεώσει την αρχική άδεια παραμονής του. Επίσης, ο νόμος αποκλείει από την ανανέωση διαμονής τους μετανάστες, που προσωρινά βρίσκονται σε συνθήκες ανεργίας.

Τίθεται ως προϋπόθεση για την οικογενειακή συνένωση η απόδειξη αυξημένου εισοδήματος. Συγκεκριμένα, απαιτείται ατομικό εισόδημα ίσο με τον κατώτατο μισθό του ανειδίκευτου εργάτη προσαυξημένο κατά 20% για τον/την σύζυγο και κατά 15% επιπλέον για κάθε ανήλικο τέκνο. Θεωρούμε ότι αυτές οι ρυθμίσεις υπονομεύουν το δικαίωμα στην οικογενειακή ζωή θέτοντας αυθαίρετα ένα κριτήριο αυξημένου εισοδήματος που εισάγει μία αδικαιολόγητη ανισότητα, σε σχέση με τον/την Ελληνίδα εργαζόμενο/η και υπονομεύει την προστασία της οικογενειακής του ζωής που αποτελεί θεσμοθετημένη υποχρέωση της Ελληνικής Πολιτείας. Παιδιά που αποφοιτούν από τα ελληνικά σχολεία, υποβάλλονται στις ίδιες ή περισσότερες αυστηρές προϋποθέσεις, οι οποίες είναι απαγορευτικές για μία ουσιαστική διαρκή και σταθερή νόμιμη παραμονή στη χώρα.

Για τη χορήγηση άδειας παραμονής στους διαμένοντες αρκετά χρόνια, απαιτείται η πιστοποίηση γνώσης της ελληνικής γλώσσας- ιστορίας – πολιτισμού παρότι τα υπάρχοντα Κέντρα Εκμάθησης Ενηλίκων είναι απολύτως ανεπαρκή για το σκοπό αυτό (μόλις 48 με χωρητικότητα 3.000 μεταναστών), όταν οι δικαιούχοι υπερβαίνουν τις 200.000. Από τη διαδικασία της νομιμοποίησης αποκλείονται επίσης, όσοι αλλοδαποί έχουν δικαστική απέλαση παρά τη μη διάκριση του νόμου ως προς αυτό το σημείο, παρότι με παλαιότερες διατάξεις νομιμοποίησης δεν είχε υπάρξει παρόμοια διάκριση. Ο ισχύων μεταναστευτικός νόμος περιορίζει την εφαρμογή του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας ως προς την υποβολή αιτήσεων για έκδοση και ανανέωση αδειών διαμονής, επιβάλλοντας την αυτοπρόσωπη προσέλευση των ίδιων των αλλοδαπών (και εκ του λόγου αυτού την απώλεια του μεροκάματου), την θεώρηση του γνήσιου υπογραφής μόνο από αστυνομικές

αρχές (και την υποβολή έτσι του αλλοδαπού σε έναν ακόμη αστυνομικό έλεγχο), όπως επίσης και αποκλείει τη δυνατότητα υποβολής αιτήσεων με άλλο τρόπο (π.χ. επιστολή ή φαξ). Η προτεινόμενη τροποποίηση επιλύει μόνο την περίπτωση εκπροσώπησης μεταναστών από δικηγόρο.

Με την προτεινόμενη τροποποίηση, καταργείται η δυνατότητα χορήγησης άδειας διαμονής για εξαιρετικούς λόγους. Με τον τρόπο όμως αυτό, αφήνονται αρρυθμιστες μία σειρά από μη υπαγόμενες σε άλλη διάταξη περιπτώσεις που χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης (ενδεικτικά : κακοποιημένες γυναίκες, φορείς AIDS, μετανάστες με σοβαρά προβλήματα υγείας ). Ενώ καταργείται και η μόνη οδός επανόδου στη νομιμότητα μεταναστών που έχουν τεθεί εκτός της διαδικασίας νομιμοποίησης για οποιαδήποτε λόγο. Το ύψος του παράβολου, είναι αδικαιολόγητα υψηλό για τον μετανάστη και συνιστά κατιούσα φόρο και όχι τέλος κάλυψης των εξόδων έκδοσης της άδειας. Ιδιαίτερα, το παράβολο των 900 ευρώ για την έκδοση άδειας διαμονής για μακρύ διάστημα διαμονής και αόριστο χρόνο, αποτελεί αμιγώς εισπρακτικό μέτρο που δε βρίσκει κανένα έρεισμα στη σχετική κοινοτική οδηγία.

Λόγω της μεγάλης καθυστέρησης στην έκδοση αδειών διαμονής, οι μετανάστες παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα κατέχοντας μόνο βεβαίωση υποβολής δικαιολογητικών έκδοσης ή ανανέωσης άδειας διαμονής. Αυτό έχει σαν συνέπεια, ότι στερούνται βασικά δικαιώματα που προϋποθέτουν την κατοχή άδειας διαμονής (ταξίδια στο εξωτερικό και ιδίως στη χώρα καταγωγής τους, έκδοση αδειών οδήγησης, λειτουργίας καταστήματος, τέλεση γάμου νοσοκομειακή περίθαλψη). Σύμφωνα με το νόμο περί αλλοδαπών και την τρέχουσα διοικητική πρακτική, είναι δυνατή και πράγματι εφαρμόζεται η έκδοση απόφασης διοικητικής απέλασης και η κράτηση ανηλίκων ασυνόδευτων αλλοδαπών. Παρατηρείται κατά αυτό τον τρόπο, το γεγονός να κρατούνται σε κρατητήρια υπό εξευτελιστικές συνθήκες και να απελούνται ανήλικοι που δεν έχουν διαπράξει καμία παράνομη πράξη πλην της παράνομης εισόδου και παραμονής στη χώρα. Η πρακτική αυτή παραβιάζει ευθέως τις διατάξεις διεθνών συνθηκών, που έχει επικυρώσει η Ελλάδα και αποτελούν εσωτερικό δίκαιο, οι οποίες επιτάσσουν την προστασία της παιδικής ηλικίας και την απαγόρευση της φυλάκισης ανηλίκου, πλην των περιπτώσεων που αυτή αποτελεί έσχατο μέσο. Οι διατάξεις περί οικογενειακής συνένωσης εξαιρούν τους ανιόντες των μεταναστών. Πρόκειται για όλως ανεπιεική και άνιση ρύθμιση, ιδίως εάν συγκριθεί με την αντίστοιχη δυνατότητα των αλλοδαπών συζύγων ελλήνων ή κοινοτικών υπηκόων να φέρουν τους ανιόντες τους στην Ελλάδα. Η έως σήμερα λειτουργία που απασχολούνται με την έκδοση και ανανέωση των αδειών διαμονής έχει

καταδειξεί σημαντικά προβλήματα κακής διοίκησης και αδυναμίας διεκπεραίωσης του μεγάλου αριθμού των υποβαλλόμενων αιτήσεων, με αποτέλεσμα την έκδοση αδειών διαμονής, των οποίων έχει ήδη λήξει κατά την έκδοσή τους ή ισχύς αυτών. Οι μέχρι σήμερα απόπειρες νομιμοποίησης και ουσιαστικής ένταξης των μεταναστών στην Ελλάδα έχουν αποτύχει, καθώς είναι αποσπασματικές και διαπνέονται από φόρο-εισπρακτική λογική και πνεύμα περιορισμού της μετανάστευσης. Έτσι, φαίνεται και η ελληνική νομοθεσία περισσότερο ακολουθούμε την εξέλιξη της μετανάστευσης χωρίς να πάρει ουσιαστικά μέτρα αντιμετώπισης του προβλήματος.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ-ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ

#### 3.1. Γενικά

Μετά την σύντομη αυτή επισκόπηση του νομοθετικού πλαισίου αναφορικά με τους οικονομικούς μετανάστες, οι οποίοι είναι εγκατεστημένοι στη χώρα μας καθώς και την συνοπτική αναφορά των προγραμμάτων νομιμοποιήσεων, θα αναφερθούμε στο ειδικότερο θέμα που αφορά τη μελέτη μας, δηλαδή τα ζητήματα υγείας- πρόνοιας των μεταναστών και κοινωνικής ασφάλισης αυτών. Τα προβλήματα, που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες σχετικά με το σύστημα υγείας της χώρας, αφορούν δύο επιμέρους διαστάσεις:

- 👇 **τη δυνατότητα πρόσβασης στο σύστημα υγείας**
- 👇 **τη δυνατότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας**

Όσον αφορά στη δυνατότητα πρόσβασης στο σύστημα υγείας, απαιτείται η ύπαρξη ενός νομοθετικού πλαισίου που να διευκολύνει την πρόσβαση όλων των μεταναστών αδιακρίτως στις υπηρεσίες υγείας. Σχετικά με τη δυνατότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας, η ελλιπής ενημέρωση των μεταναστών για τα δικαιώματά τους και τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αποτελεί μεγάλο εμπόδιο της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες. Στα ζητήματα κοινωνικής πρόνοιας και ασφάλισης λόγω της ύπαρξης διαφορετικών κατηγοριών μεταναστών (νόμιμοι και παράνομοι οικονομικοί μετανάστες, παλιννοστούντες ομογενείς και πρόσφυγες), όπως ήδη αναφέραμε, δεν υπάρχει ένας ενιαίος τρόπος ρύθμισης. Στην ενότητα αυτή, θα γίνει προσπάθεια να παρουσιαστεί το ισχύον θεσμικό πλαίσιο όσον αφορά τις παροχές υγειονομικής περίθαλψης και της κοινωνικής φροντίδας για τις τέσσερις διαφορετικές κατηγορίες μεταναστών.

#### 3.2 Παροχές υγείας και κοινωνικής ασφάλισης στις τέσσερις διαφορετικές κατηγορίες:

##### A. Αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες ( νόμιμοι)

Σύμφωνα με τον ισχύοντα νόμο 2910/2001, και συγκεκριμένα στο άρθρο 39 παρ.1 του κεφαλαίου για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των αλλοδαπών, αναφέρεται ότι «οι αλλοδαποί που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα ασφαρίζονται στους οικείους ασφαλιστικούς οργανισμούς και απολαμβάνουν των ιδίων ασφαλιστικών δικαιωμάτων με τους ημεδαπούς». Επομένως, οι αλλοδαποί εκείνοι που έχουν εισέλθει στη χώρα και



παραμένουν νόμιμα, εφόσον απασχολούνται με σχέση εξαρτημένης εργασίας ή ασκούν ανεξάρτητη οικονομική δραστηριότητα, έχουν το δικαίωμα και την υποχρέωση να ασφαλίζονται στους διάφορους ασφαλιστικούς οργανισμούς, όπως ακριβώς και οι Έλληνες πολίτες. Προκειμένου όμως να τους χορηγηθεί η άδεια παραμονής, πρέπει να συντρέχουν σωρευτικά κάποιες προϋποθέσεις, μεταξύ των οποίων, να είναι ασφαλισμένοι για την κάλυψη εξόδων νοσηλείας, ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης και για την κάλυψη εργατικού ατυχήματος ή να έχουν ήδη υποβάλει σχετική αίτηση. Επίσης, απαιτείται να είναι υγιείς, γεγονός που αποδεικνύεται με το πιστοποιητικό υγείας, που εκδίδεται από ημεδαπά κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα ή κέντρα υγείας ή θεραπευτήρια και ιατρεία του ΙΚΑ. Σε αυτό, πρέπει να πιστοποιείται ότι ο αλλοδαπός δεν πάσχει από νόσημα, το οποίο σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα και την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για τη δημόσια υγεία. Τα έξοδα για τις εξετάσεις που απαιτούνται για την έκδοση του πιστοποιητικού βαρύνουν τον ενδιαφερόμενο αλλοδαπό (άρθρ.21 και 26 Ν. 2910/2001). Πρέπει να σημειωθεί επίσης, ότι οι αλλοδαποί που κατοικούν νόμιμα στην Ελλάδα, για δυο τουλάχιστον χρόνια, έχουν τη δυνατότητα, στο πλαίσιο της οικογενειακής συνένωσης, να ζητήσουν την είσοδο και εγκατάσταση των μελών της οικογένειάς τους στη χώρα (σύζυγος, άγαμα τέκνα κάτω των 18 ετών). Στην περίπτωση αυτή, τα μέλη της οικογένειάς του, που συντηρούνται από αυτόν έχουν το δικαίωμα να ασφαλιστούν έμμεσα στον ασφαλιστικό φορέα του αλλοδαπού (άρθρ. 28 Ν. 2910/2001). Για την παροχή νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε αυτή την κατηγορία αλλοδαπών, απαιτείται η προσκόμιση βιβλιαρίου υγείας ασφαλιστικού φορέα για να καλυφθεί η δαπάνη από αυτόν. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει βιβλιάριο υγείας ασφαλιστικού φορέα, υποχρεούνται να πληρώσουν τη δαπάνη της νοσηλείας τους οι ίδιοι. Κατά εξαίρεση, γίνονται δεκτά για νοσηλεία μόνο επείγοντα περιστατικά και πάντοτε μέχρι την σταθεροποίηση της υγείας τους. Για εισαγωγή στο νοσοκομείο τακτικού περιστατικού προκαταβάλλεται υποχρεωτικά το 50% του εκτιμώμενου κόστους νοσηλείας.

## **B. Παλιννοστούντες ομογενείς**

Αναφορικά με τους παλιννοστούντες ομογενείς Ποντίους και τους Βορειοηπειρώτες, ισχύει ευνοϊκότερο καθεστώς. Η έμφαση στην προστασία αυτής της ομάδας, φαίνεται και από τη δημιουργία ειδικών θεσμών όπως το *Εθνικό Ίδρυμα Υποδοχής και Αποκατάστασης Αποδήμων και Παλιννοστούντων Ομογενών Ελλήνων*, (ΕΙΥΑΠΟΕ), την ίδρυση και λειτουργία κέντρων φιλοξενίας και τη δημιουργία κέντρου *Συμπαράστασης*

*Παλιννοστούτων Μεταναστών* από την Εκκλησία της Ελλάδος. Η προστατευτική πολιτική σε σχέση με τα ζητήματα υγείας επικεντρώνεται στα εξής :

- στη δυνατότητα κοινωνικής ασφάλισης στον ΟΓΑ (για ανασφάλιστους υπερήλικες, άρθρο 48, Ν. 2084/1992) και ειδικός λογαριασμός αυτασφάλισης στο ΙΚΑ (άρθρο 36, Ν. 1902/1990).

- δικαίωμα δωρεάν ιατροφαρμακευτικής-νοσοκομειακής περίθαλψης (Υ.Α. Α3β/Φ15/720/7/2/1990, Υπουργείο Υγείας)

- Χορήγηση έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από το Υπ. Εργασίας (Υ.Α. 33155/3012/1985) και βοηθήματα επαναπατριsmού από το Υπ. Υγείας (Υ.Α. ΦΕΚ 242, τ. Β', 26/4/1988).

Οι παλιννοστούντες ομογενείς, αποκτούν την ελληνική ιθαγένεια χωρίς ιδιαίτερες διατυπώσεις, αν αποδείξουν ότι έχουν ελληνική καταγωγή. Μετά την απόκτηση της ελληνικής ιθαγένειας, τα άτομα αυτά έχουν τα ίδια δικαιώματα και υποχρεώσεις με τους Έλληνες πολίτες. Στην περίπτωση που δεν μπορούν να αποδείξουν την ελληνική καταγωγή τους, εξομοιώνονται με τους παράνομους αλλοδαπούς. Και στην περίπτωση των ομογενών, για παροχή νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης απαιτείται η ύπαρξη βιβλιαρίου υγείας ασφαλιστικού φορέα.

### **Γ. Οι αναγνωρισμένοι πολιτικοί πρόσφυγες**

Οι αναγνωρισμένοι αλλοδαποί πολιτικοί πρόσφυγες απολαμβάνουν όλων των παροχών που απολαμβάνουν και οι Έλληνες πολίτες με τους οποίους εξομοιώνονται ως προς τα δικαιώματα σε παροχές κοινωνικής ασφάλισης. (ΑΜΙΤΣΗΣ, 2001) Επίσης, δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, εφόσον τους έχει δοθεί το δελτίο ταυτότητας πρόσφυγα ή το δελτίο αιτήσαντος άσυλο αλλοδαπού ή το ειδικό δελτίο παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους.

### **Δ. Οι μη νόμιμοι αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες**

Παρά τη νομιμοποίηση μεγάλου αριθμού οικονομικών μεταναστών, εξακολουθούν να υπάρχουν πολλοί παράνομα διαμένοντες αλλοδαποί και οικονομικοί μετανάστες στη χώρα μας. Σχετικά με την κοινωνική ασφάλιση των μη νόμιμων οικονομικών μεταναστών, τόσο στον προηγούμενο νόμο (1975/91, άρθρου 31, παρ. 2) όσο και στον νεότερο (2910/2001, άρθρο 51, παρ. 1), υπάρχει διάταξη σύμφωνα με την οποία, «τα νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου υποχρεούνται να μη δέχονται για εξέταση αίτημα αλλοδαπού που βρίσκεται στο ελληνικό έδαφος αν δεν είναι κάτοχος άδειας παραμονής ή

δεν έχει θεώρηση εισόδου. Εξαιρούνται τα νοσοκομεία, τα θεραπευτήρια και οι κλινικές στις περιπτώσεις που οι αλλοδαποί εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία».

Όπως γίνεται φανερό, οι αλλοδαποί που ευρίσκονται παράνομα στη χώρα μας, στερούνται ασφαλιστικών δικαιωμάτων και δεν γίνονται δεκτοί στα νοσοκομεία, θεραπευτήρια και κλινικές. Επιπλέον, προβλέπεται ότι οι διευθυντές των κλινικών και θεραπευτηρίων υποχρεούνται να ενημερώνουν την αστυνομική υπηρεσία ή την υπηρεσία αλλοδαπών και μετανάστευσης για την άφιξη και αναχώρηση αλλοδαπών, που νοσηλεύονται στα ιδρύματα αυτά (Ν. 2910 άρθρο 54). Οι υπάλληλοι των παραπάνω υπηρεσιών, που παραβαίνουν τις διατάξεις αυτές, διώκονται πειθαρχικά και τιμωρούνται σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα για παράβαση καθήκοντος. Στο σημείο αυτό, θεωρείται αναγκαίο να αναφερθούν κάποια νομοθετικά κενά, που αφορούν τους αλλοδαπούς χωρίς άδεια παραμονής, οι οποίοι έχουν όμως καταθέσει αίτηση για ανανέωση άδειας καθώς και τους κατόχους άδειας παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους.

**A.** Οι αλλοδαποί χωρίς άδεια παραμονής, δεν μπορούν να εκδώσουν ή να ανανεώσουν βιβλιάρια υγείας για τους ίδιους ή τα προστατευόμενα μέλη τους και να λάβουν τις παροχές ή τα επιδόματα που δικαιούνται μέχρι την έκδοση της νέας άδειας. Λόγω των σημαντικών καθυστερήσεων, που σημειώνονται στην έκδοση αδειών παραμονής, προτείνεται να παραμένουν γι' αυτό το διωστήρα νόμιμα στη χώρα και να καλύπτονται από βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών έκδοσης άδειας παραμονής», με την οποία θα μπορούν να κάνουν χρήση όλων αυτών των δικαιωμάτων.

**B.** Στη δεύτερη περίπτωση, ενώ η άδεια παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους (άρθρ. 37 παρ. 4 α του Ν.2910/2001) χορηγείται κυρίως όταν υπάρχουν σοβαροί λόγοι υγείας του αιτούντος, δεν προβλέπεται δωρεάν νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού. Η πρόβλεψη αυτή, επιβάλλεται και για λόγους ίσης μεταχείρισης με τους κατόχους άδειας παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους (άρθρ. παρ.3 του Π.Δ. 61/1999), η οποία χορηγείται στους αλλοδαπούς, των οποίων η αίτηση ασύλου έχει απορριφθεί. (Προτάσεις του Συνηγόρου του Πολίτη επί της τροποποίησης του Ν.2910/2001)(ΜΑΡΑΤΟΥ-ΑΛΙΜΠΡΑΝΤΗ, 1996).

### **3.3 Βασικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί και οι παροχές υπηρεσιών υγείας τους στους αλλοδαπούς**

Οι τρεις βασικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί, στους οποίους έχουν τη δυνατότητα να κάνουν έναρξη ασφάλισης οι μετανάστες, είναι το ΙΚΑ, ΟΑΕΕ το ΟΓΑ. Αναλυτικότερα, οι παροχές που εξασφαλίζουν οι τρεις οργανισμοί είναι οι ακόλουθοι.

#### **Α) ΊΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ**

Οι αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες, που έχουν άδεια παραμονής και εργασίας και προσφέρουν εξαρτημένη εργασία, ανεξάρτητα από την ιδιότητα του εργοδότη και τη σύμβαση που έχουν, ασφαλιζονται στο ΙΚΑ. Με γνώμονα την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων, το ΙΚΑ κατήγγησε την υποχρεωτική θεώρηση του οικογενειακού βιβλιάρου υγείας, εφόσον έχουν δηλωθεί ως προστατευόμενα μέλη σύζυγος και παιδιά, που δεν έχουν συμπληρώσει τα δεκαοχτώ τους χρόνια μέχρι τη λήξη της ασφαλιστικής ικανότητας των άμεσων ασφαλισμένων. Όπως αναφέρεται, στις σχετικές εγκυκλίους: α) εγκ.78/02 Β) εγκ. 54/03 η διάρκεια της ασφαλιστικής ικανότητας για όλους τους ασφαλισμένους του Ιδρύματος - διαρκεί πλέον από 1 Μαρτίου κάθε έτους μέχρι το τέλος Φεβρουαρίου του επόμενου εφόσον συντρέχουν οι απαραίτητες χρονικές προϋποθέσεις, δηλαδή 50 ημέρες ασφάλισης κατά το προηγούμενο ημερολογιακό έτος (1/1 -31-12) ή βάσει 15μήνου αφιερωμένων στη περίπτωση αυτή των 3 τελευταίων μηνών (δηλαδή το μήνα προσέλευσης και δύο ακόμη). (ΙΚΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ)

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

Ο ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ παρέχει:

α) Ιατρική περίθαλψη και οδοντιατρική φροντίδα στους άμεσα ασφαλισμένους του και τα προστατευόμενα μέλη αυτών από ιδιώτες γιατρούς (17) ειδικοτήτων, οι οποίοι έχουν σύμβαση μίσθωσης έργου με το Ταμείο και παρέχουν τις υπηρεσίες τους χωρίς συμμετοχή των ασφαλισμένων. Επιπλέον, παρέχεται στους ασφαλισμένους του κάθε είδος συμπληρωματικής εξέτασης ή ειδικής θεραπείας . Για τις παραπάνω παρακλινικές εξετάσεις, και ειδικές θεραπείες έχουν συμβληθεί με τον Ο.Α.Ε.Ε. εργαστήρια, νοσοκομεία ή κλινικές, όπου υποχρεωτικά εκτελούνται σ' αυτά με συμμετοχή του ασφαλισμένου σε ποσοστό 25% της τιμής του κρατικού τιμολογίου.

β) Ο Ο.Α.Ε.Ε παρέχει στους ασφαλισμένους του με συμμετοχή 25% όλα τα απαραίτητα θεραπευτικά μέσα (αμαξίδια χειροκίνητα, συμπυκνωτές οξυγόνου, ακουστικά βαρηκοΐας κλπ) και χωρίς συμμετοχή στη δαπάνη αγοράς κάποια αναλώσιμα υλικά σε



ασφαλισμένους του, που πάσχουν από σοβαρά χρόνια νοσήματα ( παραπληγικοί – παραπληγικοί, πάσχοντες από νεοπλάσματα κ.α.).

γ ) Νοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία παρέχεται μέσω συμβεβλημένων με τον Ο.Α.Ε.Ε κρατικών νοσοκομείων, ιδιωτικών κλινικών και άλλων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, στα οποία οι ασφαλισμένοι του νοσηλεύονται στη ΒΑ θέση. Επίσης, καλύπτει τις δαπάνες για τη νοσηλεία στο εξωτερικό σε εξαιρετικές περιπτώσεις σοβαροτάτων νοσημάτων, η διάγνωση και η θεραπεία των οποίων δεν μπορεί να γίνει στην Ελλάδα.

δ) Φαρμακευτική περίθαλψη, μέσω συμβεβλημένων φαρμακείων με συμμετοχή του ασφαλισμένου στη δαπάνη από 0% μέχρι 25% σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις. Στους επιδοτούμενους του ΕΚΑΣ, παρέχονται φράκα με ποσοστό 10% αντί του 25% που προαναφέρθηκε.

Επίσης, οι ασφαλισμένοι του Ο.Α.Ε.Ε. δικαιούνται οικονομικές παροχές, όπως α) επίδομα τοκετού, β) επίδομα εργατικού ατυχήματος, σε περίπτωση που το ατύχημα συνέβη κατά την άσκηση του επαγγέλματος ή εξ αφορμής αυτού, καθώς και γ) έξοδα κηδείας, σε περίπτωση θανάτου του άμεσα ασφαλισμένου. Όπως αναφέρθηκε κατά την επικοινωνία μας με στελέχη του Ταμείου, η διάκριση των αλλοδαπών που κάνουν χρήση εξωνοσοκομειακής περίθαλψης είναι πολύ δύσκολο να υπολογιστεί εφόσον ισχύει η ελεύθερη επιλογή γιατρού από κατάλογο γιατρών συμβεβλημένων με τον ΟΑΕΕ.(ΟΑΕΕ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ)

### **Γ) Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ)**

Στην ασφάλιση του ΟΓΑ υπάγονται υποχρεωτικά: α) Οι αγρότες, οι συστηματικά απασχολούμενοι στην αγροτική οικονομία (ιδιοκτήτες και εκμεταλλευτές αγροκτημάτων, κτηνοτρόφοι, πτηνοτρόφοι, μελισσοκόμοι κ.λπ.) καθώς και οι αλιείς που δεν υπάγονται στην ασφάλιση άλλου φορέα. Προκειμένου να ασφαλιστούν στον ΟΓΑ, οι αλλοδαποί εργάτες, πρέπει να έχουν ως κύριο βιοποριστικό επάγγελμα την γεωργία ή την αλιεία και βέβαια να έχουν άδεια παραμονής στη χώρα σε ισχύ.

Ωστόσο, ο ανταποκριτής του ΟΓΑ ή η αρμόδια υπηρεσία του ΟΓΑ μπορεί να ζητήσει από τον ενδιαφερόμενο οποιοδήποτε πρόσθετο πιστοποιητικό κρίνει απαραίτητο.

Ο ΟΓΑ, παρέχει στους ασφαλισμένους του, άνευ συμμετοχής τους, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη μέσω των Αγροτικών Ιατρείων, των Κέντρων Υγείας και των Εξωτερικών Ιατρείων των Κρατικών Νοσοκομείων καθώς και των Συμβεβλημένων με τον ΟΓΑ θεραπευτηρίων Κοινωφελούς χαρακτήρα. Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει τις απαραίτητες ιατρικές φροντίδες, μικροβιολογικές, παρακλινικές και λοιπές εξετάσεις

και θεραπείες, χορήγηση συνταγών φαρμάκων, χορήγηση φαρμάκων για αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων, διενέργεια ειδικών εξετάσεων σε ιδιωτικά εργαστήρια. Επίσης, παρέχεται πλήρης νοσοκομειακή περίθαλψη στη Γ' θέση των Κρατικών Νοσοκομείων, των Θεραπευτηρίων του ΙΚΑ και των συμβεβλημένων με τον ΟΓΑ Ιδιωτικών Κλινικών και Θεραπευτηρίων. Αν ο ασφαλισμένος επιθυμεί να νοσηλευτεί σε βελτιωμένη θέση, τότε βαρύνεται με τη διαφορά της δαπάνης. Ακόμη, στους ασφαλισμένους χορηγούνται βοηθητικά θεραπευτικά μέσα, και όργανα παροδικής χρήσης, προθέσεις για μετεγχειρητικές καταστάσεις, ορθοπεδικά είδη, μηχανήματα και τεχνητά μέλη, συσκευές οξυγονοθεραπείας και τους αποδίδεται η νόμιμη δαπάνη.

Για τα φάρμακα, η συμμετοχή των συμβεβλημένων είναι το 25% της αξίας των φαρμάκων, με εξαίρεση φάρμακα για την αντιμετώπιση και θεραπεία ορισμένων χρόνιων παθήσεων, στα οποία η συμμετοχή είναι 10% ή χορηγούνται δωρεάν. Στις γυναίκες, που κατά το χρόνο του τοκετού τους είναι ασφαλισμένες στον Κλάδο Υγείας του ΟΓΑ, παρέχεται επίδομα κυοφορίας και λοχείας καθώς και, σε περίπτωση που ο τοκετός πραγματοποιηθεί σε Ιδιωτικό Μαιευτήριο, βοήθημα τοκετού.

Τέλος, σε περίπτωση θανάτου του ασφαλισμένου ή συνταξιούχου του ΟΓΑ καταβάλλεται εφάπαξ βοήθημα εξόδων κηδείας. Συμπερασματικά, οι αλλοδαποί ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ έχουν ίδια δικαιώματα και υποχρεώσεις με τους Έλληνες ασφαλισμένους. Δικαιούνται να λαμβάνουν σύνταξη, νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και να συμμετέχουν στα προγράμματα Κοινωνικού Τουρισμού και στις άλλες παροχές του Λογαριασμού Αγροτικής Εστίας του ΟΓΑ (υπ' αριθ.μ. πρωτ. 74254/27.9.2004 επιστολή της Διεύθυνσης Διοικητικής υποστήριξης του ΟΓΑ).(ΟΓΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ- ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

#### 4.1 Γενικά

Η κατανομή της υγείας και της ασθένειας, δεν είναι ομοιόμορφη στον πληθυσμό, αλλά διαφοροποιείται ανάλογα με την κατανομή του πλούτου, της δύναμης και της ανάπτυξης των κοινωνιών.

Οι πολίτες εντάσσονται στο κοινωνικό περιβάλλον και συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες, οι οποίες συνθέτουν ένα είδος ρόλου για καθέναν από αυτούς. Ανάμεσα στους ρόλους αυτούς δεν υπάρχει ισοτιμία, αφού το κάθε κοινωνικό σύστημα αξιολογεί και ιεραρχεί τους ρόλους και τους ανθρώπους, ανάλογα με την ωφελιμότητα και την αναγκαιότητά τους. Σήμερα στις αναπτυγμένες χώρες το σημαντικότερο κριτήριο για την κοινωνική ιεράρχηση είναι ο ρόλος του ατόμου στην οικονομία, ο οποίος καθορίζει την κοινωνική δύναμη, το γόητρο και την κοινωνική επιρροή. Συνεπώς, οι σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες είναι σχέσεις ανισότητας. Ανισότητες παρατηρούνται σε όλες τις εκφάνσεις της κοινωνικής ζωής. Μία από τις χειρότερες μορφές της κοινωνικής ανισότητας είναι οι ανισότητες στον τομέα της υγείας.

#### 4.2 Κοινωνική τάξη

Ο πιο σημαντικός παράγοντας ανισότητας, είναι ασφαλώς η οικονομική κατάσταση. Με τον όρο οικονομία εννοούμε όλες εκείνες τις υλικές προϋποθέσεις που είναι απαραίτητες για την εξασφάλιση των βασικών αναγκών της ζωής (όπως τροφή, στέγη και υπηρεσίες υγείας), καθώς επίσης και τα συστήματα παραγωγής, την επαγγελματική και ταξική δομή, πόρους και ευκαιρίες, εισοδήματα και πλούτο κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής.

Η φτώχεια αποτελεί τη μεγαλύτερη απειλή για την υγεία. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και άλλοι κοινωνικοί παράγοντες, όπως είναι η μορφή κοινωνικής οργάνωσης.

Από κοινωνικές μελέτες επιστημόνων έχει αποδειχθεί ότι ένας σημαντικός παράγοντας του επιπέδου υγείας ενός ατόμου είναι η κοινωνική τάξη από την οποία προέρχεται. Σύμφωνα με τους δείκτες υγείας, τα άτομα που προέρχονται από τις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας, καθώς και μικρότερα ποσοστά στη χρήση υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα ανισότητας στην παρεχόμενη νοσοκομειακή περίθαλψη, λόγω μικρού εισοδήματος και χαμηλής κοινωνικής τάξης, αποτελούν οι νόμιμα

εργαζόμενοι μετανάστες, οι οποίοι διαμένουν στη χώρα μόνιμα και πολύ συχνά βρίσκονται σε καθεστώς μαύρης εργασίας χωρίς ένσημα και ασφάλιση υγείας, γεγονός που τους αποτρέπει από μία πιθανή επίσκεψη στο νοσοκομείο, λόγω του απαγορευτικού κόστους της επίσκεψης. Η διαφοροποίηση είναι πιο αισθητή στα απογευματινά ιατρεία. Ακόμη χειρότερα, οι μη νόμιμοι εγκατεστημένοι μετανάστες δεν έχουν ασφάλιση υγείας, αλλά και δεν μπορούν να απευθυνθούν σε κάποιο νοσοκομείο δεδομένου του γεγονότος ότι βρίσκονται σε καθεστώς παράνομης διαμονής και αντιμετωπίζουν, το ενδεχόμενο απέλασης.

### **4.3 Το φύλλο**

Τόσο στην Ευρώπη όσο και στον υπόλοιπο κόσμο, καμιά κοινωνία, δεν αντιμετωπίζει τις γυναίκες ισότιμα με τους άνδρες. Οι γυναίκες έχουν κατά μέσο όρο κατώτερη εκπαίδευση, χαμηλότερο εισόδημα και χαμηλότερη κοινωνική θέση.

Σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες το μέσο προσδόκιμο επιβίωσης για τις γυναίκες είναι μεγαλύτερο. Στην Ελλάδα, συγκεκριμένα το 1990 η προσδοκώμενη ζωή ανήλθε σε 74,6 χρόνια για τους άνδρες και σε 79,4 χρόνια για τις γυναίκες. Αλλά και στις αναπτυσσόμενες χώρες το προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών είναι μεγαλύτερο από αυτό των ανδρών, αν και οι διαφορές που παρατηρούνται είναι μικρότερες. Διαφορές υπάρχουν και στα επίπεδα νοσηρότητας. Οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα τους γιατρούς και έχουν περισσότερες πιθανότητες εισαγωγής στο νοσοκομείο. Επίσης, δηλώνουν ευκολότερα και συχνότερα ότι πάσχουν από κάποιο νόσημα από ότι οι άνδρες.

### **4.4 Γεωγραφικές ανισότητες στην υγεία**

Οι ανισότητες στην υγεία δεν περιορίζονται μόνο μεταξύ κοινωνικής τάξης και φύλλου, αλλά παρατηρούνται επίσης και στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές. Μελέτες που έχουν γίνει στη Μ. Βρετανία (Νιάκας, 1993) έχουν καταδείξει ότι οι γεωγραφικές υγειονομικές ανισότητες συνδέονται άμεσα με τις ανισότητες που παρατηρούνται στην έκταση ή τον αριθμό της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης των διαφόρων περιοχών. Έτσι, για παράδειγμα μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας παρατηρούνται σε περιοχές που χαρακτηρίζονται σε περιοχές φτώχειας με υψηλά ποσοστά ανεργίας και υποαπασχόλησης. Ο βαθμός στον οποίο η γεωγραφική θέση επηρεάζει την υγεία, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες, δεν είναι εύκολο να διαπιστωθεί. Σίγουρα, όμως υπάρχει μια διαπλοκή μεταξύ των παραγόντων, όπως η οικονομική στέρηση, η κατοικία



και η μετανάστευση και περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως η ποιότητα του νερού, η ατμοσφαιρική ρύπανση και οι κλιματολογικές συνθήκες.

Τέλος δεν θα πρέπει να παραλείψουμε να αναφέρουμε και τις ανισότητες που παρατηρούνται σε σχέση με εθνικές μειονότητες που βρίσκονται σε διαφορετικές κοινωνίες. Για παράδειγμα, τόσο στις Η.Π.Α όσο και στη Μ. Βρετανία έχουν βρεθεί συσχετίσεις με τη φυλή και το επίπεδο υγείας. Στη χώρα μας μέχρι πρόσφατα το πρόβλημα των εθνικών μειονοτήτων δεν ήταν έντονο. Όμως η μεγάλη εισροή μεταναστών από τις ασιατικές χώρες καθώς και από τα Βαλκάνια έχει δημιουργήσει ένα καινούργιο πλαίσιο, καθώς οι συνθήκες διαβίωσης αυτών των ομάδων, όπως επίσης και το οικονομικό επίπεδό τους εύκολα μπορούν να οδηγήσουν σε ανισότητες και στο επίπεδο της υγείας τους.

#### **4.5 Πολιτιστικές ιδιαιτερότητες των μεταναστών. Η έννοια του πολιτιστικού μορφώματος**

Το χαμηλό εισόδημα, δεν αρκεί από μόνο του να εξηγήσει τις ανισότητες στο επίπεδο υγείας. Άλλο παράγοντες, όπως το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, ο τρόπος ζωής και η έκθεση σε περιβαλλοντικούς κινδύνους στη διάρκεια της ζωής, θεωρούνται καθοριστικοί στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας. Οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζονται από το πολιτιστικό μάρφωμα των διαφορετικών κοινωνικών ομάδων. (Ιωαννίδη και συν., 1999).

Το πολιτιστικό μάρφωμα (culture) περιλαμβάνει τα ήθη και τα έθιμα μιας κοινωνίας, τον τρόπο ζωής της, τις επικρατούσες αξίες και τα πιστεύω, τις προσδοκίες και τις απόψεις των ανθρώπων αυτής της κοινωνίας, που διαμορφώνουν ιδέες και πρακτικές που επηρεάζουν την υγεία.

Το πολιτιστικό μάρφωμα, μπορεί να επηρεάσει το επίπεδο της σωματικής και ψυχικής υγείας του ατόμου με τους παρακάτω τρόπους:

A) Μέσα από πρακτικές που οδηγούν σε έκθεση ή σε προστασία από διάφορους κινδύνους, όπως είναι η διατροφή με πολλή ζάχαρη, λίπος. Για παράδειγμα, οι μετανάστες που προέρχονται από μη δυτικές χώρες και μετακινούνται σε χώρες της Δύσης παρουσιάζουν αυξημένο ποσοστό εμφάνισης ασθενειών, όπως είναι ο διαβήτης, η υπέρταση γεγονός που αποδεικνύει τη μη ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης. Οι συγκεκριμένες ασθένειες οφείλονται αποκλειστικά στον τρόπο ζωής και τις διατροφικές συνήθειες.

B) Μέσα από διαδεδομένες παραδοσιακές πρακτικές, που μπορεί να αποτελέσουν φραγμό είτε σε προγράμματα αγωγής υγείας είτε σε παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες. Για παράδειγμα, η άρνηση πολλών γυναικών να εξετάζονται από άνδρες γιατρούς (κυρίως



γυναικολόγους), η άρνηση μετάγγισης αίματος για θρησκευτικούς λόγους (μάρτυρες του Ιεχωβά), η αρνητική στάση στην αντισύλληψη.

Γ) Μέσα από κοινωνικές αλλαγές που προκαλούν τη σύνθλιψη των αξιών, όπως συμβαίνει με τους μετανάστες, οι οποίοι αναγκάζονται να ζήσουν σε άλλη χώρα. Το πρώτο χρονικό διάστημα μετά την άφιξη του μετανάστη έχει θεωρηθεί κρίσιμο για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογικών καταστάσεων. Έχει περιγραφεί το σύνδρομο του πολιτιστικού σοκ κυρίως για τα άτομα που έρχονται ξαφνικά σε πρώτη επαφή με το δυτικό πολιτισμό. Αυτά τα άτομα παρουσίαζαν αρχικά κατάθλιψη, ευερεθιστότητα και ψυχοσωματικά συμπτώματα. Είναι φανερό ότι ο Πολιτισμός καθορίζει την αντίληψη για την υγεία και την αρρώστια και ανάλογα με τις πολιτισμικές επιδράσεις, η ίδια αρρώστια μπορεί να θεωρείται βλάβη ή χάρισμα, τιμωρία ή επιβράβευση, αμαρτία ή ιερότητα.

Διαφοροποίηση υπάρχει και στην ερμηνεία των συμπτωμάτων, καθώς ορισμένα άτομα είναι πιο ευαίσθητα από άλλα στην αντίληψη και την αξιολόγηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, οι Ιρλανδοί τείνουν να δείχνουν συχνότερα με ακρίβεια το σημείο του πόνου και δείχνουν λιγότερη σημασία στο ίδιο το γεγονός ότι πονούν, ενώ οι Ιταλοί αντιθέτως, παραπονιούνται για περισσότερα συμπτώματα, επιμένουν στον πόνο και υπογραμμίζουν ότι η διάθεση και η σχέση τους με τους άλλους έχουν διαταραχθεί.

Είναι φανερή η επίδραση του Πολιτισμού στην πρόσληψη, αλλά και στην έκφραση της ασθένειας. Η επικοινωνία με τους ειδικούς στο σύστημα υγείας, είναι ένα επιπλέον πρόβλημα για τους μετανάστες, καθώς δυσκολεύονται να περιγράψουν αποτελεσματικά την κατάστασή τους στον γιατρό ή το νοσηλευτή είτε λόγω της γλώσσας είτε ακόμα και για θρησκευτικούς ή πολιτισμικούς λόγους και περιορισμούς (ήθη και έθιμα).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ.Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ

#### 5.1 Γενικά

Τα τελευταία χρόνια, ο νομός Φθιώτιδας έγινε πόλος έλξης ενός μεγάλου αριθμού μεταναστών, οι οποίοι εγκατέλειψαν την ιδιαίτερη πατρίδα τους για να αναζητήσουν την τύχη τους σε άλλες περιοχές. Η γεωγραφική θέση και οι μεγάλες αγροτικές εκτάσεις καθιστούν το Ν. Φθιώτιδας περιοχή μεγάλης εισροής μεταναστών τόσο νόμιμων, όσο και παράνομων. Ο ακαθόριστος αριθμός των μη νόμιμων μεταναστών σε συνδυασμό με την συνεχή κινητικότητά τους στο εύρος της περιφέρειας καθιστά δύσκολη έως ανέφικτη την καταγραφή τους.

#### 5.2 Πληθυσμός των αλλοδαπών στο Νομό Φθιώτιδας κατά υπηκοότητα και φύλλο

Ο νομός Φθιώτιδας, συγκεντρώνει στον πληθυσμό του 12.614 αλλοδαπούς. Από τον πληθυσμό των μεταναστών οι 13.000 είναι ασφαλισμένοι και οι υπόλοιποι είναι ανασφάλιστοι. Μεγάλος αριθμός μεταναστών για μία περιφέρεια. Οι περισσότεροι αλλοδαποί εδώ στη Φθιώτιδα κατοικούν με τις οικογένειές τους, τα παιδιά τους πηγαίνουν σχολείο, σπουδάζουν. Βέβαια, δεν παύουν να λείπουν και οι αλλοδαποί που μένουν μόνοι τους και έχουν τις οικογένειές τους στη χώρα από τις οποίες προέρχονται. Από αυτούς, οι 7.583 είναι άνδρες και οι 5.031 είναι γυναίκες. Είναι ορατό ότι, ο μεγαλύτερος μεταναστευτικός πληθυσμός αποτελείται από άνδρες.

Εξετάζοντας την υπηκοότητα των αλλοδαπών παρατηρούμε ότι, το μεγαλύτερο μέρος του αλλοδαπού πληθυσμού καταλαμβάνουν οι αλβανοί υπήκοοι που αριθμούν τους 9.220 ενώ δεύτεροι έρχονται οι ρουμάνοι υπήκοοι με 1080 μέλη και τρίτοι οι κύπριοι υπήκοοι.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2:****ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ Ν. ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ ΚΑΤΑ ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΦΥΛΛΟ**

<b>ΧΩΡΕΣ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>	<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>
	12.614	7.583	5.031
Αιθιοπία	2	1	1
Αλβανία	9.220	6.050	3.170
Βουλγαρία	510	290	220
Γαλλία	21	9	12
Γερμανία	46	19	27
Γεωργία	16	6	8
Γιουγκοσλαβία	12	7	5
ΗΠΑ	33	14	19
Ινδία	55	27	28
Ιράν	15	10	5
Ισπανία	9	4	5
Ιταλία	44	20	24
Καναδάς	8	3	5
Κίνα	166	80	86
Κύπρος	210	85	125
Λευκορωσία	6	2	4
Μολδαβία	23	5	18
Νιγηρία	233	181	52
Αφρική	56	40	16
Ουκρανία	310	100	210
Πακιστάν	183	141	42
Πολωνία	150	80	70
Ρουμανία	1.080	330	750
Ρωσία	120	40	80
Συρία	12	7	5
Τουρκία	33	18	15
Τσεχία	18	9	9
Φιλιππίνες	23	5	18

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή 18 Μαρτίου 2001

### 5.3 Αλλοδαποί στο Νομό Φθιώτιδας με βάση την ηλικία τους

Με βάση τα στοιχεία της απογραφής του 2001, εξετάσαμε την ηλικιακή κατανομή των αλλοδαπών στο Ν. Φθιώτιδας και παρατηρήσαμε ότι, το μεγαλύτερο μέρος του μεταναστευτικού πληθυσμού ανήκει στην ηλικία των 30-34 και στη συνέχεια των 25-29. Δηλαδή, μιλάμε για ενεργό και παραγωγικό πληθυσμό.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3**

#### ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ ΣΤΟ Ν. ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥΣ

ΗΛΙΚΙΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
	12.614	7.583	5.031
0-4	220	80	140
5-9	340	210	130
10-14	810	350	460
15-19	750	420	330
20-24	1.800	970	880
25-29	2.430	1.550	830
30-34	3.210	1.927	1.283
35-39	1.040	840	200
40-44	910	620	290
45-49	315	203	112
50-54	260	140	120
55-59	184	111	73
60-64	163	92	71
65-69	120	46	44
70-74	28	12	16
75-79	30	12	18
80-84	23	15	8
85+	15	5	10

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή 18 Μαρτίου 2001

#### 5.4 Λόγοι εγκατάστασης στο Νομό Φθιώτιδας

Η Φθιώτιδα είναι μία περιοχή με μεγάλη αγροτική και αλιευτική ανάπτυξη, με μεγάλο αριθμό αγροτικών περιοχών στις οποίες καλλιεργούνται καπνά, βαμβάκι, καλαμπόκι, και ελιές. Έτσι λοιπόν, οι περισσότεροι αλλοδαποί απασχολούνται στη γεωργική εκμετάλλευση αγροτικών εκτάσεων, στην αλιεία και τέλος στις οικοδομικές κατασκευές. Σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής του 2001, κύριος λόγος εγκατάστασης των αλλοδαπών στη χώρα μας και συγκεκριμένα στο Ν. Φθιώτιδας είναι η εύρεση εργασίας. Στη συνέχεια, ακολουθούν κι άλλοι λόγοι. Αναλυτικά, οι λόγοι εγκατάστασης στην Φθιώτιδα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5.4**

#### ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ ΚΑΤΑ ΦΥΛΛΟ ΚΑΙ ΛΟΓΟ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ
ΣΥΝΟΛΟ	12.614	7.583	5.031
Εργασία	8.014	5.011	3.003
Σπουδές	800	350	450
Οικογενειακή επανένωση	995	630	365
Άλλος λόγος	2.805	1.592	1.213

Πηγή: Απογραφή 18 Μαρτίου 2001

#### 5.5 Τα τρία ασφαλιστικά ταμεία και οι ασφαλισμένοι μετανάστες του Νομού Φθιώτιδας

Για την υλοποίηση της στατιστικής ανάλυσης, αναζητήθηκαν στατιστικά στοιχεία από τρία ασφαλιστικά ταμεία α) τον ΟΓΑ, β) το ΟΑΕΕ και γ) το ΙΚΑ.

Ωστόσο, τα διαθέσιμα στοιχεία, που αφορούν τους αλλοδαπούς απασχολούμενους στους τρεις βασικούς ασφαλιστικούς φορείς, είναι εξαιρετικά ελλιπή. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να αφορούν τους δικαιούχους περίθαλψης (συζύγους, παιδιά, ηλικιωμένους) των



αλλοδαπών. Επίσης, τα δεδομένα σχετικά με τα έσοδα-έξοδα δεν ταξινομούνται ανά υπηκοότητα, επειδή δεν υφίσταται τέτοιος διαχωρισμός ούτε στον απολογισμό ούτε στα ετήσια στατιστικά στοιχεία.

Τα έγγραφα των ασφαλιστικών ταμείων, παραπεμπτικά ή οι καρτέλες νοσηλείας που συμπληρώνουν οι γιατροί στα νοσοκομεία δεν προβλέπουν τον διαχωρισμό των ασθενών ανά υπηκοότητα, πράγμα που καθιστά δυσχερή τη δημιουργία βάσης στατιστικών στοιχείων από τα εν λόγω Ταμεία. Μόνη εξαίρεση ο ΟΓΑ, ο οποίος καταγράφει τον αριθμό των Ελλήνων συνταξιούχων του εσωτερικού και των Ελλήνων συνταξιούχων που εργάζονται στο εξωτερικό.

#### **A. Δεδομένα από το ΙΚΑ**

Στο ΙΚΑ, υπάρχουν στοιχεία για τον αριθμό εγγεγραμμένων ανά υπηκοότητα, απασχόληση, ημέρες εργασίας, αποδοχές, εισφορές, ηλικία, οικονομικούς κλάδους και γεωγραφική κατανομή.

Αριθμός αλλοδαπών κατά προέλευση που καταγράφονται στο ΙΚΑ:

Η κύρια ομάδα μεταναστών είναι οι Αλβανοί, έπονται οι Ρουμάνοι και εν συνεχεία οι Μολδαβοί, Ουκρανοί, Ρώσοι, Πακιστανοί, Βούλγαροι και Κινέζοι.(ΙΚΑ ΛΑΜΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ) Στον συνολικό αριθμό ασφαλισμένων σε κοινές επιχειρήσεις και οικοδομοτεχνικά έργα στο ΙΚΑ το 87% είναι Έλληνες και το 13% αλλοδαποί. Μερικές κατηγορίες επαγγελμάτων δεν υπάγονται στο ΙΚΑ. Οι οικιακοί βοηθοί, καθαριστές, και οι ασκούντες συναφή επαγγέλματα (κωδικός 913 ΣΤΕΠ-92) μπορούν να ασφαλιστούν στο ΙΚΑ, αλλά το σύστημα μηχανογράφησης του Ιδρύματος δεν τους υπολογίζει προς το παρόν. Επιπροσθέτως, υπάρχει δυνατότητα για τα μέλη της οικογένειας των μεταναστών που βρίσκονται στην Ελλάδα, περίθαλψης με το κοινοτικό έντυπο E109. Ο χρόνος ασφάλισης στην Ελλάδα υπολογίζεται συντάξιμος και σε περίπτωση που παίρνουν μέρισμα σύνταξης στην Αμερική, έχουν παροχές ασθενείας σε είδος στην Ελλάδα.

#### **B. Δεδομένα από τον ΟΑΕΕ**

Ένα μικρό ποσοστό αλλοδαπών είναι ασφαλισμένοι στον ΟΑΕΕ. Ο αριθμός δεν ξεπερνά τους 1.500 αλλοδαπούς εκ των οποίων οι 680 είναι γυναίκες. Εξετάζοντας την υπηκοότητα των αλλοδαπών, παρατηρούμε ότι, η σημαντικότερη πληθυσμιακή ομάδα είναι οι Αλβανοί. Στη συνέχεια, έρχεται η Κίνα έχοντας το δεύτερο υψηλότερο αριθμό σε

αλλοδαπούς, περίπου 700 άτομα.(ΟΑΕΕ ΛΑΜΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ)

### **Γ. Δεδομένα από τον ΟΓΑ**

Το ασφαλιστικό ταμείο ΟΓΑ, ασφαλίζει 200.000 άτομα από τα οποία 3.500 είναι αλλοδαποί. Οι 2.000 είναι άνδρες και οι 1.500 είναι γυναίκες, από τους οποίους οι περισσότεροι και σε αυτό το ταμείο έχουν ως χώρα προέλευσης την Αλβανία. (ΟΓΑ ΛΑΜΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ)

Λόγω ελλειπών δεδομένων από τα τρία Ασφαλιστικά Ταμεία (ΙΚΑ, ΤΕΒΕ,ΟΓΑ) σχετικά με τη συμμετοχή και τις παροχές των αλλοδαπών στο σύστημα υγείας και πρόνοιας, δεν είναι εφικτό να προσεγγίζουμε το ζήτημα και να βγάλουμε αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα.

## **5.6 Η σχέση των μεταναστών με τις υπηρεσίες υγείας στο Νομό Φθιώτιδας.**

### 5.6.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης σχετικά με τη μετανάστευση στην Ελλάδα,είναι η ανάδειξη του προφίλ των μεταναστών και πως αυτό επηρεάζει τη σχέση τους με το σύστημα υγείας.

### 5.6.2 Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος

Τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν 92 αλλοδαποί (61 άνδρες και 31 γυναίκες) που διαμένουν στη χώρα μας και συγκεκριμένα στο Νομό Φθιώτιδας.. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε την περίοδο Αυγούστου-Σεπτεμβρίου 2008. Ως τόπος διεξαγωγής της έρευνας επιλέχθηκε το Γενικό Νοσοκομείο της Λαμίας. Πρόκειται για ένα Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο το οποίο εξυπηρετεί μία ευρεία πυκνοκατοικημένη περιοχή με πολλούς δήμους.

Με βάση τα ανωτέρω καταρτίστηκε ερωτηματολόγιο 13 ερωτήσεων από τις οποίες οι περισσότερες αφορούσαν τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων και οι υπόλοιπες τις εμπειρίες τους από τις υπηρεσίες υγείας καθώς και τις απόψεις τους οι οποίες αναλυτικά και κατά ενότητα αναφέρονται παρακάτω.

Τα δεδομένα των ερωτηματολογίων και η επεξεργασία τους έγινε με το λογισμικό excel του Microsoft office 2007.

### 5.6.3 Αποτελέσματα

#### ➤ **Υψηκότητα των μεταναστών:**

Από τους 92 αλλοδαπούς που ερωτήθηκαν, εκ των οποίων οι 45 ήταν αλβανικής υπηκοότητας,(ποσοστό 48,91%) 24 άτομα βουλγαρικής, (26,09%) 18 ουκρανικής (19,56%) και 2 άτομα από την Ρωσία (2,17%) και 3 άτομα από την Ρουμανία (3,26%).

#### ➤ **Φύλο μεταναστών:**

Αναφορικά με το φύλλο των συμμετεχόντων μπορούμε να διακρίνουμε μια έντονη εκπροσώπηση των ανδρών.61 άνδρες (66,30%) έναντι 31 των γυναικών (33,70%).

#### ➤ **Ηλικία των μεταναστών:**

Σε σχέση με την ηλικιακή κατανομή, από τους 92 συμμετέχοντες οι 47 ήταν ηλικίας 18-30 (51,09%) , οι 25 μεταξύ 31-45 ετών (27,17%) οι 12 μεταξύ 46-60 (13,04%) και μόλις 8 μεταξύ 60 και άνω(8,7%). Το σύνολο των αλλοδαπών, λοιπόν ανήκει στις παραγωγικές ηλικίες.

#### ➤ **Οικογενειακή κατάσταση και αριθμός παιδιών:**

Πάνω από το 50% (57 στους 92 ερωτηθέντες) δηλαδή 61,96% είναι παντρεμένοι έναντι 35 (38,04%) που παραμένουν άγαμοι. Στην ερώτηση «πόσα παιδιά έχετε;» οι περισσότεροι απαντούν ότι έχουν δύο παιδιά 27 στους 57 (47,37%). Οι 12 στους 57 (21,05%) απάντησαν πως είναι γονείς 1 παιδιού ενώ οι υπόλοιποι 18 (31,58%) από τους ερωτηθέντες έχουν 3 παιδιά και άνω.

#### ➤ **Χρόνος παραμονής των μεταναστών στη χώρα μας:**

Συμπερασματικά, με τα παραπάνω στοιχεία και με βάση την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων εύκολα μπορεί να οδηγηθεί κανείς στο συμπέρασμα, ότι οι περισσότεροι μετανάστες επιδιώκουν μόνιμη εγκατάσταση στην Ελλάδα. Απόρροια του παραπάνω συμπεράσματος αποτελεί η δήλωση ότι οι 22 στους 92 (23,91%) ζουν λιγότερο από 1 χρόνο στη χώρα μας, έναντι 32 (34,78%) , οι οποίοι ζουν από 1 έως 5 χρόνια και τέλος οι 38 στους 92 (41,31%) ζουν πάνω από 5 χρόνια στην Ελλάδα.

#### ➤ **Μορφωτικό επίπεδο:**

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο , οι μετανάστες του δείγματος απάντησαν πως οι 25 στους 92 (27,17%) είναι απόφοιτοι του γυμνασίου, οι 12 στους 92 (13,04%) είναι απόφοιτοι δημοτικού και οι 10 (10,87%) απόφοιτοι λυκείου.Στην εικόνα που παρουσιάζει το δείγμα ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο, δεν έλειπε και ένα μεγάλος αριθμός των 45 (48,91%) ατόμων που είναι αναλφάβητοι

Στο δεύτερο μέρος της έρευνάς μας διερευνήσαμε τις απόψεις των μεταναστών και τις εμπειρίες τους με ερωτήσεις, που αφορούσαν τη συχνότητα χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας, την ασφαλιστική κάλυψή τους, τις πηγές πληροφόρησης και τα προβλήματα που συνάντησαν κατά την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας. Επίσης, ερωτήθηκαν για το επίπεδο της υγείας τους καθώς και για το βαθμό ικανοποίησής τους από το σύστημα υγείας.

+

#### ➤ **Ασφαλιστική κάλυψη μεταναστών:**

Στη συνέχεια, θέλοντας να ανιχνεύσουμε την ασφαλιστική κάλυψη των μεταναστών τους και τη σχέση που έχουν αναπτύξει με το σύστημα υγείας, θέσαμε ερωτήματα που αφορούσαν την ασφάλισή τους και πιο συγκεκριμένα σε ποιο ασφαλιστικό ταμείο ανήκουν. Σ' αυτήν την ερώτηση, το μεγαλύτερο μέρος των αλλοδαπών δηλαδή οι 43 στους 92 (46,73%) έχουν δημόσια ασφάλιση και 12 στους 92 (13,05%) απαντά πως έχει ιδιωτική ασφάλιση ενώ αξιοσημείωτο είναι πως ένας μεγάλος αριθμός αλλοδαπών είναι ανασφάλιστος 37 στους 92 (40,21%). Αυτοί οι αριθμοί επηρεάζονται από το γεγονός, ότι ο κύριος όγκος των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο ανήκει στην κατηγορία των νόμιμων μεταναστών, για τους οποίους η ασφαλιστική κάλυψη τίθεται ως προϋπόθεση για την απόκτηση της άδειας παραμονής.

#### ➤ **Συχνότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας:**

Σχετικά με τη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες που συμμετείχαν στο ερωτηματολόγιο, ένας μικρός αριθμός χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας τουλάχιστον μία φορά το μήνα 23 στους 92 (25%). Οι 35 στους 92 (38,04%) χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας μία φορά το εξάμηνο, οι 34 στους 92 (36,96%) τουλάχιστον μία φορά το χρόνο.

#### ➤ **Βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας:**

Οι μετανάστες ρωτήθηκαν ποιος είναι ο βαθμός ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Οι απαντήσεις δείχνουν ότι (9,78%) δεν είναι καθόλου ευχαριστημένοι ενώ οι υπόλοιποι (13,04%) είναι λίγο ευχαριστημένοι. Μεγάλο ποσοστό δηλαδή (56,52%) δηλώνουν αρκετά και (20,65%) πλήρως ικανοποιημένοι. Αναφορικά με τα προβλήματα που προκύπτουν από τη χρήση και τη προσέγγιση των υπηρεσιών υγείας από τους ίδιους τους μετανάστες παρατηρούμε, ότι η συχνότερη απάντηση αφορούσε την πληροφόρηση 38 στους 92 (41,30%). Επίσης, οι 19 στους 92 (20,65%) ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν εχθρική έως ρατσιστική συμπεριφορά από το προσωπικό, οι 23 στους 92 (25%) δήλωσαν

ότι είχαν πρόβλημα γραφειοκρατίας και οι υπόλοιποι 12 (13,04%) δήλωσαν ότι δεν είχαν κανένα πρόβλημα.

➤ **Επίπεδο υγείας:**

Παρά τα όποια προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας δηλώνουν, ότι το επίπεδο υγείας τους βελτιώθηκε από τη στιγμή που έχουν εγκατασταθεί στη χώρα μας 42 στους 92 (45,65%) οι υπόλοιποι 41 (44,57%) ότι παρέμεινε το ίδιο ενώ οι υπόλοιποι (9,78%) έγινε χειρότερο.

Ας τονίσουμε στο σημείο αυτό, ότι οι περισσότεροι μετανάστες προέρχονται από χώρες που βρίσκονται σε δεινή κατάσταση σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας.

➤ **Παροχή πληροφοριών:**

Σχετικά με την άντληση πληροφοριών για την παροχή υπηρεσιών υγείας, οι περισσότεροι έχουν ενημερωθεί από ανεπίσημες πηγές όπως φίλους και συγγενείς (58,70%) ενώ πολύ λιγότεροι από τα ασφαλιστικά ταμεία (41,30%).

### **Συμπεράσματα- Συζήτηση**

Αν θέλαμε να σχηματίσουμε το προφίλ των μεταναστών που προκύπτει από τα στοιχεία της έρευνας θα καταλήγαμε στα ακόλουθα:

Πρόκειται για άνδρες, ηλικίας 30-35 συνήθως έγγαμοι με δύο παιδιά. Διαμένουν στην Ελλάδα περισσότερα από 5 χρόνια και ο λόγος που έχουν καταφύγει στην Ελλάδα είναι η εύρεση εργασίας και η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσής τους.

Στη συνέχεια, συνδυάσαμε κάποια από τα στοιχεία που ήταν απόρροια των ερωτήσεων και καταλήξαμε σε κάποια γενικά συμπεράσματα.

Στον πίνακα 14<sup>α</sup> και 14β συσχετίσαμε την συχνότητα επισκέψεων των μεταναστών με το εκτιμώμενο επίπεδο υγείας. Από τους 42 (45,65%) που θεωρούν ότι βελτιώθηκε το επίπεδο της υγείας τους, το 10,87% επισκέπτεται τουλάχιστον μία φορά το μήνα τις υπηρεσίες υγείας, ενώ το 10% μία φορά το χρόνο. Από τα συγκεκριμένα στοιχεία προκύπτει ότι η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παροχών υγείας ενισχύει την τάση να προσφεύγουν σε αυτές.

Στον πίνακα 15<sup>α</sup> και 15β, ερευνάται η σχέση του εκτιμώμενου επιπέδου υγείας με το βαθμό ικανοποίησης από αυτές. Το 9,77% από όσους δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι παρατηρεί χειρότερο επίπεδο της υγείας του με πριν. Από όσους δηλώνουν ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι 56,51%, θεωρούν ότι το επίπεδο της υγείας τους βελτιώθηκε (48,91%). Από τα στοιχεία του πίνακα 15<sup>α</sup> και 15β φαίνεται ότι, η ικανοποίηση των μεταναστών είναι ανάλογη με το επίπεδο υγείας.

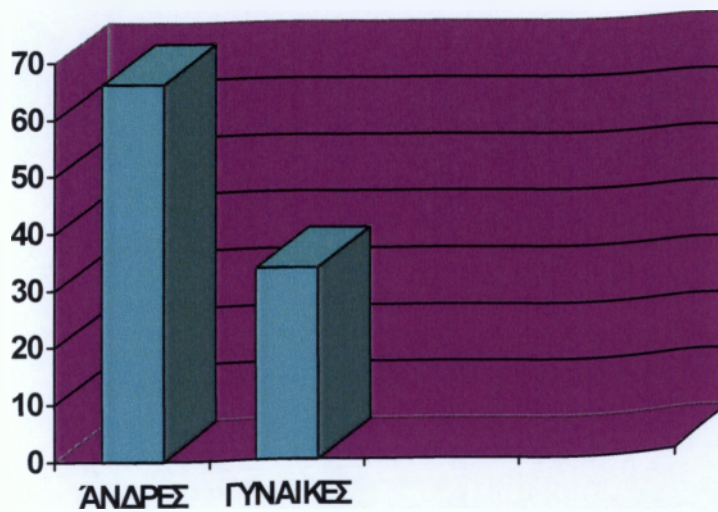


**Πίνακας 1: ΦΥΛΟ**

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>	<b>ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>
<b>ΑΝΔΡΑΣ</b>	<b>61</b>	<b>66,30%</b>	<b>66,30%</b>
<b>ΓΥΝΑΙΚΑ</b>	<b>31</b>	<b>33,70%</b>	<b>100,0%</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>92</b>	<b>100,0%</b>	

**Πηγή:** Προσωπική έρευνα σε αριθμό ασθενών αλλοδαπών στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας

**Ραβδόγραμμα 1: ΦΥΛΟ**

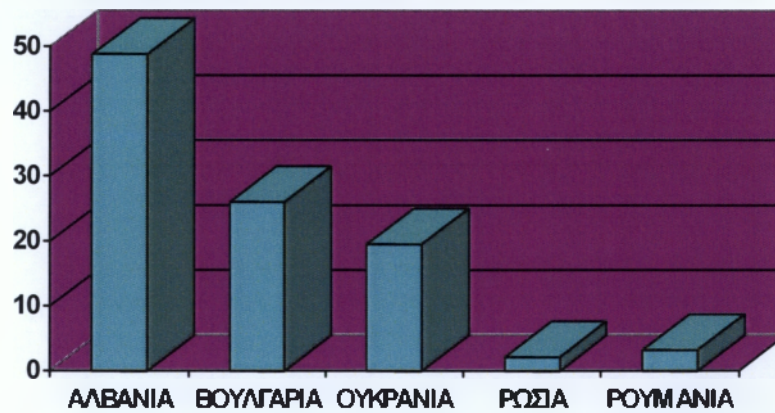


**Πίνακας 2: ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ**

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>	<b>ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>
<b>ΑΛΒΑΝΙΑ</b>	45	48,91%	48,91%
<b>ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ</b>	24	26,09%	75%
<b>ΟΥΚΡΑΝΙΑ</b>	18	19,56%	94,56%
<b>ΡΩΣΙΑ</b>	2	2,17%	96,73%
<b>ΡΟΥΜΑΝΙΑ</b>	3	3,26%	100,0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	92	100,0%	

**Πηγή:** Ιδία έρευνα

**Ραβδόγραμμα 2: ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ**

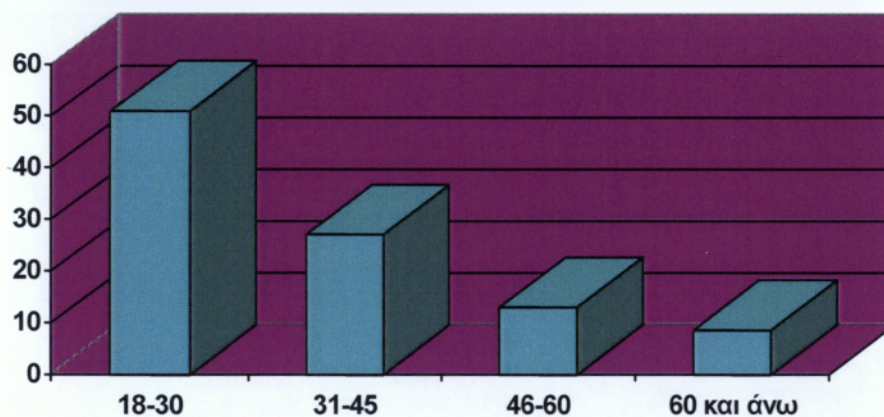


**Πίνακας 3: ΗΛΙΚΙΑ**

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>	<b>ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>
<b>18-30</b>	47	51,09%	51,09%
<b>31-45</b>	25	27,17%	78,26%
<b>46-60</b>	12	13,04%	91,30%
<b>60 και άνω</b>	8	8,7%	100,0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	92	100,0%	

**Πηγή:** Ιδία έρευνα

**Ραβδόγραμμα 3: ΗΛΙΚΙΑ**

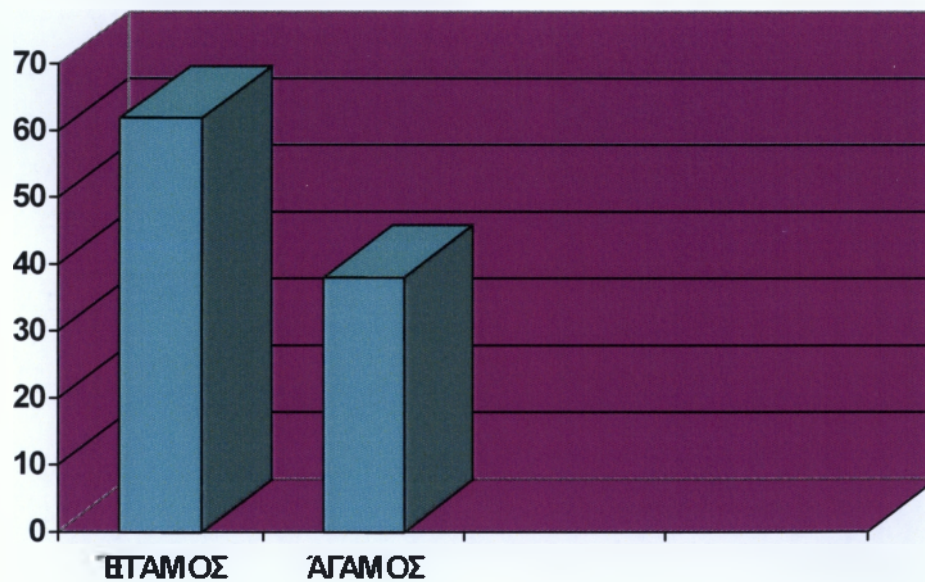


**Πίνακας 4: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>	<b>ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>
<b>ΕΓΓΑΜΟΣ</b>	57	61,96%	61,96%
<b>ΑΓΑΜΟΣ</b>	35	38,04%	100,0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	92	100%	

Πηγή: Ιδία έρευνα

**Ραβδόγραμμα 4: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

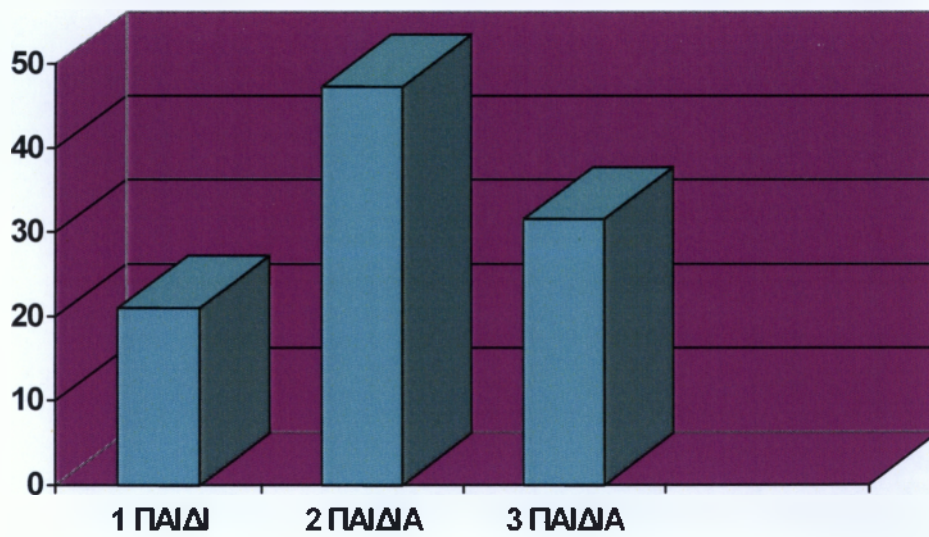


**Πίνακας 5: Αριθμός παιδιών**

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>	<b>ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>
<b>1</b>	12	21,05%	21,05%
<b>2</b>	27	47,37%	68,42%
<b>3</b>	18	31,58%	100,0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	92	100,0%	

Πηγή: Ιδία έρευνα

**Ραβδόγραμμα 5: Αριθμός παιδιών**





**Πίνακας 6: ΧΡΟΝΙΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ**

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>	<b>ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>
<b>ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 1 ΧΡΟΝΟ</b>	22	23,91%	23,91%
<b>1 ΕΩΣ 5</b>	32	34,78%	58,69%
<b>ΠΑΝΩ ΑΠΟ 5 ΧΡΟΝΙΑ</b>	38	41,31%	100,0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	92	100,0%	

Πηγή: Ιδία έρευνα

**Ραβδόγραμμα 6: ΧΡΟΝΙΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ**

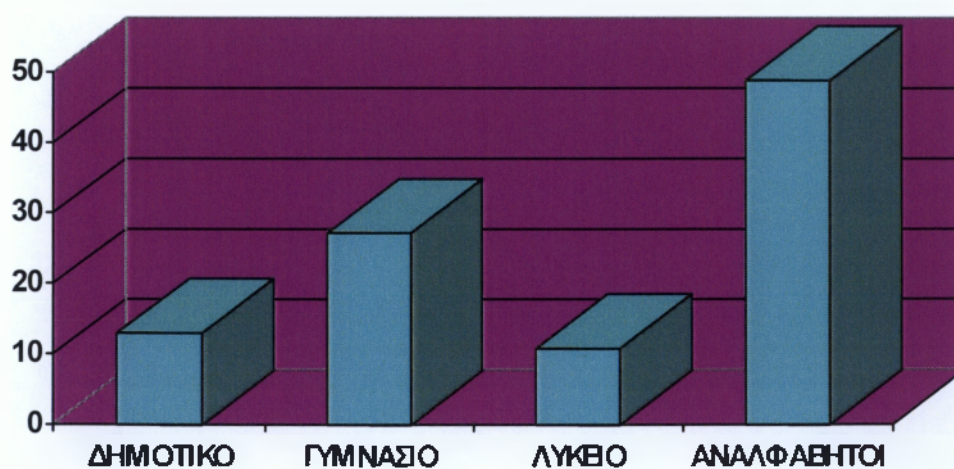


**Πίνακας 7: ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>	<b>ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>
<b>ΔΗΜΟΤΙΚΟ</b>	12	13,04%	13,04%
<b>ΓΥΜΝΑΣΙΟ</b>	25	27,17%	40,21%
<b>ΛΥΚΕΙΟ</b>	10	10,87%	51,08%
<b>ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΙ</b>	45	48,91%	100,0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	92	100,0%	

**Πηγή:** Ιδία έρευνα

**Ραβδόγραμμα 7: ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

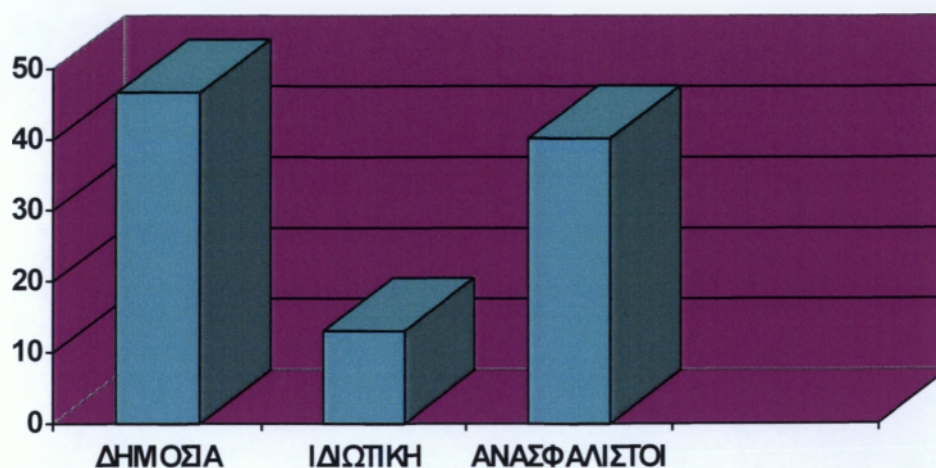


**Πίνακας 8: ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ%	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%
ΔΗΜΟΣΙΑ	43	46,74%	46,74%
ΙΔΙΩΤΙΚΗ	12	13,05%	59,79%
ΚΑΘΟΛΟΥ	37	40,21%	100,0%
ΣΥΝΟΛΟ	92	100,0%	

Πηγή: Ιδία έρευνα

**Ραβδόγραμμα 8: ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ**



**Πίνακας 9: ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>	<b>ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>
<b>ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ</b>	23	25%	25%
<b>ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΕΞΑΜΗΝΟ</b>	35	38,04%	63,04%
<b>ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ</b>	34	36,96%	100,0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	92	100,0%	

Πηγή: Ιδία έρευνα

**Ραβδόγραμμα 9: ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

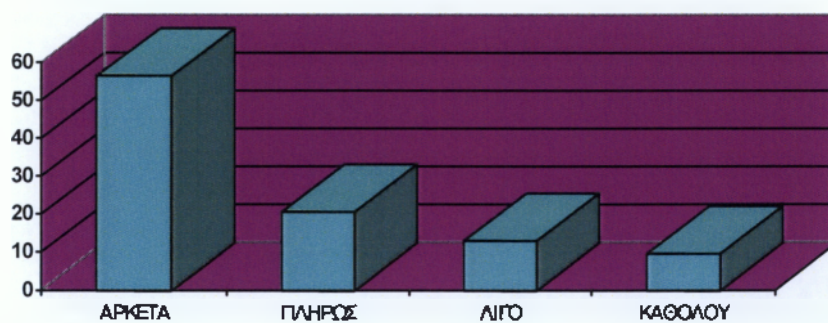


**Πίνακας 10: ΕΠΙΠΕΔΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ**

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>	<b>ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>
<b>ΑΡΚΕΤΑ</b>	52	56,52%	56,52%
<b>ΠΛΗΡΩΣ</b>	19	20,65%	77,17%
<b>ΛΙΓΟ</b>	12	13,04%	90,21%
<b>ΚΑΘΟΛΟΥ</b>	9	9,78%	100%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	92	100,0%	

Πηγή: Ίδια έρευνα

**Ραβδόγραμμα 10: ΕΠΙΠΕΔΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ**



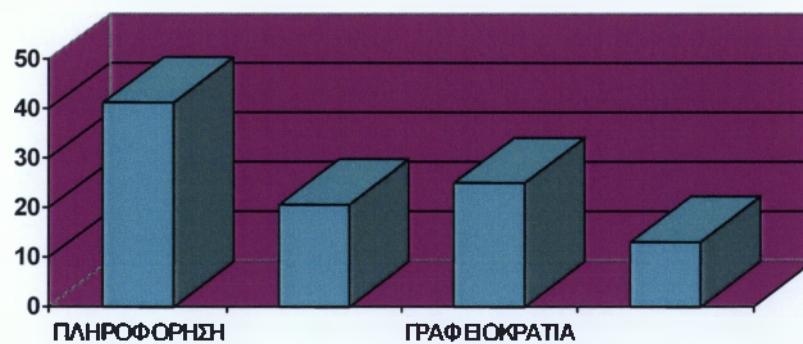


**Πίνακας 11: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ%	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%
ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ	38	41,30%	41,30%
ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΑ	23	25%	66,30%
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	19	20,65%	86,95%
ΚΑΝΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	12	13,04%	100,0%
ΣΥΝΟΛΟ	92	100,0%	

Πηγή: Ιδία έρευνα

**Ραβδόγραμμα 11: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

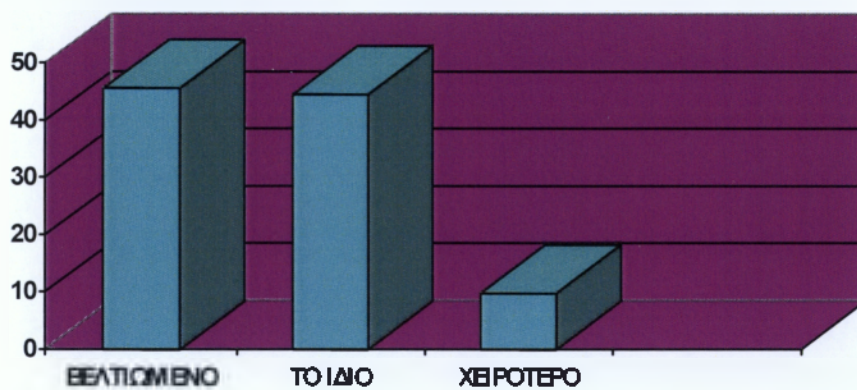


Πίνακας 12: ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ%	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%
ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΟ	42	45,65%	45,65%
ΤΟ ΙΔΙΟ	41	44,57%	90,22%
ΧΕΙΡΟΤΕΡΟ	9	9,78%	100%
ΣΥΝΟΛΟ	92	100,0%	

Πηγή: Ιδία έρευνα

Ραβδόγραμμα 12: ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ

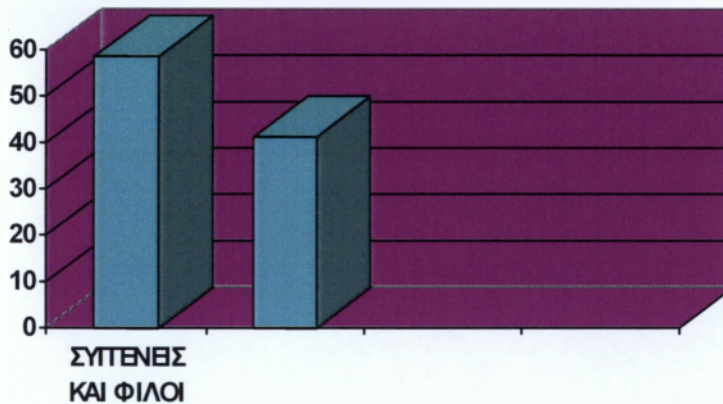


**Πίνακας 13: ΠΗΓΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ**

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>	<b>ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ%</b>
<b>ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΦΙΛΟΙ</b>	<b>54</b>	<b>58,70%</b>	<b>58,70%</b>
<b>ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ</b>	<b>38</b>	<b>41,30%</b>	<b>100,0%</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>92</b>	<b>100,0%</b>	

**Πηγή:** Ιδία έρευνα

**Ραβδόγραμμα 13: ΠΗΓΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ**



**Πίνακας 14: ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΦΙΞΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

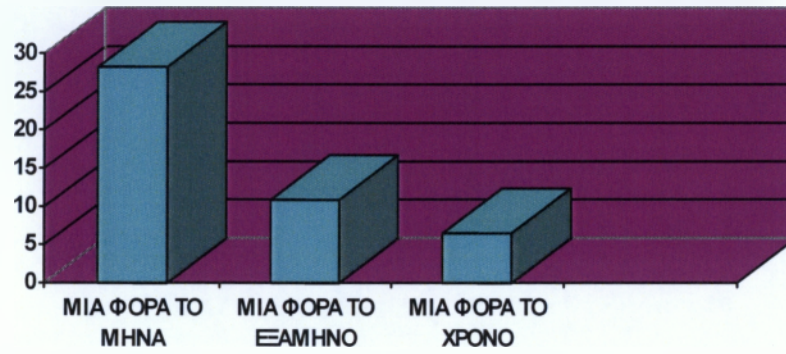
	ΤΟ ΙΔΙΟ		ΚΑΛΥΤΕΡΟ		ΧΕΙΡΟΤΕΡΟ	
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ	7	7,6	10	10,87	6	6,52%
ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΕΞΑΜΗΝΟ	22	23,91	10	10,87	3	3,26%
ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ	12	13,04	22	23,91	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	41	44,55	42	45,65	9	9,78

Πηγή: Ιδία έρευνα

**Ραβδόγραμμα 14<sup>α</sup>: ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΥΤΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΤΟ ΙΔΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΦΙΞΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ**



**Ραβδόγραμμα 14β: ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΥΤΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΦΙΞΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ**



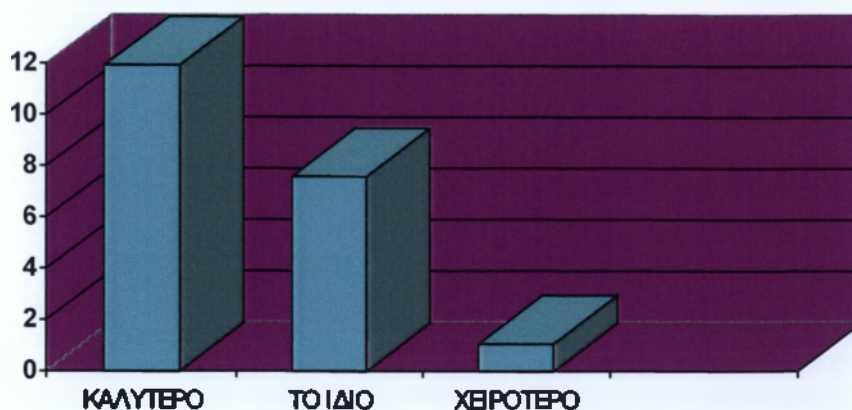


**Πίνακας 15: ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΦΙΞΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

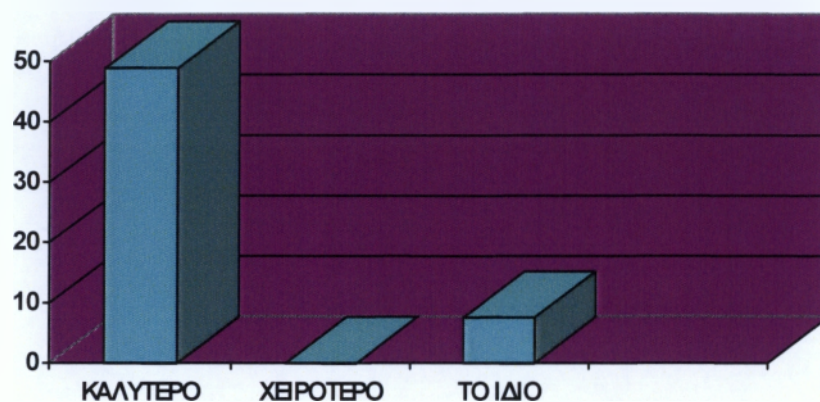
	ΠΛΗΡΩΣ		ΑΡΚΕΤΑ		ΛΙΓΟ		ΚΑΘΟΛΟΥ	
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΤΟ ΙΔΙΟ	7	7,60%	7	7,60%	3	3,26%	1	1,08%
ΚΑΛΥΤΕΡΟ	11	11,95%	45	48,91%	2	2,17%	0	0,0
ΧΕΙΡΟΤΕΡΟ	1	1,08%	0	0,0	7	7,60%	8	8,69%
ΣΥΝΟΛΟ	19	20,63%	52	56,51%	12	13,03%	9	9,77%

Πηγή: Ιδία έρευνα

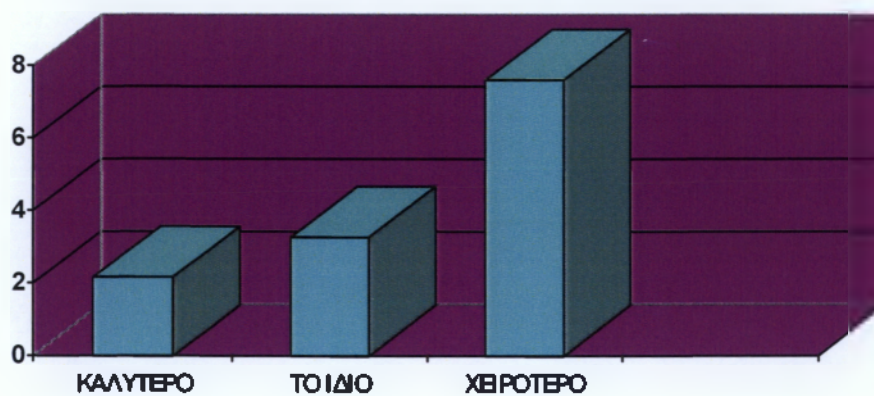
**Ραβδόγραμμα 15 α: ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΦΙΞΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΑΥΤΩΝ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΠΛΗΡΩΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**



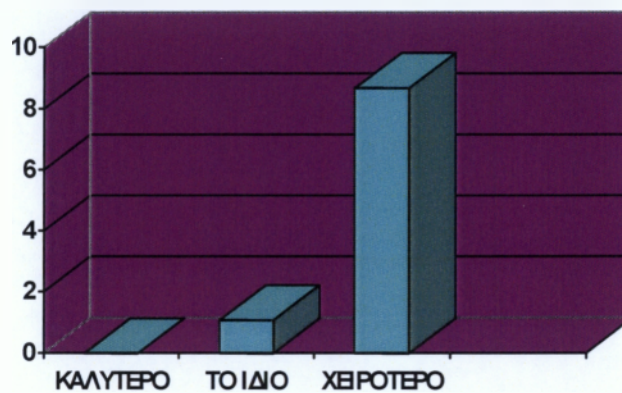
**Ραβδόγραμμα 15 β: ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΦΙΞΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΑΥΤΩΝ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**Ραβδόγραμμα 15 γ: ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΦΙΞΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΑΥΤΩΝ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**Ραβδόγραμμα 15δ: ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΦΙΞΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΑΥΤΩΝ  
ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ  
ΥΓΕΙΑΣ**



### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

#### 6.1 Γενικά συμπεράσματα

Η ελληνική κοινωνία βίωσε τη μαζική είσοδο των μεταναστευτικών πληθυσμών κυρίως από χώρες των Βαλκανίων και της Ανατολικής Ευρώπης και βρέθηκε απροετοίμαστη.

Οι μετανάστες ως διακριτή κοινωνική ομάδα, διαφοροποιούνται από το συνολικό πληθυσμό, αλλά ταυτόχρονα αποτελούν οργανικό στοιχείο της κοινωνίας μας. Η αυριανή κοινωνία που δημιουργούμε θα είναι διαφορετική, καθώς θα είναι ενταταγμένοι μέσα σε αυτή και οι αλλοδαποί οι οποίοι, με τα ιδιαίτερα φυλετικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά που φέρουν από τη χώρα προέλευσής τους, όπως οι δυσκολίες γλωσσικής επικοινωνίας, η περιθωριοποίηση και ο αποκλεισμός, όλα αυτά μαζί δημιουργούν διακρίσεις και κοινωνικές ανισότητες.

Σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψη των αλλοδαπών η διερεύνησή μας έδειξε, ότι οι νόμιμοι μετανάστες και εργαζόμενοι/ες αλλοδαποί καθώς και οι πρόσφυγες που έχουν την προσφυγική ιδιότητα έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους γηγενείς. Ωστόσο, το γεγονός ότι ασφαλίζονται στις χαμηλές ασφαλιστικές κατηγορίες και σε χαμηλά κλιμάκια διαφοροποιεί το ύψος των παροχών σε είδος και σε χρήμα και μακροπρόθεσμα διαφοροποιείται και το ύψος των συντάξεων. Εξαιρέση αποτελούν οι μη νόμιμοι ευρισκόμενοι στη χώρα μας αλλοδαποί. Δεν υπάρχει ασφάλιση, γεγονός που τους στερεί νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Ζούνε σε άσχημες συνθήκες και λόγω μη κατοχής κάρτας διαμονής, αν γίνουν αντιληπτοί από τις αρχές της χώρας μας απελαύνονται στη χώρα τους.

Στον τομέα της υγείας, οι μετανάστες αντιμετωπίζουν προβλήματα τόσο στην πρόσβαση στις υπάρχουσες υπηρεσίες, όσο και στη χρήση τους. Η απουσία εξειδικευμένων υπηρεσιών και η απουσία ειδικά εκπαιδευμένων που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες των μεταναστών, καθιστά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες δυσχερή και εγκυμονεί κινδύνους για τη Δημόσια Υγεία σε βαθμό που μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες με επιδημίες δεν είναι δυνατόν να θεραπευτούν και να ελεγχθούν λόγω της μη εμπιστοσύνης των μεταναστών με τον κρατικό μηχανισμό. Λόγω αυτών των συνθηκών, η πολιτεία θα πρέπει να χαράζει και να υλοποιεί μια σύγχρονη μεταναστευτική πολιτική που

να επιτρέπει και να υποστηρίζει την πλήρη ένταξη των μεταναστών στο κοινωνικό ιστό της χώρας.

## 6.2 Πολιτικές μετανάστευσης

Οι πολιτικές ενσωμάτωσης των μεταναστών σε μια χώρα υποδοχής προσδιορίζονται και έχουν άμεση σχέση, όπως είναι φυσικό, με τη γενικότερη αντιμετώπιση αυτής απέναντι στο μεταναστευτικό ζήτημα. Όπως είναι γνωστό, κάθε κράτος διαμορφώνει την πολιτική του ως προς την υποδοχή των μεταναστών. Η μεταναστευτική πολιτική των ευρωπαϊκών χωρών υποδοχής κινήθηκε σε τρεις άξονες. 1) Στην ενσωμάτωση των μεταναστών στην κοινωνία υποδοχής, στην εξίσωση με τους ντόπιους, στη χορήγηση δικαιωμάτων (πολιτικών, ιθαγένειας). Εφαρμογή δηλαδή, μεταναστευτικής πολιτικής που εκφράζει την προώθηση μιας πολυπολιτισμικής κοινωνίας ή την αφομοίωσή τους.

2) Στην επιλεκτική αφομοίωση των μεταναστών. Διαμόρφωση πολιτικών αφομοίωσης, που αποβλέπουν στη διαφοροποίηση των διαφόρων εθνικών ομάδων.

3) Στην απόθεση των μεταναστών, διακοπή του μεταναστευτικού ρεύματος, μείωση του αριθμού των αλλοδαπών εργατών προώθηση της παλιννόστησης, αντιμετώπιση των μεταναστών ως εργατικής δύναμης και εφαρμογή πολιτικών μη αφομοίωσης. Η ενσωμάτωση των αλλοδαπών οικονομικών μεταναστών είναι μια μακρά διαδικασία, που απαιτεί ειδικές προσπάθειες, κατά κανόνα δαπανηρές σε κόστος και με σημαντικές μεταβιβάσεις πόρων. Προϋποθέτει επίσης κοινωνικό διάλογο με όλες τις ενδιαφερόμενες πλευρές. Όπως έχει επισημανθεί, η κύρια πρόσκληση της μεταναστευτικής πολιτικής είναι τώρα, η επιτυχής προσπάθεια να περιοριστεί η επάνοδος στην παρανομία των νομιμοποιημένων μεταναστών, ο περιορισμός της εισροής νέων παράνομων και η οικονομική και κοινωνική ενσωμάτωση των νομίμων μεταναστών.

Για την επιτυχή εφαρμογή μεταναστευτικής πολιτικής θα πρέπει, να σχεδιαστεί μια συναινετική και συνολική πολιτική. Προς την κατεύθυνση αυτή θα πρέπει να αναπτύσσονται προγράμματα που να αφορούν, την υγεία, την παιδεία και θα στοχεύουν στη βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης, έτσι η ένταξη των μεταναστών γίνεται πιο εύκολη καθώς και η διαχείριση των θεμάτων. Οι βασικές αρχές, που θα διέπουν μία τέτοια πολιτική θα είναι: **α) ο σεβασμός των ανθρώπινων δικαιωμάτων.** Οι μετανάστες δεν θα πρέπει να διαφοροποιούνται από τους γηγενείς, αλλά θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν άνθρωποι που δικαιούνται αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης και εργασίας. **β) Η εθνική μεταναστευτική πολιτική θα πρέπει να κινείται: στην προσπάθεια αποτίμησης και ανάδειξης της συμβολής των μεταναστών στην αναπτυξιακή πορεία της**



χώρας και στην οικονομική και κοινωνική ενσωμάτωση των αλλοδαπών μέσω της νομιμοποίησής τους με τη διεύρυνση του θεσμικού πλαισίου καθώς και με την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της λαθρομετανάστευσης.

### 6.3 Προτάσεις Πολιτικής

Η ένταξη των μεταναστών είναι ο καλύτερος δρόμος εξασφάλισης καλύτερης ποιότητας ζωής και ασφάλειας στη χώρα μας. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό, ότι ο μετανάστης δίνει και μία υπεραξία στην κοινωνία μας, γίνεται γέφυρα με άλλες πατρίδες μεταρρυθμιστής της προηγούμενης πατρίδας του, και φορέας του πολιτισμού του. Αυτό, έχει σαν αποτέλεσμα τη μετάδοση των γνώσεων και διαφορετικών πολιτιστικών στοιχείων στους Έλληνες. Είναι αδιαμφισβήτητη πλέον η ύπαρξη του μετανάστη πλάι μας, στην καθημερινότητά μας στο νοσοκομείο, στην εργασία, στο σχολείο, στον δρόμο, γενικά παντού. Το ζήτημα είναι τι αντιμετώπιση έχουν όλοι αυτοί οι άνθρωποι που συνήθως ταλαιπωρημένοι από την σκληρή πραγματικότητα αδημονούν για ένα καλύτερο αύριο; Τους αποδέχεται η κοινωνία μας γι' αυτό οι πολιτικές θα πρέπει να στοχεύουν :

- Στη βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης και των επιλογών της προνοιακής πολιτικής
- Στην ανάπτυξη προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας για μια πιο αποτελεσματική και εξειδικευμένη κοινωνική προστασία για τους αλλοδαπούς μετανάστες.
- Στη διερεύνηση των δυνατοτήτων πρόσβασης των μεταναστών στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη.
- Θα πρέπει: να εφαρμοστεί μια ενιαία πολιτική ένταξης των αλλοδαπών μεταναστών. Αυτό σημαίνει ότι, η πολιτεία θα ορίσει τα κριτήρια στα οποία βασίζεται η ανανέωση των αδειών διαμονής και εργασίας, ώστε να υπάρξουν περίοδοι χρόνου από 6 μήνες ως 10 χρόνια και στη συνέχεια να υπάρχει η δυνατότητα πολιτογράφησης για τους μετανάστες. Τα κριτήρια πολιτογράφησης των αλλοδαπών θα μπορούσαν να είναι:
- 1) Το επίπεδο γνώσης της ελληνικής γλώσσας, 2) η σχέση των αλλοδαπών με την ελληνική κοινωνία (μικτοί γάμοι, ύπαρξη παιδιών που μεγάλωσαν στην Ελλάδα), 3) ο χρόνος διαμονής στην Ελλάδα (ως ένδειξη ικανότητας ένταξης στην χώρα). Το δικαίωμα να λάβει κάρτα διαμονής και εργασίας ένας αλλοδαπός για μια συγκεκριμένη περίοδο χρόνου δεν πρέπει να συσχετίζεται απαραίτητα με το ποσό που πρέπει να δώσει ώστε να αποκτήσει αυτήν την κάρτα εργασίας. Ασφαλώς, θα ήταν επιθυμητό η τιμή της κάρτας να μειωθεί σταδιακά με την αύξηση του χρόνου

παραμονής, ώστε να εμπεδώσει το αίσθημα προόδου ως προς την ένταξή του στην κοινωνία. Θα ήταν επίσης επιθυμητό, να υπάρξουν πιο εύκολες διαδικασίες πολιτογράφησης για αυτούς τους μετανάστες, οι οποίοι έχουν συμπληρώσει αρκετά χρόνια διαμονής στην Ελλάδα και σαν αποτέλεσμα γνωρίζουν επαρκώς την ελληνική γλώσσα ή την οικονομική ένταξη.

- Αλλαγή τρόπου συγκέντρωσης στατιστικών στοιχείων : Βελτίωση και προσαρμογή στα σημερινά δεδομένα. Εφόσον εκτιμάται ότι τα δεδομένα που αφορούν τους δικαιούχους περίθαλψης, τα έσοδα –έξοδα και τις παροχές προς αλλοδαπούς ασφαλισμένους ανά υπηκοότητα είναι απαραίτητα, θα πρέπει να δημιουργηθούν τα αντίστοιχα δελτία και να υπάρξει ένα ηλεκτρονικό σύστημα που να συγκεντρώνονται τα στοιχεία αυτά.
- Να βελτιωθεί ο τρόπος συγκέντρωσης των στατιστικών στοιχείων στο Σύστημα Υγείας. Είναι απαραίτητο, το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης σε συνεργασία με τη στατιστική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 1) να διερευνήσει ποια στοιχεία μπορούν να συλλεχθούν άμεσα και 2) να αλλάξει τα μηχανογραφικά δελτία τουλάχιστον στα τρία βασικά ασφαλιστικά ταμεία, ΙΚΑ, ΟΓΑ και ΟΑΕΕ ώστε να συλλέγονται περισσότερες και ομογενοποιημένες πληροφορίες σχετικά με τη χρήση που κάνουν οι αλλοδαποί του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας. 3) Να διαμορφωθούν καινούργια μηχανογραφικά απογραφικά δελτία για τους ασθενείς που νοσηλεύονται στα Νοσοκομεία. 4) Να γίνουν ρυθμίσεις ώστε ένας λαθρομετανάστης ή ένας αλλοδαπός που διαμένει για τουριστικούς λόγους στη χώρα μας να μπορεί να χρησιμοποιήσει το σύστημα υγείας χωρίς να αποκλείεται ή να έχει τη δυνατότητα μόνον εφόσον υπάρχουν συμβάσεις με τη χώρα προέλευσής του. Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, η νόμιμη διαμονή των αλλοδαπών στη χώρα μας είναι συνδεδεμένη με τη νόμιμη εργασία τους. Θα πρέπει να αποσυνδεθεί για να μειωθεί η υψηλή παράνομη διαμονή που παρατηρείται σήμερα.
- Να προετοιμαστεί η οργάνωση συμφωνιών με γειτονικές χώρες (Ρουμανία, Βουλγαρία, πρώην Γιουγκοσλαβία, Αλβανία), οι οποίες θα είναι όλες κατά πάσα πιθανότητα μέλη της Ε.Ε μέσα στα επόμενα 20 χρόνια) αναφορικά με τη σύνταξη των υπηκοοτήτων της, που εργάζονται στην Ελλάδα. Ήδη, η Ρουμανία και η Βουλγαρία ανήκουν πλέον στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αυτές οι ρυθμίσεις θα επιτρέπουν στους αλλοδαπούς να επιστρέφουν στη χώρα τους αν το επιθυμούν, μετά το τέλος της εργάσιμης ηλικίας τους ή όποτε το επιθυμούν.

- Να προβλεφτεί η σταδιακή αύξηση των κατώτατων ορίων εισφορών στα ασφαλιστικά ταμεία (για ΙΚΑ για Έλληνες) για τη δικαιολόγηση της πλήρους ασφάλισης. Τα όρια αυτά σήμερα είναι σχετικά χαμηλά:
- Στο ΙΚΑ 40 μέρες στην οικοδομή και 50 μέρες σε άλλες δραστηριότητες
- Στο ΟΓΑ, το κράτος πληρώνει περίπου τα 2/3 της ασφάλισης

Αρχικά, το γενναιόδωρο αυτό σύστημα έχει ισχύ για να καλύψει τους Έλληνες που δεν μπορούσαν να δικαιολογούν πολλές ημέρες εργασίας. Ωστόσο, δεν ισχύει το ίδιο με τους μετανάστες οι οποίοι δήλωναν λιγότερες μέρες εργασίας από αυτές που πραγματικά εργάζονται. Είναι απαραίτητο, να έχουν τουλάχιστον 150 ημέρες ασφάλισης για κάθε έτος. Έτσι, δημιουργείται αμέσως μια διάκριση μεταξύ Ελλήνων και αλλοδαπών, η οποία θα πρέπει να μειωθεί σε μία προοπτική σωστής ένταξης των αλλοδαπών στη χώρα μας. Επομένως, προτείνεται να αυξηθούν σταδιακά αυτά τα κατώτατα χρονικά όρια. Τέλος, προς την κατεύθυνση εξασφάλισης αποτελεσματικότερης εξυπηρέτησης των μεταναστών και ευχερέστερης πρόσβασής τους στις κοινωνικές υπηρεσίες, θετική απήχηση θα είχαν:

1. Η δημιουργία υπηρεσιών πληροφόρησης και εξυπηρέτησης μεταναστών, οι οποίες θα λειτουργούν στο πλαίσιο της τοπικής αυτοδιοίκησης
2. Η δημιουργία υπηρεσιών υποστήριξης και διαμεσολάβησης μεταναστών
3. Η δημιουργία του θεσμού του συνηγόρου του μετανάστη
4. Η εκπαίδευση και κατάρτιση εξειδικευμένων στελεχών στις νομαρχίες
5. Η εκπαίδευση των μεταναστών για εκμάθηση της ελληνικής γλώσσας

Ορισμένες προτάσεις βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών ασφάλισης των μεταναστών αναλύονται παρακάτω:

- Αποσύνδεση της ανανέωσης της άδειας παραμονής από την ύπαρξη ορισμένου αριθμού ενσήμων. Η ανανέωση να είναι εφικτή με μόνη την ύπαρξη ενεργού σύμβασης εργασίας ή με την εγγραφή του μετανάστη στους καταλόγους του ΟΑΕΔ. Σε κάθε περίπτωση, ο αριθμός ενσήμων που τυχόν μπορεί να απαιτείται, δεν θα πρέπει να υπερβαίνει εκείνο, που απαιτείται για την έκδοση βιβλιαρίου υγείας (50-80 ετησίως).
- Την αποσύνδεση του δικαιώματος οικογενειακής επανένωσης από την απόδειξη ορισμένου (και μάλιστα αυξημένου) εισοδήματος.
- Αναγνώριση στα παιδιά που αποφοιτούν από σχολεία μέσης εκπαίδευσης στην Ελλάδα διαμένοντες με την ενηλικίωσή τους, ανεξάρτητα από το νόμιμο ή το

παράνομο της διαμονής των γονιών τους, καθώς οι μέχρι σήμερα ρυθμίσεις εξαρτούν τη χορήγηση άδειας διαμονής από την συμπερίληψή τους στις άδειες διαμονής των γονέων τους.

- Την κατάργηση της προϋπόθεσης γνώσης Ελληνικής γλώσσας ιστορίας πολιτισμού, για τη χορήγηση άδειας παραμονής για μακρύ χρονικό διάστημα, η οποία ούτως ή άλλως δεν προβλέπεται από την κοινοτική νομοθεσία.
- Η δικαστική απέλαση να μην αποτελεί παραλυτικό λόγο στη διαδικασία χορήγησης και ανανέωσης άδειας διαμονής στις περιπτώσεις που έχει επιβληθεί για λόγους παράνομης εισόδου, παραμονής και εργασίας στη χώρα.
- Η θεώρηση του γνήσιου της υπογραφής να γίνεται όπως πριν από τα ΚΕΠ, τις δημόσιες και τις δημοτικές υπηρεσίες, σύμφωνα με τον Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και να ισχύσουν στο σύνολό τους οι διατάξεις του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας έτσι ώστε να μην περιοριστεί το εύρος εφαρμογής του.
- Τη διατήρηση σε ισχύ της διάταξης για χορήγηση άδειας διαμονής για εξαιρετικούς λόγους.
- Να μειωθεί το ύψος του παράβολου και να προσαρμοστεί στο πραγματικό κόστος έκδοσης της άδειας (κατά αναλογία με τα παράβολα που πληρώνουν οι Έλληνες πολίτες). Να καταργηθεί το παράβολο των 900 ευρώ για την έκδοση άδειας διαμονής για αόριστο χρόνο διαμονής όπως είχε ζητήσει και το ΣΤΕ κατά την επεξεργασία του προεδρικού διατάγματος για τους διαμένοντες για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- Η χορηγούμενη βεβαίωση υποβολής δικαιολογητικών να συνεπάγεται πλήρη δικαιώματα κατοχής, αντίστοιχης άδειας διαμονής έως την έκδοση αυτής.
- Να θεσμοθετηθεί ρητά στο μεταναστευτικό νόμο η απαγόρευση της απέλασης και της διοικητικής κράτησης κάθε ανηλίκου.
- Να προβλεφθεί η δυνατότητα οικογενειακής συνένωσης των μεταναστών με τους ανιόντες τους υπό τους ίδιους όρους, που αυτή θεσπίζεται με τον/την σύζυγο και τα τέκνα τους.
- Να υπάρξει δραστική αύξηση προσωπικού που απασχολείται με την χορήγηση ή ανανέωση αδειών διαμονής, ιδίως στις περιφέρειες της χώρας.



#### **6.4 Το Νοσοκομείο ως χώρος έκφρασης υγειονομικών ανισοτήτων. Προτάσεις, Λύσεις**

Το Νοσοκομείο ως κύριος χώρος συνάντησης των διαπολιτισμικών αυτών ασθενών, αλλά και ως εξουσιοδοτημένος φορέας επίλυσης των υγειονομικών τους προβλημάτων, έρχεται συχνά αντιμέτωπο με δυσκολίες που υπερβαίνουν τις αρμοδιότητές του. Οι γιατροί κυρίως, αλλά και οι νοσηλευτές, καλούνται να λάβουν αποφάσεις σε καθαρά πολιτικά και νομικά ζητήματα, καθώς επίσης και να δώσουν αποτελεσματική λύση στο σοβαρό πρόβλημα της επικοινωνίας.

Το πρόβλημα της αποπομπής των μη νόμιμων μεταναστών που προέρχονται στο νοσοκομείο για φροντίδα υγείας, είναι μία από αυτές τις περιπτώσεις. Ο νόμος μέχρι πρόσφατα επέτρεπε την παροχή υπηρεσιών στους μη νόμιμα εγκατεστημένους μετανάστες, ενώ πρόσφατα άλλαξε και υποχρεώνει αυτούς στο αστυνομικό τμήμα της περιοχής τους και να τους παραδίδουν για επαναπροώθηση. Το υγειονομικό προσωπικό έρχεται σε πολύ δύσκολη θέση, καθώς καλείται να αποφασίζει άμεσα και να δίνει λύση, λειτουργώντας συχνά ενάντια στις ηθικές αρχές και τον όρκο του Ιπποκράτη. Η παρέμβαση της πολιτείας για την οριστική επίλυση του σοβαρού αυτού ζητήματος είναι απαραίτητη και επιτακτική.

Για την επίλυση του προβλήματος της επικοινωνίας, θα μπορούσαν να γίνουν διάφορες ρυθμιστικές ενέργειες, όπως το να διοριστούν γιατροί που να μιλούν τη συγκεκριμένη γλώσσα. Έλληνες ή αλλοεθνείς, ή ακόμη να δημιουργηθεί μέσα στο νοσοκομείο ένα γραφείο υποδοχής ασθενών, όπου θα μπορούσε ο κάθε ένας από αυτούς να λύσει τις απορίες του σε διαδικαστικά κυρίως θέματα και όχι μόνο. Η πρόσληψη ειδικών επιστημόνων, που θα έχουν στόχο την διευκόλυνση της επικοινωνίας και της προσαρμογής των μεταναστών στο δυτικό τρόπο ζωής, είναι ίσως η σωστότερη τακτική, καθώς το πρόβλημα είναι πολυσύνθετο και χρήζει ειδικής μεταχείρισης.

#### **6.5 Προτάσεις βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στους αλλοδαπούς**

Μία σύγχρονη και αποτελεσματική πολιτική στο χώρο της υγείας θα πρέπει να έχει τους εξής βασικούς στόχους:

- α) Την προστασία της δημόσιας υγείας
- β) Την πλήρη καταγραφή των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των μεταναστών και τήρηση αρχείων για όλους
- γ) Το σεβασμό των ανθρώπινων δικαιωμάτων του ανθρώπου, ώστε να απολαμβάνουν όλοι οι μετανάστες ανεξαρτήτως διάκρισης για τη νομιμότητά τους. Στην Ελλάδα, ο αριθμός



των μη νόμιμων μεταναστών είναι σημαντικά μεγάλος και έτσι ο αποκλεισμός τους από τις υπηρεσίες υγείας μπορεί να αποτελέσει εστία κινδύνου για τη δημόσια υγεία.

Στους νόμιμους μετανάστες της, η κάθε χώρα υποδοχής, οφείλει να φερθεί ανθρωπίνα, σεβόμενη το χάρτη των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Να προσφέρει στο μετανάστη στοργή, αγάπη, φιλία. Να βελτιώσει τις συνθήκες εργασίας του, να περιορίσει ή να εξαλείψει την εκμετάλλευσή του από κάποιους, να φροντίσει για την εκπαίδευσή του και την κοινωνική τους ασφάλιση για την ψυχαγωγία τους και την ελάττωση της ανασφάλειας τους. Διότι οι μετανάστες με την εισροή αυτή έφεραν και θετικά στην Ελλάδα καθώς αύξησαν την επιθυμητή από την οικονομική πολιτική ευελιξία στην αγορά εργασίας και βελτίωσαν την κατά ηλικία σύνθεση του εργατικού δυναμικού της χώρας. Θα πρέπει η Ελληνική κοινωνία να βγάλει από πάνω της τη ξеноφοβία, και να αποβάλλει τυχόν κατάλοιπα του παρελθόντος και τον οποιοδήποτε ρατσισμό να δει τα θετικά του φαινομένου, να φερθεί στους μετανάστες με ανθρωπιά και να νιώσουν οι Έλληνες τους μετανάστες σαν συμπολίτες τους, για ένα πιο υγιές μέλλον της κοινωνίας μας. Μόνο έτσι θα καταφέρουμε να ελέγξουμε πλήρως το φαινόμενο της μετανάστευσης στην Ελλάδα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΜΙΤΣΗΣ, Γ.Ν., *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του Συστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας*, Αθήνα : Παπαζήσης. (2001).

ΓΕΩΡΓΟΥΛΑΣ, ΣΤΡ., *Το νομικό πλαίσιο της μεταναστευτικής πολιτικής στο Κ. Κασιμάτη (επιμ.) Πολιτικές Μετανάστευσης και Στρατηγικές Ένταξης*. Αθήνα: Gutenberg, (2003) σελ. 91-122.

ΈΡΕΥΝΑ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ (Ε.Ε.Δ.) και της Απογραφής του 2001.

ΊΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (ΙΚΑ), Διεύθυνση Αναλογικών Μελετών και Στατιστικής, 2003.

ΊΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (ΙΚΑ) Παράρτημα Ν. Φθιώτιδας Συλλογή στοιχείων Ανάλυση στατιστικών δεδομένων.

ΙΩΑΝΝΙΔΗ, Ε., ΛΟΠΑΤΑΤΖΙΔΗΣ, Α., ΜΑΝΤΗ, Π., *Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Υγεία(1999)*

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

ΚΑΒΟΥΝΙΔΗ, ΤΖ., *Χαρακτηριστικά μεταναστών: το ελληνικό πρόγραμμα νομιμοποίησης τον 1998*, Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα, 2002.

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ,Γ., ΓΚΡΕΓΚΟΥΡΥ, Σ., ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Χ., *Υγεία και υπηρεσίες Υγείας στον ελληνικό πληθυσμό*, ΕΣΔΥ, Αθήνα.

ΛΑΜΠΡΙΑΝΙΔΗΣ, Λ., ΛΥΜΠΕΡΑΚΗ, Α., *Αλβανοί Μετανάστες στην Θεσσαλονίκη*, Θεσσαλονίκη, Παρατηρητής 2001.

ΜΑΡΒΑΚΗΣ, ΑΘ., ΠΑΡΣΑΝΟΓΛΟΥ, Δ., ΠΑΥΛΟΥ, Μ., *Μετανάστες στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα 2001.

ΜΠΑΓΚΑΒΟΣ, ΧΡ., ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ, *Μεταναστευτικές τάσεις και ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική*, Μελέτες ΙΝΕ-ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ 2003.

ΜΠΑΓΚΑΒΟΣ, ΧΡ., *Δημογραφικές μεταβολές. Αγορά εργασίας και συντάξεις στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση*, Αθήνα: Gutenberg 2003.

ΜΠΑΓΚΑΒΟΣ, ΧΡ., *Δημογραφικές διαστάσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση*, σελ. 45-85, Στο Κ. Κασιμάτη (επιμ.) Πολιτικές μετανάστευσης και στρατηγικές ένταξης, Αθήνα: Gutenberg 2003.

ΜΑΡΒΑΚΗΣ, ΑΘ., ΠΑΡΣΑΝΟΓΛΟΥ, Δ., ΠΑΥΛΟΥ, Μ., *Μετανάστες στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα 2001.

ΝΑΞΑΚΗΣ, Χ., ΚΑΙ ΧΛΕΤΣΟΣ, Μ., *Μετανάστες και Μετανάστευση*, Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη (επιμ.), 2001.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΟΑΕΕ), Ανάλυση στατιστικών δεδομένων.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (ΟΓΑ) Ανάλυση στατιστικών δεδομένων.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΟΑΕΕ), Παράρτημα Ν. Φθιώτιδας Συλλογή στοιχείων Ανάλυση στατιστικών δεδομένων.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (ΟΓΑ) Παράρτημα Ν. Φθιώτιδας Συλλογή στοιχείων Ανάλυση στατιστικών δεδομένων.

STONEQUIST, E.V. (1937), *The Marginal (Man: A study in personality and culture conflict*, New York.

ΤΣΑΟΥΣΗΣ, Δ.Γ., *Κοινωνική Δημογραφία*, Αθήνα: Gutenberg (1980).

ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ, Β., (2001), Μετανάστευση- ρατσισμός- Ξενοφοβία, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Σε ποιο φύλλο ανήκετε;

Άντρας

Γυναίκα

2. Υπηκόητητα:

3. Τι ηλικία έχετε;

4. Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος

Άγαμος

5. Έχετε παιδιά; Αν ναι πόσα;

Ναι

Όχι

6. Πόσα χρόνια μένετε στην Ελλάδα;

7. Μορφωτικό επίπεδο:

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

Καθόλου

8. Έχετε ασφαλιστική κάλυψη;

Ιδιωτική



Δημόσια

Καθόλου

9. Έχετε χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα;

Τουλάχιστον μία φορά τον μήνα

Τουλάχιστον μία φορά το εξάμηνο

Τουλάχιστον μία φορά το χρόνο

10. Δηλώνετε ικανοποιημένοι με τις παροχές του συστήματος υγείας στην Ελλάδα;

Καθόλου έως λίγο

Αρκετά έως πλήρως

11. Ποια είναι τα προβλήματα που αντιμετωπίζετε στην πρόσβαση και στην χρήση των υπηρεσιών υγείας;

Πρόβλημα πληροφόρησης

Πρόβλημα επικοινωνίας

Γραφειοκρατικά προβλήματα

Άρνηση παροχής υπηρεσιών

Ρατσιστική-εχθρική συμπεριφορά προσωπικού

Κανένα πρόβλημα

Άλλο πρόβλημα

12. Ποιο είναι το επίπεδο υγείας σας μετά την αφιξή σας στη χώρα μας;

Το ίδιο

Καλύτερο

13. Έχετε πληροφόρηση σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας;

Αν ναι, ποια είναι η κύρια πηγή πληροφόρησής σας;