

Τ.Ε.Ι. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΧΡΗΣΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

Φοιτήτριες: ΜΠΑΚΑΤΣΟΥΛΑ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΝΤΟΒΑ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ

Επιβλέπων Καθηγητής: ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

Επικ. Καθηγητής

Καλαμάτα 2014

Έγκριση

Υπογραφή

Επιβλέπων: ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής: ΜΠΙΤΣΑΝΗ ΕΥΓΕΝΙΑ	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής: ΜΑΥΡΙΔΟΓΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	

Ευχαριστίες

Θεωρούμε υποχρέωσή μας να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή για την πολύτιμη καθοδήγησή του.

Επιπρόσθετα, οφείλουμε να αφιερώσουμε την πτυχιακή μας εργασία στην οικογένεια μας που μας συμπαράστηκαν σε όλα τα χρόνια της φοίτησης μας στο Τ.Ε.Ι Πελοποννήσου.

Η παρακάτω δήλωση αποτελεί υποχρέωσή μας έναντι του φορέα που πραγματοποιεί και διευθύνει τη μελέτη «Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη» (Survey in Health, Aging and Retirement in Europe), πάνω στα δεδομένα της οποίας στηρίχθηκε η παρούσα πτυχιακή εργασία.

STATEMENT

“This paper uses data from the release 2 of SHARE 2004. This release is preliminary and may contain errors that will be corrected in later releases. The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through the 5th framework programme (project QLK6-CT-2001-00360 in the thematic programme Quality of Life). Additional funding came from the US National Institute on Ageing (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 and OGHA 04-064). Data collection in Austria (through the Austrian Science Foundation, FWF), Belgium (through the Belgian Science Policy Office) and Switzerland (through BBW/OFES/UFES) was nationally funded. The SHARE data set is introduced in Börsch-Supan et al. (2005); methodological details are contained in Börsch-Supan and Jürges (2005).”

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία μελετάει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από μετανάστες σε μια χώρα, σε σύγκριση με μη μετανάστες. Τα καλύτερα σχετικά δεδομένα για τη μελέτη μας τα εντοπίσαμε σε μια αντιπροσωπευτική διακρατική έρευνα και συγκεκριμένα στη μελέτη «Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη - (ΕΥΓΣΕ)», που χρηματοδοτήθηκε κυρίως από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και αφορά άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω, σε 11 ευρωπαϊκές χώρες. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι μετανάστες 50 ετών και άνω, που συμμετείχαν στην έρευνα, κάνουν ίδια ή σχετικά λίγο μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας (επισκέψεις σε γενικό γιατρό, σε παθολόγο και νοσηλεία στο νοσοκομείο), σε σύγκριση με μη μετανάστες.

Λέξεις κλειδιά: χρήση υπηρεσιών υγείας, μετανάστες, ημεδαποί, Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	ii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	iv
Περιεχόμενα Πινάκων	vi
Περιεχόμενα Διαγραμμάτων	vii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	3
1.1 Μετανάστες στην Ελλάδα και η πίεση στο Ε.Σ.Υ.	3
1.2 Πολιτικές για την υγειονομική περίθαλψη των μεταναστών στην Ευρώπη	6
1.3. Χρήση υπηρεσιών υγείας από μετανάστες στην Ευρώπη, σε σχέση με αντίστοιχη των ημεδαπών	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	14
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ	14
2.1. Άδεια παραμονής	16
2.2. Κοινωνική ασφάλιση και δηλωμένη εργασία	17
2.3. Κουλτούρα της χώρας προέλευσης.....	18
2.4 Γνώση της γλώσσας της χώρας υποδοχής, Πληροφόρηση.....	19
2.5 Η θεωρία του Andersen για τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας από μετανάστες	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	23
ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΧΡΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ	23
3.1 Τα εμπειρικά δεδομένα της έρευνας	23
3.1.1 Περί της μελέτης ΕΥΓΣΕ	23
3.2 Τα αποτελέσματα της έρευνας	27
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:	44
ΣΥΝΟΨΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	44
ΑΝΑΦΟΡΕΣ	46

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	50
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	51
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΠΕΡΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ	51
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	54
ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ 343/2003 «ΔΟΥΒΛΙΝΟ 2»	54

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1.1 Όγκος του νομότυπου μεταναστευτικού ρεύματος στην Ελλάδα, 2001 ...	5
Πίνακας 2.1 Χαρακτηριστικά της απασχόλησης των μεταναστών στην Ελλάδα (2001)	17
Πίνακας 2.2 Χαρακτηριστικά της διαμονής των μεταναστών στην Ελλάδα (2001)...	20
Πίνακας 3.1 Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τη χώρα διαμονής	27
Πίνακας 3.0.2 Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το φύλο και τη χώρα διαμονής	28
Πίνακας 3.3 Κατανομή των ερωτηθέντων μεταναστών ανά χώρα.....	30
Πίνακας 3.4 Κατανομή των ερωτηθέντων μεταναστών ανά φύλο & χώρα	32
Πίνακας 3.5 Κατανομή των ερωτηθέντων μεταναστών ανά μέσο όρο χρονολογίας μετανάστευσης.....	34
Πίνακας 3.6 Κατανομή των ερωτηθέντων μεταναστών ως προς το ποσοστό αυτών που διαθέτουν την ιθαγένεια της χώρας όπου διαμένουν	36
Πίνακας 3.7 Μέσος όρος επισκέψεων μεταναστών και γηγενών σε Παθολόγο, ανά χώρα	38
Πίνακας 3.8 Μέσος όρος επισκέψεων των μεταναστών και των γηγενών σε Γενικό Ιατρό, ανά χώρα	40
Πίνακας 3.9 Μέσος όρος επισκέψεων των μεταναστών και των γηγενών σε νοσοκομείο, ανά χώρα	42

Περιεχόμενα Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 2.1 Μοντέλο Andersen.....	22
Διάγραμμα 3.1 Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τη χώρα διαμονής.....	27
Διάγραμμα 3.2 Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το φύλο και τη χώρα διαμονής	29
Διάγραμμα 3.3 Κατανομή των ερωτηθέντων μεταναστών ανά χώρα	31
Διάγραμμα 3.4 Κατανομή των ερωτηθέντων μεταναστών ανά φύλο & χώρα	33
Διάγραμμα 3.5 Κατανομή των ερωτηθέντων μεταναστών ανά μέσο όρο χρονολογίας μετανάστευσης.....	35
Διάγραμμα 3.6 Κατανομή των ερωτηθέντων μεταναστών ως προς το ποσοστό αυτών που διαθέτουν την ιθαγένεια της χώρας που διαμένουν.....	37
Διάγραμμα 3.7 Μέσος όρος επισκέψεων των μεταναστών και των γηγενών σε Παθολόγο ανά χώρα	39
Διάγραμμα 3.8 Μέσος όρος επισκέψεων των μεταναστών και των γηγενών σε Γενικό Ιατρό, ανά χώρα	41
Διάγραμμα 3.9 Μέσος όρος επισκέψεων των μεταναστών και των γηγενών σε νοσοκομείο, ανά χώρα	43

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, της σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του Τ.Ε.Ι Καλαμάτας.

Αντικείμενο της εργασίας είναι τα χαρακτηριστικά της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες, που διαμένουν σε χώρες της Ευρώπης.

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση του βαθμού χρήσης των υπηρεσιών υγείας από μετανάστες, σε σχέση με μη μετανάστες.

Για την προσέγγιση του σκοπού της εργασίας τέθηκαν δύο στόχοι. Ο πρώτος στόχος ήταν η διερεύνηση της σχέσης των μεταναστών με τις δομές υγείας στη χώρα υποδοχής. Ο δεύτερος στόχος ήταν η πραγματοποίηση σχετικής έρευνας, για τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες.

Για την επίτευξη του πρώτου στόχου μελετήσαμε σχετική βιβλιογραφία, που έχει αναπτυχθεί στα πλαίσια της κοινωνιολογίας της υγείας, της κλινικής ανθρωπολογίας και της νοσηλευτικής. Για την επίτευξη του δεύτερου στόχου, αναζητήσαμε δευτερογενή δεδομένα. Τα καλύτερα σχετικά δεδομένα τα εντοπίσαμε σε μια αντιπροσωπευτική διακρατική έρευνα και συγκεκριμένα στη μελέτη «Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη - (EΥΓΣΕ)», που χρηματοδοτήθηκε κυρίως από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι οι μετανάστες 50 ετών και άνω, που συμμετείχαν στην έρευνα EΥΓΣΕ κάνουν ίδια ή και σχετικά μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας – όπως επισκέψεις σε Γενικό Ιατρό, σε παθολόγο και νοσηλεία στο νοσοκομείο - σε σύγκριση με τους ημεδαπούς της εκάστοτε χώρας υποδοχής.

Αναφορικά με τη δομή της, η παρούσα εργασία αποτελείται από 3 κεφάλαια. Πιο αναλυτικά, στο πρώτο κεφάλαιο διερευνώνται κυρίως η πίεση που ασκούν οι μετανάστες στο σύστημα υγείας και οι πολιτικές για τη χρήση υπηρεσιών υγείας από μετανάστες σε χώρες της Ευρωπαϊκής.

Στο δεύτερο κεφάλαιο συζητούνται παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από μετανάστες, όπως για παράδειγμα η κατοχή άδειας παραμονής, η συμμετοχή σε κοινωνική ασφάλιση, η κουλτούρα της χώρας

προέλευσης, η γνώση της γλώσσας της χώρας υποδοχής κλπ. Τέλος, συνοψίζεται το μοντέλο Andersen, για τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας από μετανάστες.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα δευτερογενή δεδομένα και τα αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης, που απαντούν στα στο σκοπό της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Πληθυσμιακές μετακινήσεις προς οικονομικά ανεπτυγμένες περιοχές οφείλονται σε ιστορικές και κοινωνικο-πολιτικές καταστάσεις και έχουν καταγραφεί σε διάφορες χρονικές περιόδους. Μετά τη λήξη του Β΄ Παγκόσμιου Πολέμου, η βόρειος Αμερική και η δυτική Ευρώπη αναπτύχθηκαν ραγδαία και καταγράφεται μαζική μετανάστευση, τόσο σε χώρες υπερατλαντικές (ΗΠΑ, Καναδά, Αυστραλία), όσο και σε ευρωπαϊκές (ιδίως Γερμανία, Βέλγιο, Ελβετία, Ολλανδία, Σουηδία, Γαλλία). Από τη δεκαετία του 90, λόγω της γεωπολιτικής θέσης της Ελλάδας, καταγράφεται σημαντική εισαγωγή μεταναστών και στη χώρα μας.

Οι συνήθεις μετανάστες, οι λεγόμενοι οικονομικοί, μετακινούνται για οικονομικούς λόγους. Ωστόσο και άλλοι λόγοι, όπως καταστροφές, πόλεμοι, συνένωση οικογένειας, εκπαιδευτικές ανάγκες κλπ., συνδέονται με την προσωρινή ή τη μακροχρόνια μετανάστευση¹. Στις χώρες υποδοχής, τα ζητήματα σχετικά με την υγεία, πρόνοια και κοινωνική ασφάλιση των μεταναστών, γίνονται ολοένα και περισσότερο αντικείμενα πολιτικών αντιπαραθέσεων, καθώς πιέζονται έντονα οι κοινωνικοί προϋπολογισμοί.

Στο παρόν κεφάλαιο θα αναφέρουμε αποτελέσματα ερευνών, για ζητήματα που έχουν ανακύψει στις χώρες υποδοχής μεταναστών, εστιάζοντας στην Ελλάδα, σχετικά με την υγειονομική τους περίθαλψη.

1.1 Μετανάστες στην Ελλάδα και η πίεση στο Ε.Σ.Υ.

Μετά το έτος 1990 καταγράφεται αξιοσημείωτη αύξηση του αριθμού τόσο της νόμιμης, όσο και της παράνομης μετανάστευσης στη χώρα μας και συχνά γίνεται λόγος στη διεθνή βιβλιογραφία για την Ελλάδα ως «ευρωπαϊκή πύλη μεταναστών» (Geddes, 2003). Από την άλλη πλευρά, η ευρωπαϊκή νομοθεσία (Κανονισμός 343/2003 ή Δουβλίνο 2)², που επιτάσσει ότι ο παράτυπος μετανάστης πρέπει σε πρώτη φάση να απελαύνεται και να οδηγείται πίσω στη χώρα από την οποία εισήλθε

¹ Λειτουργικοί ορισμοί, σχετικά με τη μετανάστευση, παρατίθενται στο Παράρτημα Α΄.

² Βασικά σημεία του Κανονισμού 343/2003, παρατίθενται στο Παράρτημα Β΄.

στον τόπο όπου συνελήφθη, έχει φέρει ως αποτέλεσμα το συνωστισμό μιας τεράστιας μάζας ανθρώπων, που χρησιμοποιούν ετησίως την Ελλάδα ως «διαβατική χώρα». Με άλλα λόγια, οι περισσότεροι μετανάστες δεν επιδιώκουν να εγκατασταθούν στην Ελλάδα, αλλά να τη διασχίσουν, προκειμένου να μεταβούν σε χώρες με πιο σταθερή οικονομία και περισσότερες προοπτικές εργασίας. Η οικονομική κρίση, που μαστίζει τη χώρα από το έτος 2009, δεν έχει μειώσει τη ροή μεταναστών προς την Ελλάδα. Οι αλλοδαποί επιμένουν να επιδιώκουν είτε να τη διασχίσουν, για να φθάσουν στον τελικό τους γεωγραφικό προορισμό, είτε να εργαστούν σε αυτήν για περιορισμένο χρονικό διάστημα, έως ότου να κατορθώσουν να εξασφαλίσουν τον τρόπο μετάβασης στη χώρα, που αποτελεί τον τελικό τους προορισμό (Κοτσιώνη, 2011). Πρόσφατα, καταγράφεται συρροή μεταναστών στη χώρα, που οφείλεται στις εμφυλιο-πολεμικές συρράξεις στην Αίγυπτο, στη Συρία, στο Αφγανιστάν κ.α. Παράλληλα όμως, βάσει δημοσιογραφικών αναφορών, παρατηρείται μετά το έτος 2011 ρεύμα αποχώρησης από τη χώρα μακροχρόνιων μεταναστών, πίσω στις πατρίδες τους, διότι έχασαν τις δουλειές τους στην Ελλάδα, λόγω της οικονομικής κρίσης.

Μετανάστες που παραμένουν μικρό χρονικό διάστημα στη χώρα δεν κάνουν χρήση υπηρεσιών υγείας, εκτός και αν αντιμετωπίζουν επείγοντα προβλήματα υγείας. Για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας θα επικεντρωθούμε σε μετανάστες που παραμένουν στη χώρα για μακρό χρόνο. Επίσημα στοιχεία για τους παράνομους μετανάστες, που διαμένουν επί μακρόν στη χώρα δεν είναι διαθέσιμα σε μας. Από επίσημα δεδομένα και διάφορες μελέτες που εντοπίσαμε, η εικόνα για τους μετανάστες στη χώρα μας, που μπορεί να θεωρηθούν με σχετική βεβαιότητα εν δυνάμει χρήστες υπηρεσιών υγείας, είναι η ακόλουθη.

Βάσει της απογραφής του 2001, ο όγκος του νομότυπου μεταναστευτικού ρεύματος στην Ελλάδα είναι μεγάλος (Πίνακας 1.1), σε σχέση το συνολικό πληθυσμό.

Πίνακας 1.1 Όγκος του νομότυπου μεταναστευτικού ρεύματος στην Ελλάδα, 2001

762.191 μετανάστες
415.552 άνδρες, 346.639 γυναίκες
80% σε αναπαραγωγική ηλικία
16,7% σε ηλικία από 0 έως 14 ετών, 3,5% σε ηλικία άνω των 65 ετών
48% διαμένουν στην Αττική, 13,1% διαμένουν στην Κεντρική Μακεδονία, 6,7% διαμένουν στην Κρήτη

Πηγή: ΕΣΥΕ, 2001³

Βάσει μεταγενέστερων ερευνών, το 17% των κατοίκων της Αθήνας έφθασε να αποτελείται από αλλοδαπούς, παράτυπους ή νόμιμους μετανάστες. Κατά 56% οι μετανάστες στην Ελλάδα έχουν αλβανική καταγωγή και όσον αφορά το φύλλο, τα μεταναστευτικά πλήθη από την Μολδαβία, την Ουκρανία και τις Φιλιππίνες αποτελούνται ως επί το πλείστον από γυναίκες, ενώ οι μετανάστες από το Πακιστάν, το Αφγανιστάν ή την Αλβανία είναι κυρίως άνδρες (Ζαρκάδας, 2008, Μαστρογιάννη, 2013, Μαράτου-Αλιπραντή, 2007). Κάποιοι υπαινίσσονται ότι ο αλλοδαπός πληθυσμός ξεπερνά τους 1.500.000 ανθρώπους και ίσως ακόμα περισσότερους. Η ασάφεια προκύπτει από την αντικειμενική αδυναμία απογραφής των παράνομων μεταναστών (Βλαχάδη, 2009, ΕΕΔΑ, 2007, Καβουνίδη, 2003, Καψάλης & Λινάρδος-Ρυλμόν, 2005).

Οι συνθήκες που δημιούργησε η μετανάστευση έχουν διαμορφώσει νέα δεδομένα στο χώρο των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, καθώς η πολιτεία προσπαθεί να προσαρμοστεί στην πρόσθετη ζήτηση και σε μια πολυπολιτισμική πραγματικότητα. Για την Ελληνική Δημοκρατία, σε επίπεδο αξιών, η πρόσβαση τόσο του ημεδαπού, όσο και του αλλοδαπού πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας δεν αποτελεί μονάχα θεμελιωμένο ανθρώπινο δικαίωμα, αλλά και απαραίτητο συστατικό της κοινωνικής ενσωμάτωσης των εθνοτικών μειονοτήτων μιας κοινότητας (Γαλάνης και συν., 2012).

Στην Ελλάδα, οι νόμιμα διαμένοντες μετανάστες έχουν το δικαίωμα να προστρέχουν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και να λαμβάνουν φροντίδα υγείας ισότιμα με το γηγενή πληθυσμό. Βέβαια, πολλοί νόμιμα διαμένοντες μετανάστες απασχολούνται σε καθεστώς αδήλωτης μη ασφαλισμένης εργασίας και έτσι η υγειονομική τους περίθαλψη και η κοινωνική προστασία από τις δομές του κράτους δυσχεραίνεται. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. δεν αποκλείουν ανασφάλιστους από

³ Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή Πληθυσμού 2001, πίνακας 3, Αλλοδαποί.

επείγουσα φροντίδα και το κόστος αυτής της φροντίδας επιβαρύνει τους προϋπολογισμούς τους. Σε περίοδο δημοσιονομικής προσαρμογής, οι νοσοκομειακοί προϋπολογισμοί περιορίζονται και η πίεση που ασκείται στο Ε.Σ.Υ. από παράτυπους και παράνομους μετανάστες είναι μεγάλη, ιδίως μετά το 2010. Έλεγχοι καταγράφουν τακτικά ποικίλα περιστατικά παράνομης χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες. Παραδείγματος χάριν, συχνά οι ανασφάλιστοι μετανάστες εισάγονται στις νοσοκομειακές κλινικές ως επείγοντα περιστατικά, μολονότι η κατάσταση της υγείας τους μπορεί να μη χρίζει έκτακτης ιατρικής παρέμβασης. Επιπροσθέτως, έχει παρατηρηθεί η χρήση πλαστών βιβλιαρίων απορίας από μετανάστες, στην προσπάθειά τους να λάβουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας με το μικρότερο δυνατό κόστος (Ναζάκης & Χλέτσος, 2004).

Όσον αφορά τη μη επείγουσα υγειονομική φροντίδα, έρευνες καταδεικνύουν ότι δυσκολίες που αφορούν στην επικοινωνία, όπως είναι η διαφορετική γλώσσα και η διακριτή κουλτούρα, επιφορτίζουν τις δημόσιες δομές υγείας και δυσχεραίνουν τη χρήση υπηρεσιών υγείας εκ μέρους των μεταναστών (Γαλάνης και συν., 2012, Κοτσιώνη, 2011). Υπηρεσίες φροντίδας υγείας, που υπάγονται στις δομές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, παρέχονται δωρεάν ή με μικρή συμμετοχή των ληπτών στις δαπάνες. Οι υπηρεσίες αυτές προσφέρονται κυρίως από δημόσιες και ιδιωτικές νοσοκομειακές μονάδες, πολυϊατρεία και μη κυβερνητικές οργανώσεις ανθρωπιστικού χαρακτήρα. Ωστόσο, μετανάστες από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι οποίοι δεν εργάζονται ή δεν διαμένουν νόμιμα στη χώρα, στερούνται πρόσβασης στις δομές της δημόσιας δωρεάν φροντίδας υγείας.

1.2 Πολιτικές για την υγειονομική περίθαλψη των μεταναστών στην Ευρώπη

Οι πολιτικές για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των μεταναστών διαφέρει από χώρα σε χώρα, ακόμη και στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου υιοθετείται παρόμοιος κώδικας κοινωνικών αξιών, όπως είναι η παραδοχή του ανθρώπινου δικαιώματος στην υγεία (Ingleby et al., 2013). Τα κράτη μέλη χρηματοδοτούν με διαφορετικά ποσοστά την παροχή υπηρεσιών υγείας από κρατικούς φορείς, ανάλογα με την οικονομική τους ευμάρεια και την εκάστοτε κυβερνητική πολιτική και ιδεολογία. Με άλλα λόγια, παρά το γεγονός ότι οι χώρες της Ευρώπης είναι υποχρεωμένες να συμμορφώνονται σε ένα κοινό γενικό πλαίσιο πολιτικής για την

υγεία, οι επιμέρους διατάξεις της κάθε ξεχωριστής ειδικής εθνικής πολιτικής για την υγεία, είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε μικρότερες ή μεγαλύτερες διαφοροποιήσεις (Ingleby et al., 2013).

Στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, οι μετανάστες έχουν τη δυνατότητα να λάβουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας δωρεάν, όταν πρόκειται για συγκεκριμένες παθήσεις ή για επείγοντα περιστατικά, που απαιτούν την παροχή πρώτων βοηθειών. Επί παραδείγματι, στο Ηνωμένο Βασίλειο υπάρχει η δυνατότητα δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από τους δημόσιους φορείς υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες, όταν πρόκειται για ορισμένες μεταδιδόμενες ασθένειες (Freeman, 2000).

Το αίτημα για ισότιμη πρόσβαση των μεταναστών στην υγεία και την περίθαλψη, εμφανίστηκε στην Ευρώπη κατά τα τέλη του 19^{ου} αιώνα, παράλληλα με την πρώτη διατύπωση μιας πρώιμης διακήρυξης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, στο πλαίσιο του αιτήματος για ισότητα και σεβασμό στη διαφορετικότητα (Γαλάνης και συν, 2012, Κοτσιώνη, 2011, Μαστρογιάννη, 2013). Σήμερα, οι ευρωπαϊκές χώρες, παρά τις επιμέρους πολιτικές υγείας, προβάλλουν το αίτημα για μείωση των ανισοτήτων στο χώρο της υγείας. Οι ανισότητες δεν εντοπίζονται αποκλειστικά στην πρόσβαση στα φάρμακα και τις θεραπευτικές ιατρικές παρεμβάσεις, αλλά και στην ενημέρωση των μεταναστών σε θέματα υγείας και τη δυνατότητά τους να προχωρούν σε προληπτικές ιατρικές εξετάσεις (Μανομενίδης, 2009). Επιπλέον, κάποιες έρευνες έδειξαν ότι ο μεταναστευτικός πληθυσμός στην Ευρώπη είθισται να λαμβάνει υπηρεσίες φροντίδας υγείας χαμηλότερης ποιότητας, σε σχέση με εκείνες που απευθύνονται στους ημεδαπούς. Αυτό αποδίδεται στην αφομοιωτική νοοτροπία των ισχυρών κοινωνικών ομάδων μιας χώρας, στην περιθωριοποίηση του διαφορετικού «άλλου» και στην μεροληψία στην παροχή υπηρεσιών, που απευθύνεται σε αλλοδαπούς. Συχνά το σχετικό νομοθετικό πλαίσιο επιδέχεται ποικίλες ερμηνείες, με αποτέλεσμα άλλοτε να αποτυγχάνει να προστατεύσει τους μετανάστες απέναντι σε τυχόν μεροληπτικές διαθέσεις του ιατρικού προσωπικού κι άλλοτε να προσφέρει ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε μετανάστες, που τυπικά δεν τις δικαιούνται δωρεάν. Με άλλα λόγια, φαίνεται ότι ορισμένες από τις διατάξεις της νομοθεσίας για την υγεία αποδεικνύονται συχνά ασαφείς, ώστε είναι δυνατόν να ερμηνεύονται κατά το δοκούν από το ανθρώπινο δυναμικό των δομών της υγείας, οδηγώντας με τη σειρά του σε άνιση αντιμετώπιση του μεταναστευτικού πληθυσμού από την πολιτική υγείας (Ingleby et al., 2012).

Έρευνες έχουν δείξει, ότι οι μετανάστες έχουν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν σχιζοφρένεια ή άλλες ψυχικές ασθένειες, γεγονός που έχει συχνά συνδεθεί με την ευάλωτη ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση, η οποία σχετίζεται με τη βεβιασμένη μετανάστευσή τους. Οι μετανάστες είναι πιο εκτεθειμένοι σε παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογία και τείνουν να εκδηλώνουν συχνότερα δυσκολίες ψυχικής φύσεως, γι' αυτό και στα νεαρά ηλικιακά στρώματα των μεταναστών παρουσιάζονται συχνότερα κρούσματα αποπειρών αυτοκτονίας. Για παράδειγμα, η οικονομική δυσχέρεια, η ανεργία, η ανέχεια και οι δυσκολίες που αφορούν στις διαπροσωπικές σχέσεις, βάζουν πιο εύκολα τους μετανάστες και ιδίως τους νέους, με αποτέλεσμα να κλονίζουν την ψυχική τους υγεία. Παρόλα αυτά, στην Ευρώπη παρατηρείται κάποια μεροληπτική αντιμετώπιση των μεταναστών, που προστρέχουν στις δομές της ψυχικής υγείας για να αναζητήσουν βοήθεια. Ενώ ένα υψηλό ποσοστό από αυτούς προωθούνται σε ψυχιατρικές κλινικές και θεραπευτήρια, ελάχιστοι κατορθώνουν να λάβουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας, όπως η ψυχανάλυση για ηπιότερες δυσκολίες, όπως είναι η κατάθλιψη (Ζήση, 2006).

Επιπρόσθετα, μολονότι οι μετανάστες έχουν κάθε δικαίωμα να προστρέχουν σε ιδιώτες και δημόσιους επαγγελματίες της υγείας, απαλλάσσονται από μέρος των δαπανών μόνο υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Επειδή το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι αρκετά υψηλό για ασθενείς, που δεν δικαιούνται κάποια κάλυψη δαπανών και επειδή οι μετανάστες συνήθως ανήκουν σε χαμηλή οικονομική τάξη στις χώρες της Ευρώπης, η πρόσβασή τους στην υγεία περιορίζεται, για οικονομικούς λόγους (Rechel et al., 2013). Έρευνα των Γιατρών του Κόσμου έδειξε το 81% των μεταναστών είναι αναγκασμένο να καταβάλλει το σύνολο των δαπανών για λήψη υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας, αφού μια σημαντική μερίδα των μεταναστών απασχολείται σε περιστασιακή και αδήλωτη εργασία, συνθήκη που δεν τους επιτρέπει να απολαύουν κοινωνικής ασφάλισης και κατ' επέκταση δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Κοτσιώνη, 2011). Ωστόσο, παρατηρείται κάποια σημαντική πρόοδος στη βελτίωση της θέσης των μεταναστών, ως ληπτών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, καθώς η σχετική ευρωπαϊκή νομοθεσία αναθεωρείται και συμπληρώνεται (Μαστρογιάννη, 2013).

Σε κάθε περίπτωση, παρά το γεγονός ότι η πρόσβαση των μεταναστών στην υγεία αποδεικνύεται συχνά προβληματική, πρέπει να υπογραμμιστεί ότι οι ευρωπαϊκές χώρες συνεργάζονται συστηματικά για την οργάνωση ειδικών προγραμμάτων, που αφορούν στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και απευθύνονται

στους μετανάστες. Το ευρωπαϊκό πρόγραμμα “Migrants friendly hospitals” αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιου εγχειρήματος. Πρόκειται επί της ουσίας για ένα πρόγραμμα που χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και προωθεί την επικοινωνία μεταξύ των μεγαλύτερων νοσοκομειακών μονάδων της Ευρώπης, προκειμένου να οργανώσουν εκστρατείες και υπηρεσίες υγείας, που να απευθύνονται σε μετανάστες, αλλά και να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, που ήδη υπάρχουν. Επιπλέον, το ίδιο πρόγραμμα προβλέπει τη διεξαγωγή ερευνητικών προγραμμάτων, που αφορούν στις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε μετανάστες, στα χαρακτηριστικά τους, αλλά και στο βαθμό ικανοποίησης των ληπτών (Bischoff, 2003).

Το ελληνικό κράτος, τώρα, παρέχει το δικαίωμα της δωρεάν χρήσης των υπηρεσιών υγείας στους νόμιμα διαμένοντες και απασχολούμενους μετανάστες, που προέρχονται από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Εντούτοις, όσοι δεν εργάζονται υπό καθεστώς ασφάλισης ή δεν φέρουν άδεια διαμονής, μπορούν να λάβουν δωρεάν υπηρεσίες περίθαλψης μόνο σε έκτακτες περιπτώσεις και έως ότου να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της υγείας τους. Επιπλέον, προβλέπεται η απόδοση προνοιακών επιδομάτων, καθώς και βιβλιάρων υγείας ανασφάλιστων στους μετανάστες, υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Πιο αναλυτικά, οι μετανάστες οι οποίοι διαθέτουν άδεια παραμονής και εργασίας στην Ελλάδα, ενώ ασκούν νόμιμη και δηλωμένη εργασία απολαμβάνοντας κοινωνικής ασφάλισης, λαμβάνουν όλα τα επίσημα δικαιώματα των Ελλήνων στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, εκτός του προνοιακού βιβλιάρου απορίας. Έτσι, οι αλλοδαποί πολίτες μπορούν να λαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας, αποδίδοντας χαμηλές απευθείας αμοιβές στους ιατροφαρμακευτικούς φορείς. Οι παράνομοι μετανάστες, ωστόσο, δεν έχουν δικαίωμα στη δημόσια δωρεάν υγεία, παρά μόνον οι ανήλικοι και τα περιστατικά που χαίρουν έκτακτης και άμεσης παρέμβασης (Κοτσιώνη, 2011).

Οι μετανάστες ελληνικής καταγωγής, όπως είναι οι πρόσφυγες του Πόντου ή οι παλιννοστούντες της Αμερικής, αποκτούν άμεσα την πλήρη αναγνώριση όλων των δικαιωμάτων, που φέρουν οι ημεδαποί πολίτες της χώρας, αναφορικά με την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας. Παρόμοια μεταχείριση δέχονται και οι πρόσφυγες, στους οποίους αναγνωρίζεται η προσφυγική ιδιότητα και παρέχεται ασυλία. Με την σειρά τους, χαίρουν κι εκείνοι όλων των δικαιωμάτων ενός Έλληνα πολίτη (Μουσούρου, 1991).

Ανάλογα, λοιπόν, με τα χαρακτηριστικά της μετάβασης και της διαμονής τους, οι μετανάστες δέχονται διαφορετική αντιμετώπιση, που σημαίνει επίσης το διαφορετικό εύρος της πρόσβασής τους στις υπηρεσίες υγείας. Για παράδειγμα, παρατηρούμε ότι οι νόμιμοι και οι παράτυποι μετανάστες δέχονται διαφορετική αντιμετώπιση από τον κρατικό μηχανισμό και το νομοθετικό πλαίσιο, που ορίζει το είδος και το εύρος της πρόσβασής τους. Παράλληλα, παρατηρείται ότι ένας Ευρωπαίος μετανάστης έχει συχνά μεγαλύτερη πρόσβαση στις ελληνικές δομές υγείας από έναν Ανατολίτη, αφού το ανθρώπινο δυναμικό είναι πιο εξοικειωμένο με τις ευρωπαϊκές γλώσσες και τα ήθη, γεγονός που διευκολύνει σημαντικά την επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτικού-ιατρικού προσωπικού (Κοτσιώνη, 2011).

Σε κάθε περίπτωση, αξίζει να αναφερθεί ότι από τα πορίσματα των περισσότερων ερευνών δεν προκύπτει πως οι μετανάστες λαμβάνουν συστηματικές διακρίσεις εις βάρος της περίθαλψής τους, λόγω των διαφορετικών φυλετικών και πολιτισμικών τους χαρακτηριστικών. Αντίθετα, κατά κανόνα η αντιμετώπισή τους όσον αφορά στην πρόσβασή τους στην υγεία μπορεί να χαρακτηριστεί από κάποια ελαστικότητα από την πλευρά του ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών υγείας. Παρόλα αυτά, φαίνεται ότι οι απαιτήσεις, τα πρότυπα και οι προσδοκίες που εκφράζουν, αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, μοιάζουν αρκετά με εκείνες των κατώτερων κοινωνικών και οικονομικών στρωμάτων της ελληνικής κοινωνίας (Κοτσιώνη, 2011).

Οι λήπτες των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στην Ελλάδα είναι υποχρεωμένοι να συμμετέχουν σε κάποιο ποσοστό στις δαπάνες, που αφορούν στη χρήση υπηρεσιών και την αγορά φαρμάκων, καθώς και τη λήψη υπηρεσιών από ιδιώτες ιατρούς. Συχνά δε απαιτούνται υψηλές απευθείας αμοιβές, για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, είτε αυτές προέρχονται από δημόσιους, είτε προέρχονται από ιδιωτικούς φορείς, όπως είναι επί παραδείγματι οι διάφορες ιατρικές εξετάσεις (Καϊτελίδου και συν., 2004).

Οι ανθρωπιστικές οργανώσεις έχουν παίξει καθοριστικό ρόλο στην προαγωγή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των μεταναστών στην υγεία. Η υποστήριξη των μεταναστών από τις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις σε θέματα υγείας αποδεικνύεται πολύ σημαντική, αφού συχνά παρέχουν στον αλλοδαπό πληθυσμό υπηρεσίες φροντίδας υγείας, ιατρικές εξετάσεις και ιατρική παρακολούθηση δίχως κόστος (Μαράτου-Αλιπραντή, 2007, Μαράτου-Αλιπραντή & Γκαζόν, 2005).

1.3. Χρήση υπηρεσιών υγείας από μετανάστες στην Ευρώπη, σε σχέση με αντίστοιχη των ημεδαπών

Τα χαρακτηριστικά της χρήσης των υπηρεσιών φροντίδας υγείας από τους μετανάστες, είναι δυνατόν να διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Στη Γερμανία, για παράδειγμα, παρατηρείται ότι οι μετανάστες έχουν συχνά μεγαλύτερη ευχέρεια από τους ημεδαπούς στην απόκτηση δελτίου απορίας και κατ' επέκταση μπορούν να χρησιμοποιούν συχνότερα τις υπηρεσίες του δημόσιου συστήματος υγείας, χωρίς άμεση οικονομική επιβάρυνση (Wadsworth, 2012). Στην Αγγλία, από την άλλη, οι γραφειοκρατικές διαδικασίες, προκειμένου να αποκτήσουν οι μετανάστες το δικαίωμα της πρόσβασης στη δωρεάν ιατρο-φαρμακευτική περίθαλψη αποδεικνύονται περίπλοκες και χρονοβόρες. Ωστόσο, παρά τη σημαντική διαφορά στην πρόσβαση των μεταναστών στις δωρεάν υπηρεσίες υγείας στις δύο αυτές χώρες, δεν παρατηρείται ουσιαστική διαφοροποίηση στον αριθμό των αλλοδαπών, που κάνουν χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών, σε σύγκριση με τον ντόπιο πληθυσμό. Με άλλα λόγια, τόσο στη Βρετανία όσο και στη Γερμανία, μολονότι ο μετανάστης ενθαρρύνεται και δύναται να κάνει χρήση με ευκολία τις δωρεάν κρατικές υπηρεσίες υγείας, οι αλλοδαποί πολίτες δεν φαίνεται να προστρέχουν συχνότερα από τους γηγενείς στις δομές υγείας (Boyle, 2001, Wadsworth, 2012).

Όσον αφορά την Ελλάδα, οι Μαράτου-Αλιπραντή και Γκαζόν (2005) διατυπώνουν την άποψη ότι οι μετανάστες στην Ελλάδα κάνουν παρόμοια χρήση των υπηρεσιών υγείας με τους Έλληνες πολίτες, ενώ οι όποιες διαφοροποιήσεις στη χρήση έχουν συχνά να κάνουν με χαρακτηριστικά που αφορούν το εισόδημα και όχι την καταγωγή. Βέβαια, υπάρχει μεγάλη δυσκολία να εκτιμηθεί η μεταναστευτική κίνηση στις δημόσιες δομές υγείας, γιατί δεν τηρούνται ξεχωριστά αρχεία για μετανάστες και ο κώδικας προστασίας των προσωπικών δεδομένων τηρείται απαρέγκλιτα, ακόμη και στην περίπτωση των ερευνητών, με αποτέλεσμα οι σχετικές έρευνες να πραγματοποιούνται συνήθως κατά προσέγγιση και έχοντας ως βάση μάλλον τις εμπειρικές παρατηρήσεις, παρά πραγματικά τεκμήρια και δεδομένα (Μαράτου-Αλιπραντή, 2007, Μαράτου-Αλιπραντή & Γκαζόν, 2005).

Κατά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, οι μετανάστες τείνουν να συμπεριφέρονται περίπου όπως τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα του ημεδαπού πληθυσμού (Πανταζή, 2001, Παπαχρηστοπούλου, 2001). Για παράδειγμα, οι αλλοδαποί που φέρουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, παρουσιάζονται να

χρησιμοποιούν κυρίως τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία για την φροντίδα υγείας τους, ενώ η συχνότητα των επισκέψεών τους σχετίζεται στενά με το ύψος του εισοδήματός τους και το είδος της απασχόλησής τους (Χρυσάκης, 2010).

Σε έρευνα, που πραγματοποιήθηκε στο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, παρατηρήθηκε ότι μετανάστες ασθενείς, που νοσηλεύθηκαν τουλάχιστον για μια ημέρα σε κάποια από τις κλινικές της νοσοκομειακής μονάδας, κατά το 2003, έφθαναν το 6,2% επί του συνόλου των ασθενών της χρονιάς (Κοτσιώνη, 2011). Κατά 76% οι μετανάστες ασθενείς ήταν γυναίκες, ενώ μόλις το 24% αποτελούνταν από άνδρες. Οι γυναίκες στην αναπαραγωγική ηλικία τείνουν να χρησιμοποιούν πολύ συχνότερα τις υπηρεσίες υγείας, σε σχέση με τους άνδρες συνομήλικούς τους. Αυτό διότι οι επισκέψεις τους αφορούν κατά κανόνα γυναικολογικά προβλήματα, που σχετίζονται με την αναπαραγωγή. Τόσο η έρευνα των Μαράτου-Αλιπραντή και Γκαζόν (2005), όσο κι εκείνη της Κοτσιώνη (2011), καταδεικνύουν ότι η πλειοψηφία των γυναικών μεταναστών, που έκαναν χρήση των υπηρεσιών υγείας, νοσηλεύθηκαν σε γυναικολογικές κλινικές. Κατά 81% ο μεταναστευτικός πληθυσμός στην Ελλάδα έχει ηλικία έως 59 ετών, με το 41% να είναι από 19 έως 40 ετών, ακριβώς δηλαδή στην αναπαραγωγική τους ηλικία (Κοτσιώνη, 2011).

Σε έρευνα πολυπληθούς δείγματος μεταναστών που διαμένουν στην Ελλάδα, καταγράφηκε ότι το 49,7% ανέφερε πως χρησιμοποίησε υπηρεσίες κατά τους τελευταίους 12 μήνες της διαμονής του. Από εκείνους, το 28,3% ανέφερε ότι έκανε χρήση των υπηρεσιών που παρέχονται από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, ενώ το 17,3% δήλωσε ότι ζήτησε τις υπηρεσίες ιδιωτών ιατρών. Ένα αντίστοιχο ποσοστό της τάξεως του 17,3%, δήλωσε ότι έλαβε υπηρεσίες από ιδιώτες οδοντίατρους. Το λοιπό 50,3%, μολονότι ισχυρίστηκε ότι δεν έχει χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας κατά τους τελευταίους 12 μήνες, ανέφερε στην πλειοψηφία του ότι έχει στο παρελθόν κάνει χρήση των δομών υγείας. Αξίζει ακόμη να υπογραμμιστεί ότι κατά 64,4% οι ερωτηθέντες του ίδιου δείγματος τόνισαν, ότι οι Έλληνες ιατροί τους εμπνέουν εμπιστοσύνη (Γαλάνης και συν., 2012).

Συνοψίζοντας, το μεταναστευτικό κύμα των τελευταίων δεκαετιών προς την Ευρώπη έχει διαμορφώσει συνθήκες πίεσης στα εθνικά συστήματα υγείας και ειδικές πολιτικές υγείας, για να αντιμετωπισθούν ζητήματα ανισοτήτων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ειδικές συνθήκες φαίνεται να επηρεάζουν τη χρήση υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες στις χώρες υποδοχής και απαιτείται ένα πλαίσιο

ανάλυσής τους, προκειμένου οι πολιτικές υγείας να γίνονται αποτελεσματικότερες. Στο επόμενο κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε σχετικές έρευνες και ένα θεωρητικό πλαίσιο, για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας από μετανάστες, πριν προχωρήσουμε στο τρίτο κεφάλαιο, με την περιγραφική ανάλυση δεδομένων χρήσης υπηρεσιών υγείας από μετανάστες και ημεδαπούς, σε χώρες της Ευρώπης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

Έρευνα έχει δείξει (McDonald και Kennedy, 2004), ότι οι μετανάστες συνηθίζουν να χρησιμοποιούν στον ίδιο βαθμό ή και λιγότερο από τους γηγενείς κατοίκους τις υπηρεσίες υγείας της χώρας υποδοχής. Μελετήθηκαν μετανάστες στον Καναδά, και διαπιστώθηκε ότι παρουσίαζαν σπανιότερα και λιγότερο σοβαρά προβλήματα υγείας, σε σχέση με τους ημεδαπούς και ως εκ τούτου η συγκεκριμένη μερίδα μεταναστών έκανε σπανιότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας από το γηγενή πληθυσμό.

Σε άλλη έρευνα (Reijneveld, 1998), σχετικά με την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας της Ολλανδίας από τους μετανάστες πρώτης γενιάς, διαπιστώθηκε ότι ο τόπος προέλευσης του κάθε μετανάστη επιδρά σημαντικά στη συχνότητα, κατά την οποία εκείνος απευθύνεται στις υπηρεσίες υγείας. Επί παραδείγματι, όταν η χώρα προέλευσης μιας ομάδας μεταναστών βρίσκεται σε πολύ χαμηλότερο οικονομικό-κοινωνικό επίπεδο από τη χώρα υποδοχής, τότε παρατηρείται ότι οι μετανάστες τείνουν να εμφανίζουν συχνότερα και εντονότερα προβλήματα υγείας και παρόλα αυτά να προσφεύγουν σπάνια στους φορείς παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Αυτό έχει αποδοθεί στην κουλτούρα της χώρας προέλευσης, αλλά και στην ελλιπή γνώση και πληροφόρηση των μεταναστών αυτών σε θέματα υγείας, αφού οι ασθενέστερες οικονομικά χώρες προσφέρουν σαφώς μικρότερες παροχές ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης χωρίς αμοιβή ή με μειωμένο κόστος. Μετανάστες κινεζικής καταγωγής σε ευρωπαϊκές πρωτεύουσες, μολονότι συχνά έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας στη χώρα υποδοχής με χαμηλό κόστος, προτιμούν να επιδιώξουν την αυτοθεραπεία κατ' οίκον, με τη βελτίωση της διαίτας τους, την έκθεση σε ομοιοπαθητικές παρεμβάσεις και σκευάσματα και τη λήψη βοτάνων με φαρμακευτική δράση. Δηλαδή, οι μετανάστες ασιατικής καταγωγής φαίνεται να αναπαράγουν στη χώρα υποδοχής την κουλτούρα υγείας του τόπου τους και αποφεύγουν επίμονα τις υπηρεσίες υγείας, για λόγους που δεν σχετίζονται τελικά με την ποιότητα των τελευταίων και τις παροχές τους (Ma, 1999). Παράλληλα, οι Ευρωπαίοι που μεταναστεύουν σε άλλες χώρες της Ευρώπης,

τείουν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας με την ίδια συχνότητα που το έκαναν στον τόπο προέλευσής τους και σε παρόμοια συχνότητα με τον ημεδαπό πληθυσμό (Ντάλλα, Καραδήμας & Πράπας, 2004, Reijneveld, 1998).

Άλλη έρευνα (Leduc και Proulx, 2004), διαπιστώνει ότι οι μετανάστες που επιλέγουν έναν διαφορετικό τόπο διαμονής, είτε για να βελτιώσουν την υπάρχουσα ποιότητα της ζωής τους, είτε για προσωπικούς λόγους (όπως π.χ. οι σπουδές, η καλύτερη επαγγελματική αποκατάσταση κλπ), δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, σε σχέση με τους ημεδαπούς. Αντίθετα, οι άνθρωποι που μεταναστεύουν για επείγοντες βιοποριστικούς λόγους, εκδηλώνουν συχνά μια εντελώς διαφορετική κουλτούρα στη χρήση των υπηρεσιών αυτών, γεγονός που είναι δυνατόν να οφείλεται στην ελλιπή ενημέρωσή τους για θέματα υγείας. Επιπλέον, φαίνεται πως οι σημαντικότερες διαφοροποιήσεις στη λήψη των υπηρεσιών υγείας εντοπίζονται μάλλον στους πρόσφατους μετανάστες, παρά σ' εκείνους που διαμένουν μακροχρόνια σε έναν τόπο διαφορετικό από εκείνον της καταγωγής τους (Leduc & Proulx, 2004, Ντάλλα, Καραδήμας & Πράπας, 2004).

Είναι γενικά αποδεκτή η άποψη ότι οι μετανάστες παρουσιάζονται κατά κανόνα ως πιο ευπαθείς και ευπρόσβλητοι σε προβλήματα υγείας. Έχει παρατηρηθεί ότι τυχόν αυξημένες προσβολές από μολύνσεις σχετίζονται με τις συνθήκες της διαβίωσής τους, που οφείλεται στην άσχημη οικονομική τους κατάσταση και ότι οι μετανάστες, σε γενικές γραμμές, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας από ψυχικές παθήσεις και ψυχολογικές διαταραχές. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Ζήση (2006): «Η μετανάστευση έχει προσεγγιστεί ως ένα σημαντικό συμβάν της ζωής (life-event), δυνάμει στρεσογόνο, καθώς το άτομο εγκαταλείπει την πατρίδα του και τους οικείους του και συνάμα οδηγείται σε αναπροσαρμογές, προκειμένου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του νέου περιβάλλοντος της χώρας υποδοχής». Οι Searle και Ward επισημαίνουν δε ότι οι πολιτισμικές συγκρούσεις μεταξύ της κουλτούρας της κοινωνίας προέλευσης και εκείνης της κοινωνίας υποδοχής, επιφορτίζει με καθημερινό άγχος τον άνθρωπο, που έχει μετεγκατασταθεί σε μια διαφορετική «πατρίδα» (Searle & Ward, 1990). Η αναγκαστική μετάβαση σε μια ξένη χώρα με διαφορετική κουλτούρα και διακριτά πολιτισμικά χαρακτηριστικά, η ένδεια και ο ρατσισμός, είναι τα στοιχεία εκείνα που καθιστούν τους αλλοδαπούς μιας χώρας πιο ευάλωτους στις ψυχικές παθήσεις. Σε έρευνα, που πραγματοποιήθηκε (Μπιλανάκης) στις δομές ψυχικής υγείας του Νομού Ιωαννίνων, διαπιστώθηκε ότι οι

μετανάστες τείνουν να εμφανίζουν συχνότερα διαταραχές, που εμπίπτουν στο φάσμα της ψυχοπαθολογίας (οπ. αναφ. στο Παπαβασιλείου, 2005).

Θα ακολουθήσει η εξέταση μιας σειράς παραγόντων, που εντοπίσαμε κατά τη διερεύνηση των θεμάτων του πρώτου κεφαλαίου της εργασίας μας και έχει υποστηριχθεί ότι αποτελούν σημαντικούς παράγοντες, για να κατανοήσουμε τη χρήση υπηρεσιών υγείας από μετανάστες. Το παρόν κεφάλαιο θα κλείσει με τη συνοπτική παρουσίαση ενός θεωρητικού μοντέλου, που έχει χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας από μετανάστες.

2.1. Άδεια παραμονής

Η κατοχή ή όχι άδειας παραμονής στη χώρα υποδοχής επηρεάζει ποικιλότροπα τους μετανάστες και την ποιότητα ζωής τους. Η παράτυπη μετανάστευση εμποδίζει σημαντικά τους μετανάστες στην εύρεση εργασίας, αφού ελλείψει άδειας παραμονής στη χώρα δεν μπορούν να εργαστούν νόμιμα και επομένως στερούνται των παροχών κοινωνικής ασφάλισης. Οι παράτυποι μετανάστες δεν μπορούν να εργαστούν ως ασφαλισμένοι, δεν δύνανται να λάβουν τα δικαιώματα ενός ημεδαπού ή ενός νόμιμου αλλοδαπού πολίτη, γεγονός που θα σήμαινε την μερική απαλλαγή από τις δαπάνες για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Διεθνής Αμνηστία, 2011, Magliveras, 2011). Οι παράτυποι μετανάστες, που δεν κατέχουν άδεια παραμονής στη χώρα, είθισται να αποφεύγουν τη χρήση των δημόσιων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, φοβούμενοι την τυχόν καταγγελία τους στο τοπικό τμήμα αλλοδαπών, με συνέπεια την απέλασή τους, δηλαδή την αναγκαστική προώθησή τους στη χώρα προέλευσής τους (Κοτσιώνη, 2011).

Για τους νόμιμους αλλοδαπούς πολίτες στην Ελλάδα, από την άλλη πλευρά, η πλήρης απασχόληση σε καθεστώς δηλωμένης εργασίας είναι απαραίτητη για την παραμονή τους στη χώρα, αφού απαιτείται να συγκεντρώσουν συγκεκριμένο αριθμό ενσήμων ετησίως, προκειμένου να έχουν το δικαίωμα να αιτηθούν ανανέωσης της άδειας παραμονής τους. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, το 82% των νόμιμων μεταναστών στην Ελλάδα είναι μισθωτοί και έχουν κοινωνική ασφάλιση, ενώ για τους Έλληνες, το αντίστοιχο ποσοστό φθάνει στα 63% (Κοτσιώνη, 2011). Με στοιχεία του 2001, το αντίστοιχο ποσοστό των μισθωτών μεταναστών ήταν 89%

(Πίνακας 2.1.) Καθώς η έκδοση και η ανανέωση της άδειας παραμονής και εργασίας στην Ελλάδα επιδέχεται συχνά μακρές καθυστερήσεις, πολλές φορές οι μετανάστες αντιμετωπίζουν την ανισότητα της πρόσβασής τους στις δομές υγείας, παρόλο που εργάζονται κανονικά και φέρουν κοινωνική ασφάλιση (Καψάλης & Λινάρδος-Ρύλμον, 2005).

Πίνακας 2.1 Χαρακτηριστικά της απασχόλησης των μεταναστών στην Ελλάδα (2001)

Συνήθης απασχόληση νόμιμων μεταναστών	
89%	μισθωτοί εργάτες ειδικευμένοι ή ανειδίκευτοι
4,7%	ασαφές επάγγελμα
2,8%	Εργοδότες

Πηγή: ΕΣΥΕ, 2001⁴

2.2. Κοινωνική ασφάλιση και δηλωμένη εργασία

Έχει υποστηριχθεί ότι η πλήρης κάλυψη του κόστους υγείας και η παροχή δωρεάν υπηρεσιών, αποτελεί ισχυρό κίνητρο για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες. Σε σχετική έρευνα (Sole-Auro και συν., 2009) καταγράφηκε ότι το πλήθος των αλλοδαπών κατοίκων μιας χώρας τείνει να επισκέπτεται συχνότερα ιατρικούς φορείς, για την επίλυση προβλημάτων που αφορούν την υγεία του και για προληπτικές εξετάσεις. Επιπρόσθετα, έχει αναδειχθεί (Κοτσιώνη, 2011) ότι η έλλειψη δωρεάν παροχών υπηρεσιών υγείας, σε συνδυασμό με το υψηλό κόστος της απαιτούμενης ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία, λειτουργούν ως ανασταλτικοί παράγοντες στη χρήση και στην αναζήτηση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Αναφέρθηκε ήδη ότι οι μη νόμιμα απασχολούμενοι μετανάστες δεν δικαιούνται τις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης. Επιπλέον, δεν έχουν τη δυνατότητα να αιτούνται έκδοσης βιβλιαρίων απορίας. Έτσι, οι παράτυποι μετανάστες, οι άνεργοι αλλοδαποί και οι απασχολούμενοι σε καθεστώς αδήλωτης εργασίας, δεν έχουν πρόσβαση στις μερικές ή τις ολικές απαλλαγές από το κόστος των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Οι ανασφάλιστοι μετανάστες είναι υποχρεωμένοι

⁴ Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή Πληθυσμού 2001, πίνακας 6, Αλλοδαποί

να καλύψουν το συνολικό κόστος της μη επείγουσας χρήσης των υπηρεσιών υγείας, ακόμη και αν αυτές αφορούν τη νοσηλεία τους σε νοσοκομείο και καλούνται να προκαταβάλουν εξ αρχής το 50% των υπολογιζόμενων δαπανών (Βλαχάδη, 2009, Γαλάνης και συν., 2012). Σημειωτέον, στην Ελλάδα, οι εργοδότες που προσφέρουν μια θέση απασχόλησης σε καθεστώς αδήλωτης εργασίας διώκονται από το νόμο και υπόκεινται σε ποινές, που απαιτούν βαρύτατα χρηματικά πρόστιμα.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με έρευνα (Γαλάνης και συν., 2012), το 56,6% του ερευνητικού δείγματος, που αποτελούνταν από μετανάστες, είχε έγκυρη ασφάλιση υγείας, ωστόσο, παραδοσιακά στην Ευρώπη παρατηρείται ότι οι μετανάστες έχουν σε μικρότερο ποσοστό επίσημη και έγκυρη κοινωνική ασφάλιση, σε σχέση με τον γηγενή πληθυσμό. Σε άλλη έρευνα (Μαράτου-Αλιπραντή και Γκαζόν, 2005), το 73% επί του συνόλου των μεταναστών, που συμμετείχαν στην έρευνα και έφεραν κοινωνική ασφάλιση, ήταν ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ και το 14% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι έκανε χρήση των υπηρεσιών υγείας με πλήρη ιδιωτική δαπάνη, ενώ μόλις το 2% έφερε βιβλιάριο απορίας.

2.3. Κουλτούρα της χώρας προέλευσης

Είδαμε ότι τα διαφορετικά πολιτισμικά χαρακτηριστικά και η κουλτούρα κάθε λαού, επηρεάζει σημαντικά τη στάση απέναντι στις υπηρεσίες υγείας και τη χρήση τους. Το σύνολο των πεποιθήσεων, των ηθών, των εθίμων και των αντιλήψεων, που διαχέονται και διαιώνίζονται στους κόλπους μιας συγκεκριμένης κοινωνίας, μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά του ανθρώπου στην καθημερινότητα. Οι ασθενείς, ανάλογα με την κουλτούρα τους, είναι δυνατόν να αντιλαμβάνονται διαφορετικά την υγεία και την ασθένεια. Τυχόν διακρίσεις, αυθαιρεσίες και προσβολές των πεποιθήσεων των ασθενών, είναι δυνατόν να τροφοδοτήσουν την αποχή των τελευταίων από την συστηματική χρήση των υπηρεσιών υγείας (Γερογιάννη & Πλεξίδα, 2008).

Τα ανωτέρω, αναδεικνύουν ως σημαντικό παράγοντα την έλλειψη γνώσεων από μεριάς του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού, για τις ιδιαίτερες ανάγκες, την κουλτούρα και τις προσδοκίες των αλλοδαπών ασθενών, που ενδέχεται να κρατήσει σε χαμηλά επίπεδα την ικανοποίησή τους και να τους δημιουργήσει μια αρνητική εμπειρία φροντίδας υγείας. Το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό θα

πρέπει να έχει λάβει επαρκή εκπαίδευση, προκειμένου να γνωρίζει, να είναι σε θέση να κατανοήσει και να επιδεικνύει σεβασμό στα διαφορετικά πολιτισμικά χαρακτηριστικά του ασθενούς, ακόμη κι αν διαφωνεί με τις αντιλήψεις, που προκύπτουν βάσει αυτών (Γερογιάννη & Πλεξίδα. 2008).

2.4 Γνώση της γλώσσας της χώρας υποδοχής, Πληροφόρηση

Έχει παρατηρηθεί ότι η γλωσσική διαφορετικότητα, αποτελεί το κατεξοχήν ισχυρό εμπόδιο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, που ακολουθεί ιεραρχικά την υποχρέωση καταβολής υψηλής ιδιωτικής δαπάνης (Μανομενίδης, 2009). Η ενημέρωση των μεταναστών σε θέματα υγείας καθίσταται συχνά προβληματική, κυρίως εξαιτίας της δυσκολίας τους να επικοινωνήσουν στη γλώσσα της χώρας υποδοχής. Έτσι, η συμμετοχή των μεταναστών σε δραστηριότητες και προγράμματα πρόληψης στην υγεία παραμένει σε χαμηλά επίπεδα (Γερογιάννη & Πλεξίδα. 2008). Οι Ingleby et al. (2013) επισημαίνουν ότι οι αλλοδαποί ασθενείς αντιμετωπίζουν, επιπλέον, δυσκολίες στην ενημέρωσή τους σε θέματα υγείας, δεδομένης της μειωμένης ικανότητας τους στην ανάγνωση των πληροφοριών, που αφορούν στην υγεία και την πρόληψη. Με άλλα λόγια, οι μετανάστες είθισται να λαμβάνουν πλήρη ενημέρωση για θέματα υγείας, μονάχα όταν έχουν οι ίδιοι εξοικειωθεί με τη γλώσσα και τις υπηρεσίες υγείας της περιοχής όπου κατοικούν.

Από έρευνες στην Ελλάδα (Γαλάνη και συν., 2012), οι ερωτώμενοι μετανάστες ανέφεραν κατά 20,4%, ότι γνωρίζουν καλά έως πολύ καλά τις δομές και τα είδη των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, ενώ το 60% εξ αυτών παραδέχθηκε ότι διαθέτει μέτρια γνώση της ελληνικής γλώσσας και κατ' επέκταση των υπηρεσιών υγείας. Οι ίδιοι ερευνητές, ωστόσο, επισημαίνουν ως καθοριστικής σημασίας το γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος διαθέτει αυξημένη γνώση ελληνικής γλώσσας και διαμένει για περισσότερα από πέντε χρόνια στη χώρα. Πράγματι, οι περισσότερες έρευνες συνηγορούν στην άποψη ότι η μακρότερη διαμονή σχετίζεται αφενός με την καλύτερη γνώση της γλώσσας της χώρας υποδοχής, αφετέρου με την συχνότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η συστηματικότερη χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας συνδέεται μάλιστα συχνά με τη βαθύτερη ενημέρωση των μεταναστών, για θέματα που αφορούν στην υγεία και την πρόληψη, δεδομένης της

καλύτερης γνώσης της ελληνικής γλώσσας (Γαλάνης και συν., 2012, Ζαρκαδάς, 2008, Κοτσιώνη, 2011, Μανομενίδης, 2009).

Στην Ελλάδα, βάσει επίσημων στοιχείων του 2001, περίπου οι μισοί νόμιμοι μετανάστες διέμεναν στη χώρα από 5 έτη και άνω (Πίνακας 2.2). Πάντως, οι περισσότερες δημόσιες δομές υγείας στην Ελλάδα δεν διαθέτουν διερμηνείς και προκύπτει ελλιπής επικοινωνία αλλόγλωσσων ασθενών με το νοσηλευτικό προσωπικό. Εντούτοις, στην έρευνα του ο Μανομενίδης (2009) παρατηρεί ότι το 67,8% των νοσηλευτών σε νοσοκομεία της Δυτικής Μακεδονίας, ανέφεραν ότι είναι σε θέση να εξυπηρετούν με επάρκεια και αποτελεσματικότητα αλλοδαπούς ασθενείς, ακόμη κι αν εκείνοι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσουν μαζί τους, σε κάποια από τις ευρέως διαδεδομένες γλώσσες της Ευρώπης.

Πίνακας 2.2 Χαρακτηριστικά της διαμονής των μεταναστών στην Ελλάδα (2001)

Χρόνος διαμονής νόμιμων μεταναστών	
41%	μένουν στην Ελλάδα για περισσότερα από 5 χρόνια
46.8%	μένουν στην Ελλάδα για 1-5 χρόνια
12,2%	μένουν στην Ελλάδα για ένα χρόνο

Πηγή: ΕΣΥΕ, 2001³

Στο σημείο αυτό, πρέπει να αναφερθεί ο ρόλος των μη κυβερνητικών οργανώσεων ανθρωπιστικού χαρακτήρα, το δυναμικό των οποίων αναλαμβάνει συχνά να παράσχει εθελοντικές υπηρεσίες ενημέρωσης, διερμηνείας ή και ιατρικής φροντίδας σε μετανάστες, ανεξάρτητα από το καθεστώς της διαμονής ή της απασχόλησής τους. Έχει παρατηρηθεί ότι στις περιοχές, στις οποίες δραστηριοποιούνται έντονα ανθρωπιστικές οργανώσεις υπέρ της ενσωμάτωσης των μεταναστών στην εκάστοτε τοπική κοινωνία, οι αλλοδαποί κάτοικοι τείνουν να ενημερώνονται με μεγαλύτερη επάρκεια και κατ' επέκταση να χρησιμοποιούν με μικρότερο δισταγμό τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας (Γερογιάννη & Πλεξίδα, 2008, Ingleby et al., 2013, Κοτσιώνη, 2011).

³ Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφή Πληθυσμού 2001, πίνακας 6. Αλλοδαποί

2.5 Η θεωρία του Andersen για τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας από μετανάστες

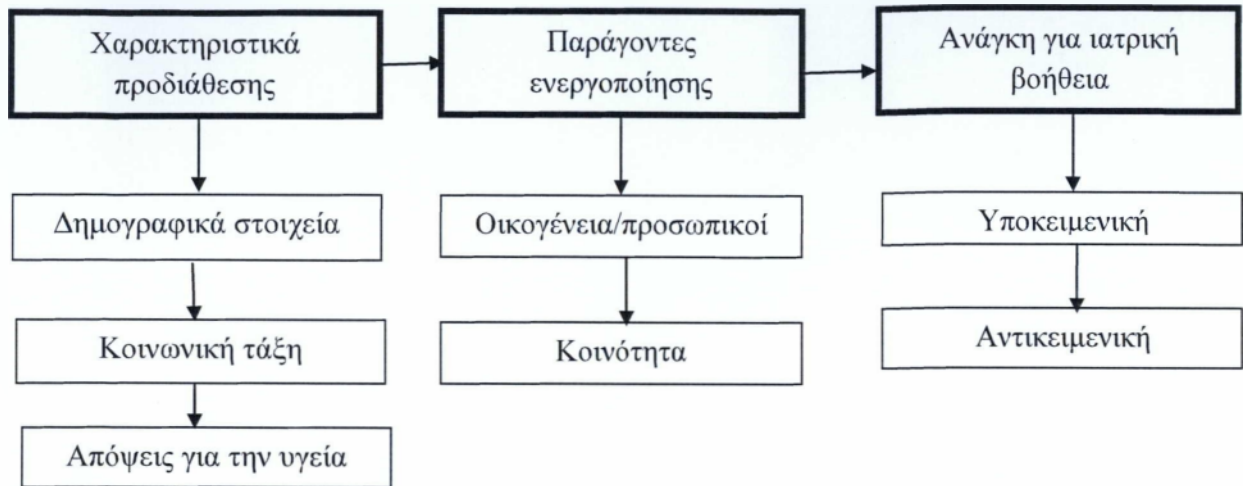
Η θεωρία του Andersen έχει θεωρηθεί ως η αφετηρία, για τη μελέτη των χαρακτηριστικών της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τον μεταναστευτικό πληθυσμό. Στην πραγματικότητα, ο Andersen δημιούργησε ένα πρώτο μοντέλο, προκειμένου να υποστηρίξει ότι τα χαρακτηριστικά της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους λήπτες, γενικά οφείλονται στη σύγκλιση ενός πλήθους στοιχείων, όπως είναι η προδιάθεση των ανθρώπων να χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας, οι παράγοντες που αναφέρθηκαν ανωτέρω, στο παρόν κεφάλαιο, αλλά και η ανάγκη τους για ιατρική φροντίδα. Στο πλαίσιο αυτό, τα παραπάνω στοιχεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως συστατικά μιας εξίσωσης, με συγκεκριμένους συντελεστές, προκειμένου να ερμηνεύσουν τη συμπεριφορά των ληπτών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Andersen, 1968).

Πιο αναλυτικά, ο Andersen υποστήριξε ότι τα κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία του λήπτη υγείας επηρεάζουν σημαντικά, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, τα χαρακτηριστικά της εκ μέρους του χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Τέτοια στοιχεία είναι το φύλο, η καταγωγή, το εισόδημα, τα γλωσσικά εμπόδια και ο χρόνος παραμονής στη χώρα υποδοχής. Συγκεκριμένα, ο μελετητής επισημαίνει ότι τα κοινωνικά χαρακτηριστικά, τα δημογραφικά στοιχεία και οι αντιλήψεις του λήπτη για την υγεία και τις υπηρεσίες που την αφορούν, είναι εκείνα που συνθέτουν το προφίλ της προδιάθεσης του λήπτη-μετανάστη, προς τη χρήση των ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών.

Το ανθρώπινο περιβάλλον του ατόμου παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στα χαρακτηριστικά της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, από εκείνο. Για παράδειγμα, ένα άτομο υψηλού μορφωτικού επιπέδου, που ανήκει σε μια οικογένεια ή μια κοινότητα που εκφράζει θετικές αντιλήψεις για τις υπηρεσίες υγείας, είναι πιθανό πως θα προχωρήσει ευκολότερα στη χρήση τους.

Τέλος, η εκτιμώμενη ανάγκη για ιατρική φροντίδα, όπως εκφράζεται από τον ίδιο τον λήπτη, φαίνεται να αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα, που επηρεάζει τη συχνότητα και τα χαρακτηριστικά της χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Η ανάγκη για υπηρεσίες υγείας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από το άτομο, δεν καθορίζεται μόνο από βιολογικές παραμέτρους, αλλά είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο. Με άλλα λόγια, ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζει θέματα σχετικά με την υγεία, την ύπαρξη συμπτωμάτων και την θνησιμότητα, εξαρτάται κατά πολύ από

τις κυρίαρχες αντιλήψεις της κοινωνικής, της πολιτισμικής και της οικονομικής του θέσης και ταυτότητας.



Διάγραμμα 2.1 Μοντέλο Andersen

Στο επόμενο κεφάλαιο, θα παρουσιάσουμε δευτερογενή εμπειρική έρευνα, για τη χρήση υπηρεσιών υγείας από μετανάστες. Αναζητήσαμε δεδομένα, για να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα, αν δηλαδή χρησιμοποιούν οι μετανάστες περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας, σε σχέση με τους ημεδαπούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΧΡΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

Τα θέματα και οι προβληματισμοί, που εκτέθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, γεννούν το ερώτημα αν οι μακροχρόνιοι μετανάστες κάνουν την ίδια ή διαφορετική χρήση των υπηρεσιών υγείας στις χώρες υποδοχής. Αναζητήσαμε δεδομένα, για να απαντηθεί το συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα. Στο παρόν κεφάλαιο, θα περιγράψουμε την πηγή των δεδομένων, καθώς και τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης αυτών.

3.1 Τα εμπειρικά δεδομένα της έρευνας

Στην παρούσα εργασία διερευνήσαμε τη συχνότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας από μετανάστες και ημεδαπούς, σε χώρες της Ευρώπης. Τα καλύτερα σχετικά δεδομένα για τη μελέτη μας, τα εντοπίσαμε σε μια αντιπροσωπευτική διακρατική έρευνα και συγκεκριμένα στη μελέτη «Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη - (ΕΥΓΣΕ)», που χρηματοδοτήθηκε κυρίως από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

3.1.1 Περί της μελέτης ΕΥΓΣΕ

Η Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη είναι η πρώτη επιστημονική μελέτη, που εξετάζει τους διαφορετικούς τρόπους ζωής ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω σε δώδεκα χώρες, από τη Σκανδιναβία έως τη Μεσόγειο (έντεκα Ευρωπαϊκές και το Ισραήλ). Η έρευνα, που εξέτασε δείγμα 45.051 ατόμων γεννημένων το 1954 και ενωρίτερα, εστιάστηκε σε θέματα όπως το οικογενειακό περιβάλλον, οι οικογενειακές σχέσεις, η εργασία, οι συντάξεις, η οικονομική ασφάλεια και η υγεία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν το έτος 2004 και στην παρούσα εργασία επικεντρωθήκαμε στα δεδομένα που αφορούν στη χρήση των υπηρεσιών υγείας των ημεδαπών σε σύγκριση με την αντίστοιχη χρήση που κάνουν οι μετανάστες σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες.

Η μελέτη ΕΥΓΣΕ είναι διεπιστημονική διεθνής έρευνα, που συνδυάζει πληροφορίες για την υγεία, την κοινωνικοοικονομική θέση, τα κοινωνικά και οικογενειακά δίκτυα των Ευρωπαίων ηλικίας 50 & άνω και των συζύγων τους. Η έκδοση δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2.0 περιέχει δεδομένα από τις χώρες Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ισραήλ, Ιταλία, Κάτω Χώρες, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία, διαμορφώνοντας μια ισορροπημένη και αντιπροσωπευτική εικόνα των διαφορετικών ευρωπαϊκών περιοχών, από τη Σκανδιναβία, την κεντρική Ευρώπη και τη Μεσόγειο.

Η μελέτη ΕΥΓΣΕ σχεδιάστηκε στα πρότυπα των μελετών US Health and Retirement Study (HRS), στην Αμερική και της αντίστοιχης English Longitudinal Study of Ageing (ELSA), στην Αγγλία. Τα δεδομένα αφορούν την υγεία των ερωτώμενων (π.χ. αυτό-εκτιμώμενο επίπεδο υγείας, φυσική λειτουργία, γνωστική λειτουργία, συμπεριφορές υγείας, χρησιμοποίηση υγειονομικής περίθαλψης και δαπάνες), ψυχολογικές διαστάσεις της (π.χ. ψυχολογική υγεία, ευημερία, ικανοποίηση από τη ζωή), την κοινωνικοοικονομική τους θέση (π.χ. εργασία, εισόδημα, πλούτος και κατανάλωση, κατοικία, εκπαίδευση) και την υπάρχουσα κοινωνική υποστήριξη (π.χ. κοινωνικά δίκτυα, εθελοντικές δραστηριότητες).

Η μελέτη ΕΥΓΣΕ υλοποιήθηκε σε τέσσερα στάδια, από τη δημιουργία των ερωτηματολογίων μέχρι τη συλλογή των στοιχείων. Στο πρώτο στάδιο, που άρχισε τον Ιανουάριο του 2002, οι ομάδες εργασίας παρήγαγαν ένα ερωτηματολόγιο στην αγγλική γλώσσα, το οποίο αφού αναθεωρήθηκε λεπτομερώς μεταφράστηκε στις απαραίτητες γλώσσες. Στο δεύτερο στάδιο, το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε σε δείγμα 75 ατόμων σε κάθε χώρα (Ιούνιος 2003). Στο τρίτο στάδιο, μετά από τις περαιτέρω βελτιώσεις του ερωτηματολογίου, τον Ιανουάριο/Φεβρουάριο του 2004 χρησιμοποιήθηκε σε γνήσια δείγματα (περίπου 100 αρχικοί ερωτώμενοι ανά χώρα συν τους συζύγους τους). Κατά τη διάρκεια του τέταρτου σταδίου έγινε εκτενής στατιστική ανάλυση των πειραματικών δεδομένων. Οι βελτιώσεις, βασισμένες σε αυτές τις αναλύσεις οδήγησαν στην τελική μορφή του ερωτηματολογίου. Το πρώτο κύμα ερευνών, περίπου 1.500 οικογενειών ανά χώρα, ξεκίνησε αρχές Απριλίου 2004 και τελείωσε στις περισσότερες χώρες τον Οκτώβριο του ίδιου έτους.

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη χρήση λογισμικού προγράμματος, από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό και αφού συγκεντρώθηκαν υποβλήθηκαν σε επεξεργασία

και μετατράπηκαν σε αρχεία των λογισμικών πακέτων στατιστικής επεξεργασίας δεδομένων SPSS και STATA.

3.1.1.1 Δειγματοληψία

Όπως λεπτομερώς περιγράφεται σε ειδική έκδοση του Mannheim Research Institute for the Economics of Aging,⁶ η δειγματοληψία έγινε με τρόπο που να αποτυπώνεται στο δείγμα μια αρκετά αντιπροσωπευτική εικόνα του πληθυσμού ηλικίας 50 ετών και άνω, στις χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα. Στην Ελλάδα χρησιμοποιήθηκαν οι τηλεφωνικοί κατάλογοι. Ο μέσος ρυθμός ανταπόκρισης ήταν 55,4%, με τη Γαλλία και Ολλανδία να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά (69,4% και 61,6%, αντίστοιχα), ενώ η Ελβετία το χαμηλότερο (37,6%).

3.1.1.2 Μεταβλητές

Οι μεταβλητές που μας απασχόλησαν στη μελέτη μας, συνοψίζονται παρακάτω:

Η κατάσταση (status) των μεταναστών

Σε όλους τους ερωτηθέντες τίθεται η ερώτηση εάν έχουν γεννηθεί στη χώρα όπου λαμβάνει χώρα η συνέντευξη, προκειμένου να διαχωριστεί το δείγμα σε ημεδαπούς και μετανάστες.

Χρονολογία μετανάστευσης

Επιπρόσθετα, οι μετανάστες αναφέρουν το έτος που ήρθαν στη χώρα υποδοχής. Η μέση χρονολογία μετανάστευσης κυμαίνεται από το 1953 στην Ελλάδα έως και το 1980 στην Ισπανία.

Εθνικότητα

Οι ερωτηθέντες αναφέρουν εάν κατέχουν την εθνικότητα της χώρας στην οποία διαμένουν. Η εθνικότητα ενδεχομένως να καταδεικνύει την ενσωμάτωση των

⁶ Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, «Health, Ageing and Retirement in Europe, First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe», April 2005

μεταναστών στο γηγενή πληθυσμό και την επακόλουθη επέκταση των δικαιωμάτων τους.

Η χρήση των υπηρεσιών υγείας

Στην παρούσα μελέτη διερευνάται η χρήση τριών ειδών ιατρικών υπηρεσιών τους τελευταίους 12 μήνες, οι οποίες διακρίνονται ως εξής:

- φορές που επισκέφθηκαν έναν γενικό ιατρό
- φορές που επισκέφθηκαν ένα παθολόγο
- φορές που νοσηλεύθηκαν στο νοσοκομείο για τουλάχιστον μία νύχτα

Πιο αναλυτικά, στο δείγμα τίθενται οι εξής ερωτήσεις:

- «τους τελευταίους 12 μήνες πόσες φορές συνολικά έχει επισκεφθεί ή μιλήσει σε κάποιον ιατρό για την υγεία σας;»
- «πόσες φορές από αυτές τις επισκέψεις σε κάποιον ιατρό ήταν επικοινωνία με κάποιο γενικό ιατρό ή με κάποιο παθολόγο;»
- «πόσο συχνά έχετε νοσηλευθεί σε νοσοκομείο για τουλάχιστον μία νύχτα τους τελευταίους 12 μήνες;»

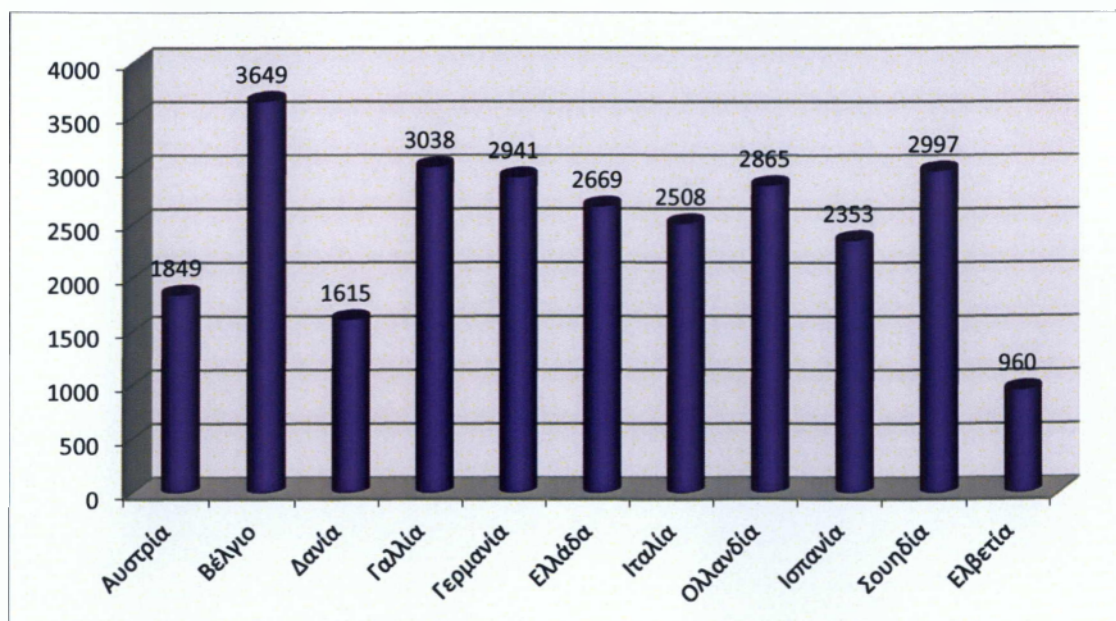
3.2 Τα αποτελέσματα της έρευνας

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας.

Πίνακας 3.1 Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τη χώρα διαμονής

Χώρα	Αριθμός (%)
Αυστρία	1.849
Βέλγιο	3.649
Δανία	1.615
Γαλλία	3.038
Γερμανία	2.941
Ελλάδα	2.669
Ιταλία	2.508
Ολλανδία	2.865
Ισπανία	2.353
Σουηδία	2.997
Ελβετία	960
Σύνολο	27.444

Πηγή: Ίδια επεξεργασία δεδομένων Μελέτης ΕΥΓΣΕ



Διάγραμμα 3.1 Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τη χώρα διαμονής

Σύμφωνα με τα δεδομένα του Πίνακα 3.1 και του Διαγράμματος 3.1, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες προέρχονται από το Βέλγιο (ήτοι 3.649), τη Γαλλία (3.038 άτομα), τη Σουηδία (2.997), τη Γερμανία (2.941), την Ολλανδία (2.865), την Ελλάδα (2.669) και την Ιταλία (2.508 ερωτηθέντες). Αντίθετα, η χώρα με τους λιγότερους ερωτηθέντες που συμμετείχαν στην έρευνα είναι η Ελβετία και οι οποίοι ανέρχονται σε 960 άτομα.

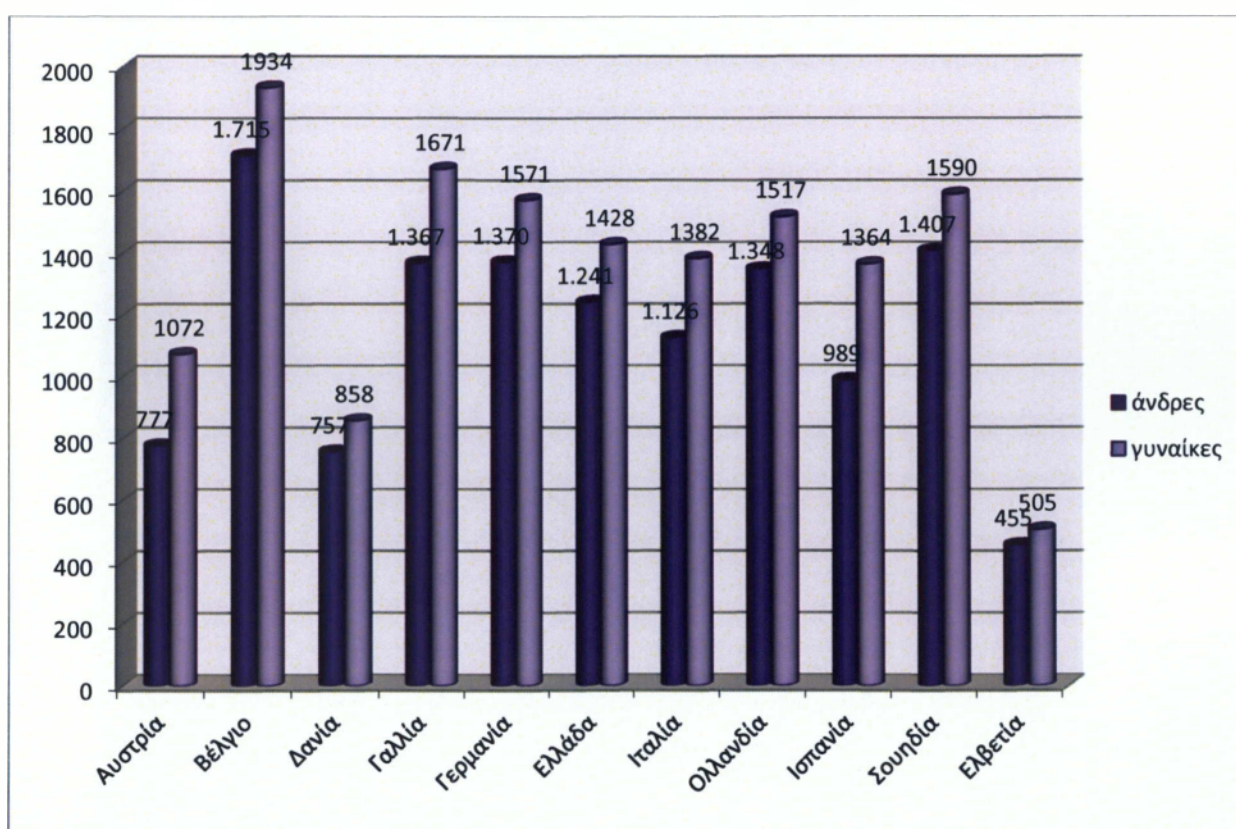
Στη συνέχεια, στον Πίνακα 3.2 που ακολουθεί παρουσιάζεται η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το φύλο και τη χώρα διαμονής τους.

Πίνακας 3.0.2 Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το φύλο και τη χώρα διαμονής

Χώρα	Ανδρες	Γυναίκες	Ποσοστό ανδρών	Ποσοστό γυναικών
Αυστρία	777	1.072	42%	58%
Βέλγιο	1.715	1.934	47%	53%
Δανία	757	858	47%	53%
Γαλλία	1.367	1.671	45%	55%
Γερμανία	1.370	1.571	47%	53%
Ελλάδα	1.241	1.428	47%	53%
Ιταλία	1.126	1.382	45%	55%
Ολλανδία	1.348	1.517	47%	53%
Ισπανία	989	1.364	42%	58%
Σουηδία	1.407	1.590	47%	53%
Ελβετία	455	505	47%	53%
Σύνολο	12.552	14.892		

Πηγή: Ίδια επεξεργασία δεδομένων Μελέτης ΕΥΓΣΕ

Όπως παρατηρούμε από τα δεδομένα του Πίνακα 3.2, συνολικά το δείγμα περιλαμβάνει 12.552 άνδρες και 14.892 γυναίκες. Μελετώντας τα δεδομένα αναλυτικά, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι άνδρες ερωτηθέντες της έρευνας διαμένουν στο Βέλγιο (1.715 ή 47% επί του συνόλου των ερωτηθέντων που διαμένουν στο Βέλγιο), τη Σουηδία (1.407 ή 47%), τη Γερμανία (1.370 ή 47%), τη Γαλλία (1.367 ή 45%), την Ολλανδία (1.348 ή 47%), την Ελλάδα (1.241 ή 47%) και την Ιταλία (1.126 ή 45% επί του συνόλου των ερωτηθέντων που διαμένουν στην Ιταλία).



Διάγραμμα 3.2 Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το φύλο και τη χώρα διαμονής

Στο Διάγραμμα 3.2 απεικονίζονται τα δεδομένα του Πίνακα 3.2, που αφορούν στην κατανομή των ερωτηθέντων, ως προς το φύλο και τη χώρα διαμονής τους.

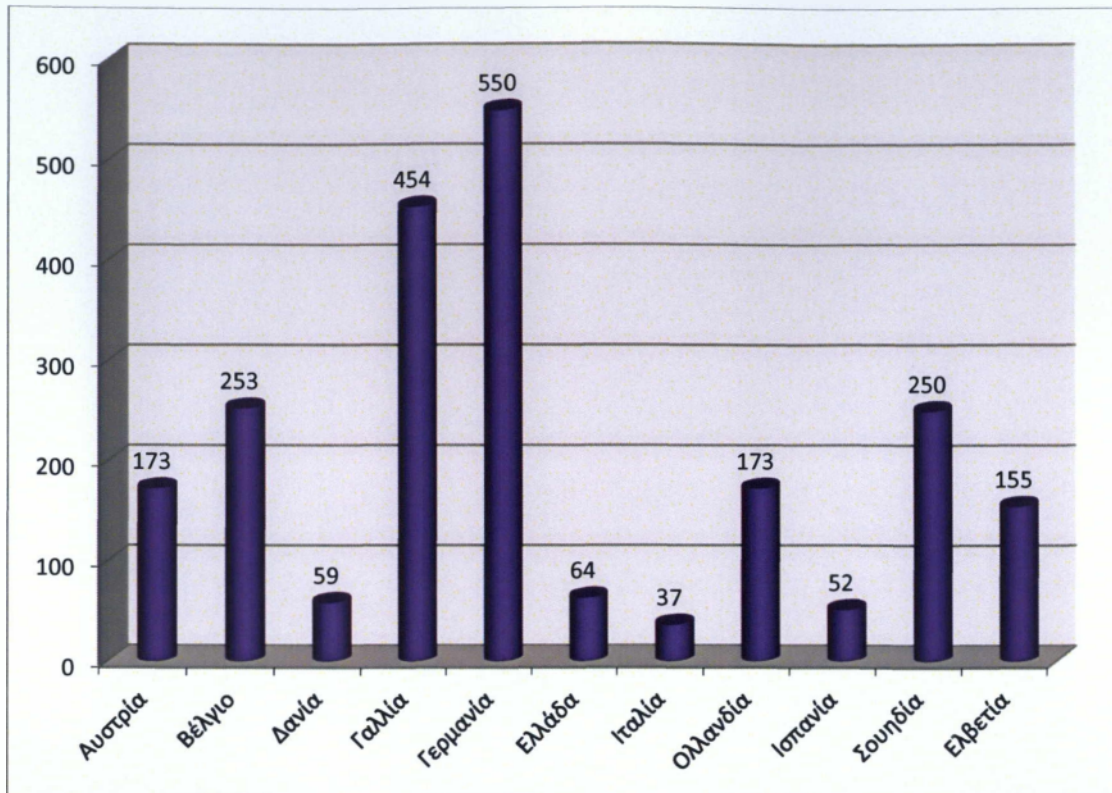
Στον Πίνακα 3.3 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα στοιχεία που αφορούν στον αριθμό των ερωτηθέντων που είναι μετανάστες, ανά χώρα. Τα δεδομένα του Πίνακα 3.3 απεικονίζονται στο Σχήμα 3.3, που ακολουθεί.

Πίνακας 3.3 Κατανομή των ερωτηθέντων μεταναστών ανά χώρα

Χώρα	Μετανάστες	Ποσοστό μεταναστών
Αυστρία	173	9,40%
Βέλγιο	253	6,90%
Δανία	59	3,70%
Γαλλία	454	15,10%
Γερμανία	550	18,70%
Ελλάδα	64	2,40%
Ιταλία	37	1,50%
Ολλανδία	173	6,00%
Ισπανία	52	2,20%
Σουηδία	250	8,40%
Ελβετία	155	16,20%
Σύνολο	2.220	8,10%

Πηγή: Ίδια επεξεργασία δεδομένων Μελέτης ΕΥΓΣΕ

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες μετανάστες διαμένουν στη Γαλλία (ήτοι 454 άτομα), στη Γερμανία (550), στο Βέλγιο (253) και στη Σουηδία (250 άτομα). Συνολικά, οι ερωτηθέντες μετανάστες ανέρχονται σε 2.220 άτομα, αποτελώντας το 8,10% του δείγματος της έρευνας.



Διάγραμμα 3.3 Κατανομή των ερωτηθέντων μεταναστών ανά χώρα

Μελετώντας τα παραπάνω δεδομένα, παρατηρούμε ότι το ποσοστό των ερωτηθέντων μεταναστών ανέρχεται στο 9,4% του συνόλου των ερωτηθέντων που διαμένουν στην Αυστρία, στο 6,9% επί του συνόλου των ερωτηθέντων που διαμένουν στο Βέλγιο, στο 15,10%, στη Γερμανία στο 18,70%, στην Ελβετία στο 16,2%, ενώ ανέρχεται μόλις στο 2,40% του συνόλου των ερωτηθέντων, που διαμένουν στην Ελλάδα.

Στον Πίνακα 3.4 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα δεδομένα που αφορούν στην κατανομή των ερωτηθέντων μεταναστών ανά φύλο και ανά χώρα διαμονής τους.

Ένα γενικό συμπέρασμα που προκύπτει, είναι ότι οι άνδρες μετανάστες που συμμετείχαν στην έρευνα αποτελούν το 44,90%, ενώ οι γυναίκες το 55,10% του συνόλου των ερωτηθέντων μεταναστών.

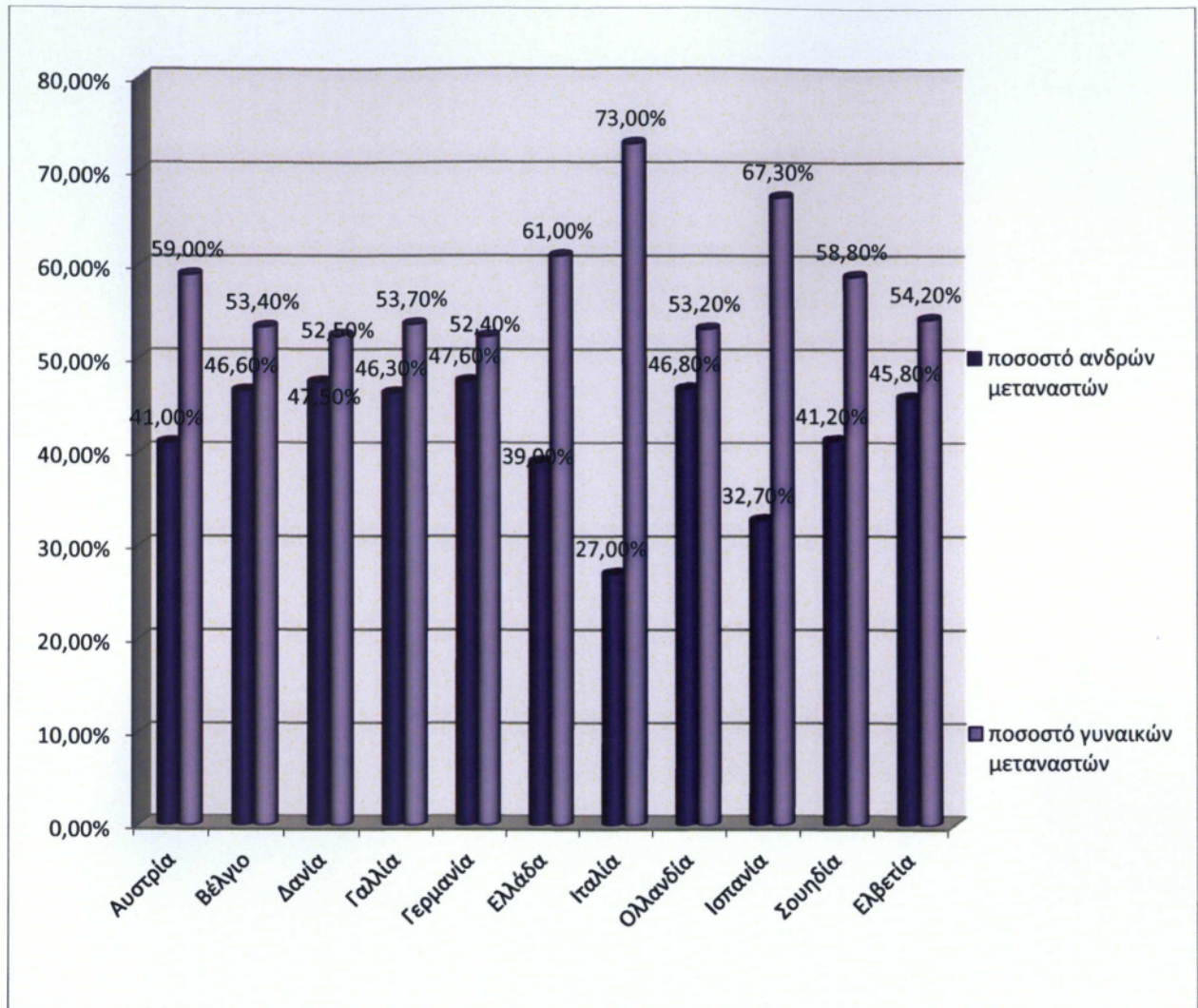
Πίνακας 3.4 Κατανομή των ερωτηθέντων μεταναστών ανά φύλο & χώρα

Χώρα	Ποσοστό ανδρών μεταναστών	Ποσοστό γυναικών μεταναστών
Αυστρία	41,00%	59,00%
Βέλγιο	46,60%	53,40%
Δανία	47,50%	52,50%
Γαλλία	46,30%	53,70%
Γερμανία	47,60%	52,40%
Ελλάδα	39,00%	61,00%
Ιταλία	27,00%	73,00%
Ολλανδία	46,80%	53,20%
Ισπανία	32,70%	67,30%
Σουηδία	41,20%	58,80%
Ελβετία	45,80%	54,20%
Σύνολο	44,90%	55,10%

Πηγή: Ίδια επεξεργασία δεδομένων Μελέτης ΕΥΓΣΕ

Πιο αναλυτικά, το ποσοστό των ανδρών μεταναστών κυμαίνεται από 27% στην Ιταλία έως 47,60% του συνόλου των μεταναστών που διαμένουν στη Γερμανία. Αντίστοιχα, το ποσοστό των γυναικών μεταναστών που συμμετείχαν στην έρευνα, κυμαίνεται από 52,50% στη Δανία έως και 73% στην Ιταλία. Στην Ελλάδα, οι άνδρες μετανάστες ανέρχονται σε 39%, ενώ οι γυναίκες στο 61%, επί του συνόλου των μεταναστών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα.

Η απεικόνιση των δεδομένων του Πίνακα 3.4 γίνεται στο Διάγραμμα 3.4, που ακολουθεί.



Διάγραμμα 3.4 Κατανομή των ερωτηθέντων μεταναστών ανά φύλο & χώρα

Συνολικά, παρατηρούμε ότι ο γυναικείος πληθυσμός των μεταναστών υπερέχει αριθμητικά από τον ανδρικό πληθυσμό. Το αποτέλεσμα αυτό ενδεχομένως να αντανακλάει την υψηλότερη θνησιμότητα των ηλικιωμένων ανδρών και όχι τις διαφορές που υπάρχουν στα ποσοστά μετανάστευσης ανά φύλο.

Επιπρόσθετα, να σημειωθεί ότι οι χώρες με το υψηλότερο ποσοστό στο γυναικείο πληθυσμό μεταναστών είναι η Ιταλία, η Ισπανία και η Ελλάδα. Αντιθέτως, τα μεγαλύτερα ποσοστά ανδρών μεταναστών καταγράφονται στη Γερμανία και τη Δανία.

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 3.5 και στο Διάγραμμα 3.5, μελετάμε το δείγμα των μεταναστών που συμμετείχαν στην έρευνα, με βάση το μέσο όρο χρονολογίας, που ήρθαν στη χώρα υποδοχής.

Πίνακας 3.5 Κατανομή των ερωτηθέντων μεταναστών ανά μέσο όρο χρονολογίας μετανάστευσης

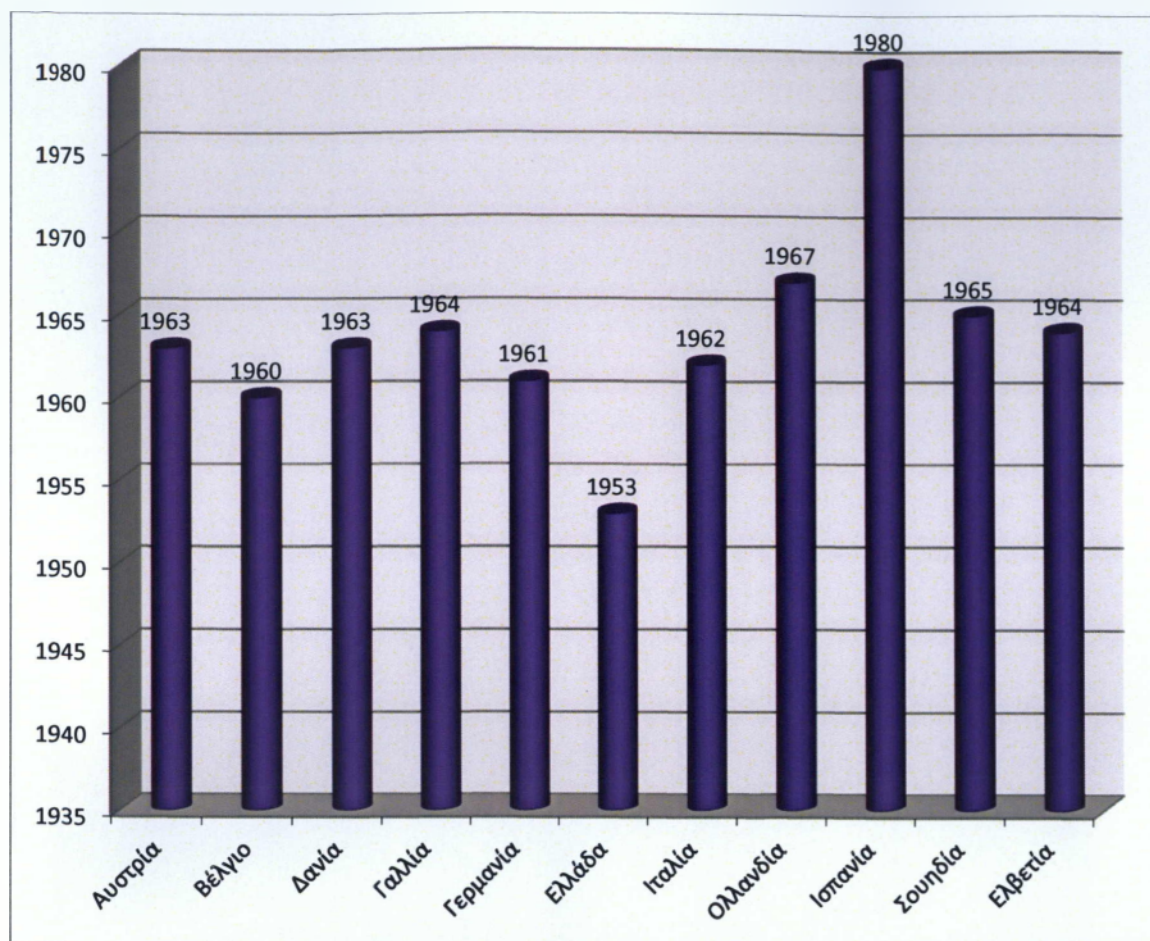
Χώρα	Μέσος όρος χρονολογίας μετανάστευσης
Αυστρία	1963
Βέλγιο	1960
Δανία	1963
Γαλλία	1964
Γερμανία	1961
Ελλάδα	1953
Ιταλία	1962
Ολλανδία	1967
Ισπανία	1980
Σουηδία	1965
Ελβετία	1964
Μέσος όρος χρονολογίας στο σύνολο των χωρών	1964

Πηγή: Ίδια επεξεργασία δεδομένων Μελέτης ΕΥΓΣΕ

Ο μέσος όρος χρονολογίας μετανάστευσης στις χώρες υποδοχής είναι το έτος 1964, δηλαδή οι μετανάστες που συμμετείχαν στην έρευνα διαμένουν στη χώρα υποδοχής περίπου 50 χρόνια, κατά μέσο όρο.

Πιο αναλυτικά, ο μέσος όρος μετανάστευσης στη χώρα υποδοχής κυμαίνεται από το 1953 στην Ελλάδα, δηλαδή κατά μέσο όρο οι ερωτηθέντες μετανάστες διαμένουν στη χώρα υποδοχής περίπου 60 χρόνια, έως το 1980, όπου η χώρα υποδοχής είναι η Ισπανία, δηλαδή οι μετανάστες κατά μέσο όρο διαμένουν στην Ισπανία πάνω από 30 χρόνια.

Η απεικόνιση των δεδομένων του Πίνακα 3.5 πραγματοποιείται στο Διάγραμμα 3.5, που ακολουθεί.



Διάγραμμα 3.5 Κατανομή των ερωτηθέντων μεταναστών ανά μέσο όρο χρονολογίας μετανάστευσης

Εν συνεχεία, στον Πίνακα 3.6 μελετάμε το δείγμα των ερωτηθέντων μεταναστών αναφορικά με το εάν διαθέτουν ή όχι την ιθαγένεια της χώρας υποδοχής.

Συνολικά, παρατηρούμε ότι κατά μέσο όρο το 71,45% των ερωτηθέντων μεταναστών διαθέτει την ιθαγένεια της χώρας υποδοχής.

Πίνακας 3.6 Κατανομή των ερωτηθέντων μεταναστών ως προς το ποσοστό αυτών που διαθέτουν την ιθαγένεια της χώρας όπου διαμένουν

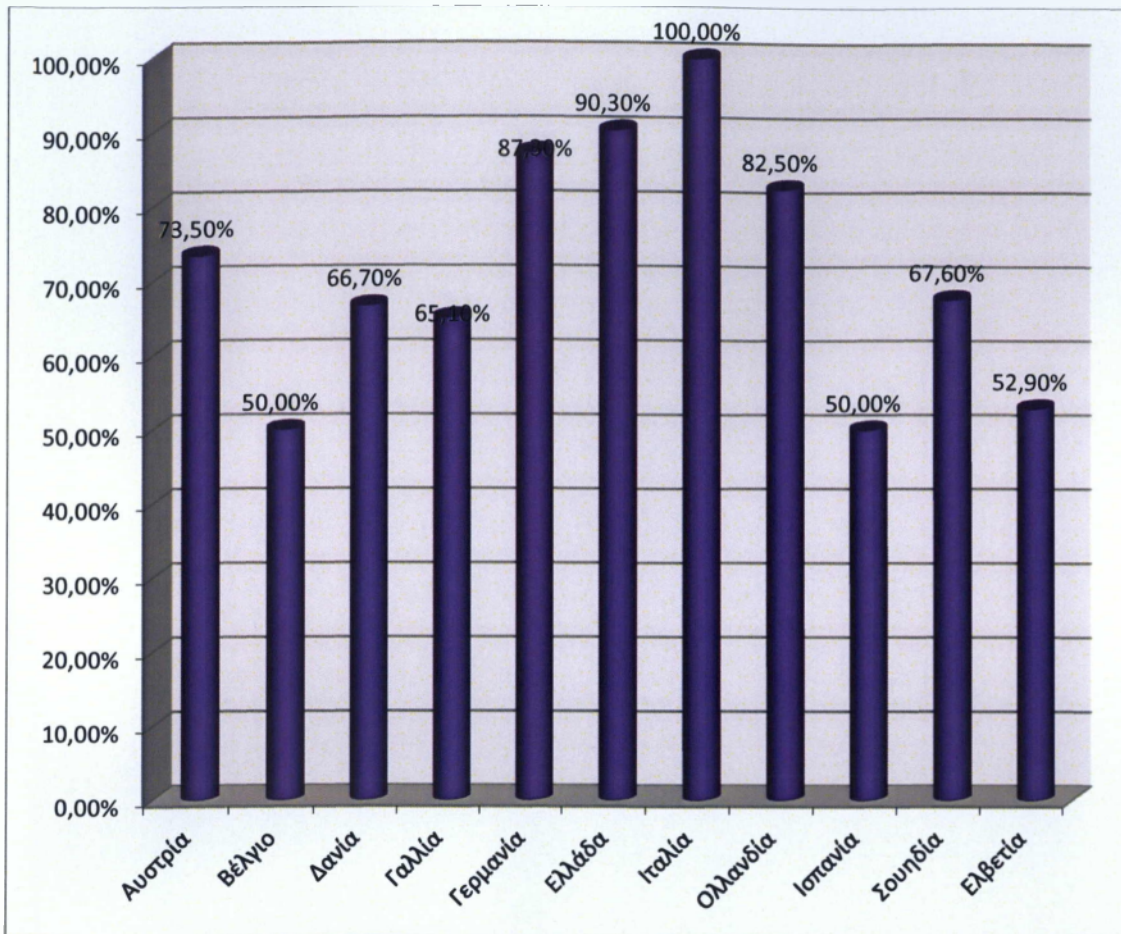
Χώρα	Ποσοστό των μεταναστών που διαθέτουν την ιθαγένεια της χώρας που διαμένουν
Αυστρία	73,50%
Βέλγιο	50,00%
Δανία	66,70%
Γαλλία	65,10%
Γερμανία	87,30%
Ελλάδα	90,30%
Ιταλία	100,00%
Ολλανδία	82,50%
Ισπανία	50,00%
Σουηδία	67,60%
Ελβετία	52,90%
Μέσος όρος	71,45%

Πηγή: Ίδια επεξεργασία δεδομένων Μελέτης ΕΥΓΣΕ

Πιο αναλυτικά, παρατηρούμε ότι το ποσοστό των ερωτηθέντων μεταναστών που διαθέτουν την ιθαγένεια της χώρας υποδοχής κυμαίνεται από 50%, που βρίσκεται στο Βέλγιο και την Ισπανία, έως και το 100% των μεταναστών, που διαμένει στην Ιταλία. Στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 90,30%.

Αξίζει να αναφερθεί το γεγονός ότι οι χώρες με το μικρότερο ποσοστό μεταναστών που διαθέτουν την ιθαγένεια της χώρα υποδοχής είναι το Βέλγιο, η Ισπανία και η Ελβετία (52,90%). Αντίθετα, οι χώρες με το μεγαλύτερο ποσοστό μεταναστών που διαθέτουν την ιθαγένεια της χώρα υποδοχής είναι η Ιταλία, η Ελλάδα, η Γερμανία (87,30%) και η Ολλανδία (82,50%).

Τα δεδομένα του Πίνακα 3.6 απεικονίζονται στο Διάγραμμα 3.6, που ακολουθεί.



Διάγραμμα 3.6 Κατανομή των ερωτηθέντων μεταναστών ως προς το ποσοστό αυτών που διαθέτουν την ιθαγένεια της χώρας που διαμένουν

Στη συνέχεια, διερευνούμε το δείγμα με βάση τη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών από τους γηγενείς και από τους μετανάστες, ανά χώρα υποδοχής. Πιο αναλυτικά, στον Πίνακα 3.7 καταγράφουμε τους μέσους όρους των επισκέψεων των ντόπιων και των μεταναστών σε παθολόγο τους τελευταίους 12 μήνες, στις ευρωπαϊκές χώρες που συμμετείχαν στη μελέτη.

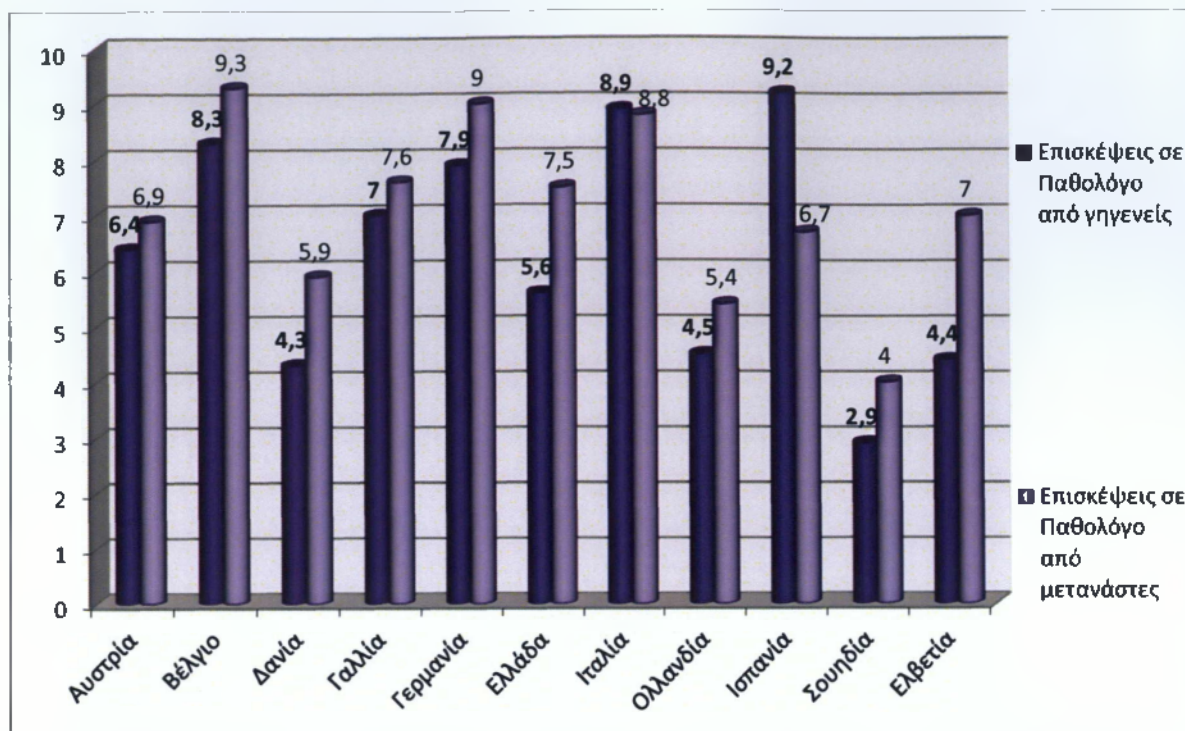
Πίνακας 3.7 Μέσος όρος επισκέψεων μεταναστών και γηγενών σε Παθολόγο, ανά χώρα

Χώρα	Επισκέψεις σε Παθολόγο	
	Γηγενείς	Μετανάστες
Αυστρία	6,4	6,9
Βέλγιο	8,3	9,3
Δανία	4,3	5,9
Γαλλία	7	7,6
Γερμανία	7,9	9
Ελλάδα	5,6	7,5
Ιταλία	8,9	8,8
Ολλανδία	4,5	5,4
Ισπανία	9,2	6,7
Σουηδία	2,9	4
Ελβετία	4,4	7
Σύνολο	6,5	7,4

Πηγή: Ίδια επεξεργασία δεδομένων Μελέτης ΕΥΓΣΕ

Παρατηρείται μία διαφοροποίηση στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, ανά χώρα. Για την ακρίβεια, ο χαμηλότερος μέσος όρος επισκέψεων σε παθολόγο είναι στη Σουηδία και αφορά τόσο στους γηγενείς (2,9) όσο και στους μετανάστες (4,0). Αντίθετα, ο μεγαλύτερος μέσος όρος επισκέψεων σε παθολόγο από τους γηγενείς είναι στην Ισπανία, με μέσο όρο επισκέψεων 9,2 και από τους μετανάστες στο Βέλγιο, με μέσο όρο επισκέψεων 9,3.

Στο Διάγραμμα 3.7 που ακολουθεί απεικονίζονται τα στοιχεία του Πίνακα 3.7, για καλύτερη κατανόηση των διαφορών που υπάρχουν στο μέσο όρο των επισκέψεων σε παθολόγο από γηγενείς και μετανάστες, ανά χώρα.



Διάγραμμα 3.7 Μέσος όρος επισκέψεων των μεταναστών και των γηγενών σε Παθολόγο ανά χώρα

Ο μέσος όρος επισκέψεων σε παθολόγο, για όλες τις χώρες της έρευνας συνολικά, είναι 6,5 φορές για τους γηγενείς και 7,4 φορές για τους μετανάστες. Παρατηρούμε, δηλαδή, μεγαλύτερη χρήση από τους μετανάστες των υπηρεσιών που παρέχονται από τους παθολόγους. Ωστόσο, η διαφορά αυτή δεν είναι μεγάλη.

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 3.8 καταγράφουμε τους μέσους όρους των επισκέψεων των ντόπιων και των μεταναστών σε Γενικό Ιατρό τους τελευταίους 12 μήνες, στις ευρωπαϊκές χώρες που συμμετείχαν στη μελέτη.

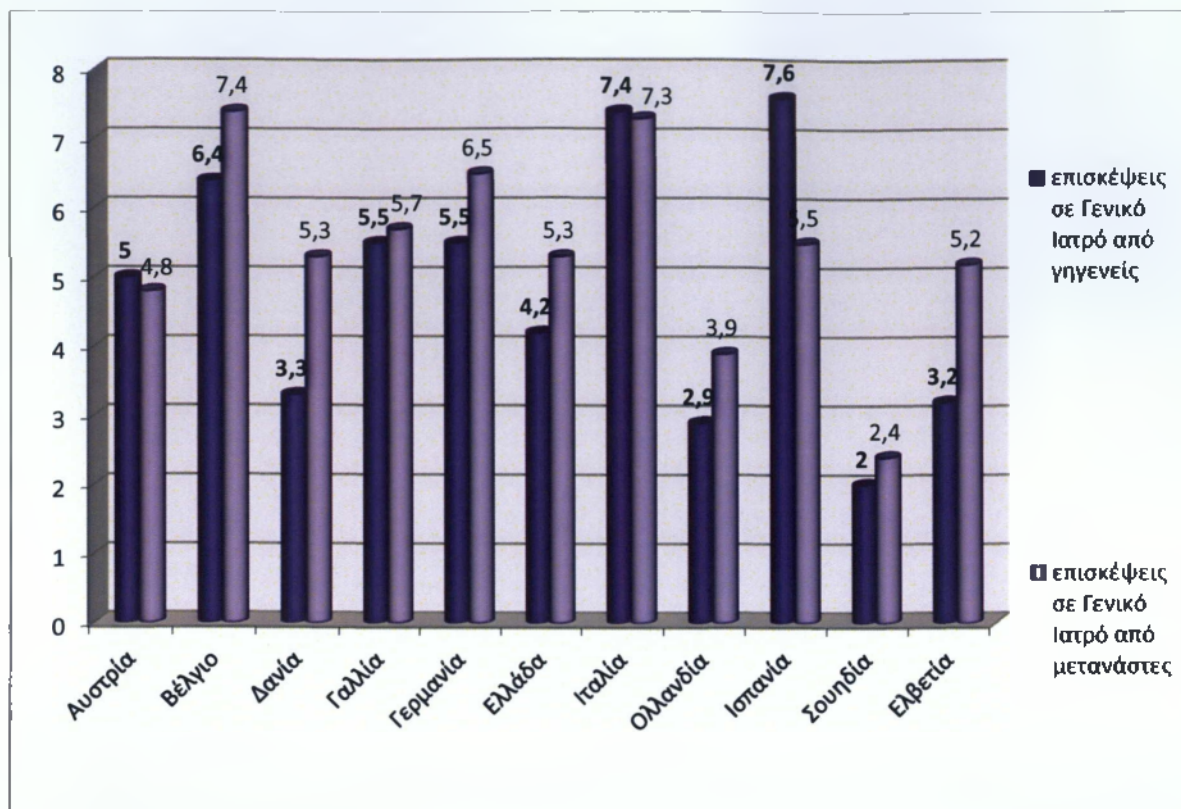
Πίνακας 3.8 Μέσος όρος επισκέψεων των μεταναστών και των γηγενών σε Γενικό Ιατρό, ανά χώρα

Χώρα	επισκέψεις σε Γενικό Ιατρό	
	Γηγενείς	Μετανάστες
Αυστρία	5	4,8
Βέλγιο	6,4	7,4
Δανία	3,3	5,3
Γαλλία	5,5	5,7
Γερμανία	5,5	6,5
Ελλάδα	4,2	5,3
Ιταλία	7,4	7,3
Ολλανδία	2,9	3,9
Ισπανία	7,6	5,5
Σουηδία	2	2,4
Ελβετία	3,2	5,2
Σύνολο	5	5,5

Πηγή: Ίδια επεξεργασία δεδομένων Μελέτης ΕΥΓΣΕ

Ο μικρότερος μέσος όρος επισκέψεων σε Γενικό Ιατρό είναι στη Σουηδία και αφορά τόσο στους γηγενείς, με μέσο όρο 2 επισκέψεις τους τελευταίους 12 μήνες και στους μετανάστες με 2,4 επισκέψεις. Αντίθετα, ο μεγαλύτερος μέσος όρος επισκέψεων σε Γενικό Ιατρό είναι στην Ισπανία για τους γηγενείς, με μέσο όρο 7,6 επισκέψεις το τελευταίο έτος και στο Βέλγιο για τους μετανάστες, με μέσο 7,4 επισκέψεις.

Στο Διάγραμμα 3.8 που ακολουθεί απεικονίζονται τα στοιχεία του Πίνακα 3.8, για καλύτερη κατανόηση των διαφορών που υπάρχουν στο μέσο όρο των επισκέψεων σε Γενικό Ιατρό από γηγενείς και μετανάστες, ανά χώρα.



Διάγραμμα 3.8 Μέσος όρος επισκέψεων των μεταναστών και των γηγενών σε Γενικό Ιατρό, ανά χώρα

Συνολικά, ο μέσος όρος επισκέψεων σε Γενικό Ιατρό για όλες τις χώρες της έρευνας είναι 5 φορές για τους γηγενείς και 5,5 φορές για τους μετανάστες. Παρατηρούμε, δηλαδή, μεγαλύτερη χρήση από τους μετανάστες των υπηρεσιών που παρέχονται από τους Γενικούς Ιατρούς. Ωστόσο, η διαφορά αυτή είναι μικρή.

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 3.9 καταγράφουμε τους μέσους όρους των επισκέψεων των ντόπιων και των μεταναστών στο νοσοκομείο τους τελευταίους 12 μήνες, στις ευρωπαϊκές χώρες που συμμετείχαν στη μελέτη.

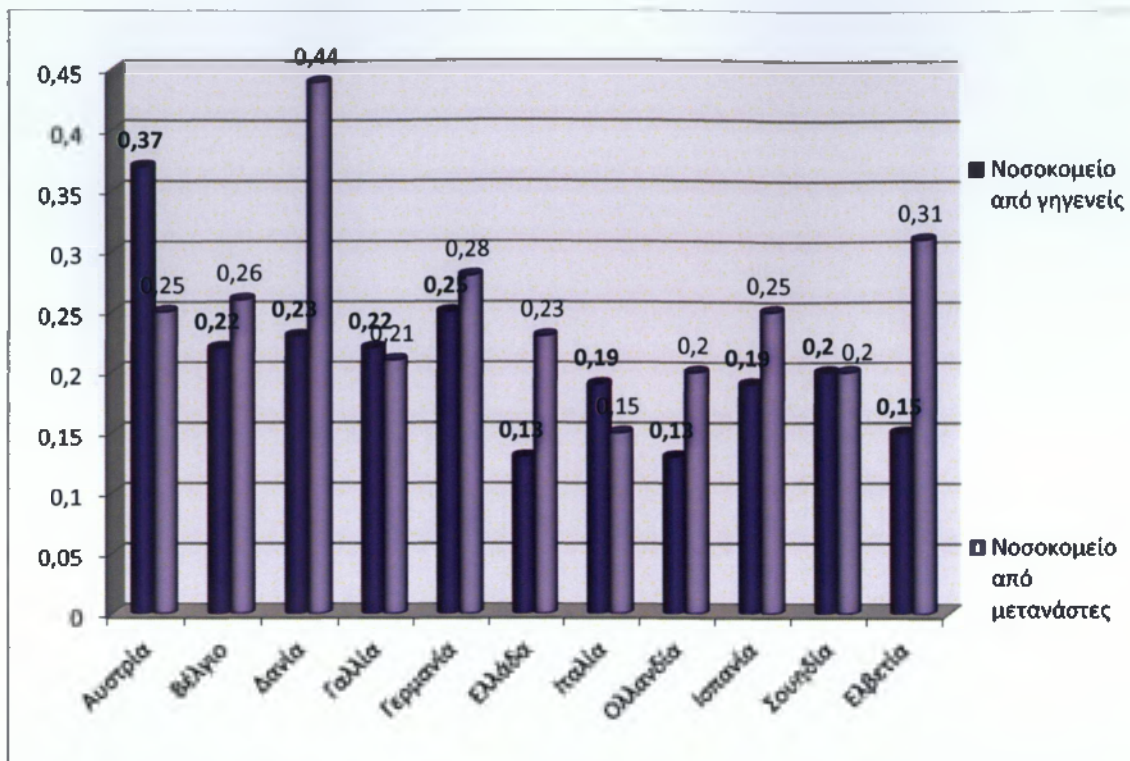
Πίνακας 3.9 Μέσος όρος επισκέψεων των μεταναστών και των γηγενών σε νοσοκομείο, ανά χώρα

Χώρα	Νοσοκομείο	
	Γηγενείς	Μετανάστες
Αυστρία	0,37	0,25
Βέλγιο	0,22	0,26
Δανία	0,23	0,44
Γαλλία	0,22	0,21
Γερμανία	0,25	0,28
Ελλάδα	0,13	0,23
Ιταλία	0,19	0,15
Ολλανδία	0,13	0,2
Ισπανία	0,19	0,25
Σουηδία	0,2	0,2
Ελβετία	0,15	0,31
Σύνολο	0,2	0,25

Πηγή: Ίδια επεξεργασία δεδομένων Μελέτης ΕΥΓΣΕ

Ο μικρότερος μέσος όρος επισκέψεων στο νοσοκομείο είναι στην Ελλάδα και την Ολλανδία, με μέσο όρο 0,13 επισκέψεις από τους γηγενείς και στην Ιταλία, με μέσο όρο 0,15 επισκέψεις από τους μετανάστες, τους τελευταίους 12 μήνες. Αντίθετα, ο μεγαλύτερος μέσος όρος επισκέψεων στο νοσοκομείο είναι στην Αυστρία για τους γηγενείς, με μέσο όρο 0,37 και στη Δανία για τους μετανάστες, με μέσο όρο 0,44 τους τελευταίους 12 μήνες.

Στο Διάγραμμα 3.9 που ακολουθεί απεικονίζονται τα στοιχεία του Πίνακα 3.9 για καλύτερη κατανόηση των διαφορών που υπάρχουν στο μέσο όρο των επισκέψεων στο νοσοκομείο από γηγενείς και μετανάστες, ανά χώρα.



Διάγραμμα 3.9 Μέσος όρος επισκέψεων των μεταναστών και των γηγενών σε νοσοκομείο, ανά χώρα

Συνολικά, ο μέσος όρος επισκέψεων στο νοσοκομείο για όλες τις χώρες της έρευνας είναι 0,2 φορές για τους γηγενείς και 0,25 φορές για τους μετανάστες. Παρατηρούμε, δηλαδή, μεγαλύτερη χρήση από τους μετανάστες των υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας, που παρέχονται από τα νοσοκομεία. Ωστόσο, η διαφορά αυτή είναι μικρή.

Συνολικά, παρατηρούμε ότι στις περισσότερες χώρες οι μετανάστες κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών που παρέχονται από τους παθολόγους, τους Γενικούς Ιατρούς και τα νοσοκομεία, σε σύγκριση με το γηγενή πληθυσμό. Εξαιρέση αποτελεί η Ιταλία, όπου ο γηγενής πληθυσμός κάνει κατά μέσο όρο μεγαλύτερη χρήση και των 3 τύπων ιατρικής περίθαλψης. Επίσης, στην Αυστρία και την Ισπανία οι γηγενείς κάνουν κατά μέσο όρο περισσότερες επισκέψεις σε παθολόγο, σε σύγκριση με τους μετανάστες.

Τέλος, παρατηρούμε ότι στην Αυστρία, τη Γαλλία και την Ιταλία, οι γηγενείς έχουν κατά μέσο όρο περισσότερες μέρες παραμονής στο νοσοκομείο, σε σύγκριση με τους μετανάστες. Η μεγαλύτερη διαφορά είναι στην Αυστρία με 0,37, για το γηγενή πληθυσμό και 0,25, για τους μετανάστες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΣΥΝΟΨΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Μελετήσαμε δείγμα πληθυσμού από 11 Ευρωπαϊκές χώρες ηλικίας 50 ετών και άνω, για να μελετήσουμε τη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες, σε σχέση με το γηγενή πληθυσμό. Το δείγμα μας αριθμούσε 27.444 άτομα και συμμετείχαν κατά 13,3% άτομα προερχόμενα από το Βέλγιο και 3,5% από την Ελβετία (υψηλότερο και χαμηλότερο ποσοστό αντίστοιχα, με μέσο ποσοστό συμμετοχής 9,1%), ενώ οι Έλληνες συμμετείχαν σε ποσοστό 9,7%.

Κατά μέσο όρο, προκύπτει ότι οι μετανάστες κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας σε σύγκριση με το γηγενή πληθυσμό σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, που συμμετείχαν στην έρευνα. Η μεγαλύτερη διαφορά στη χρήση υπηρεσιών υγείας εντοπίζεται στις επισκέψεις σε παθολόγο, όπου οι μετανάστες έχουν πραγματοποιήσει περισσότερες επισκέψεις σε παθολόγο, σε σχέση με το γηγενή πληθυσμό. Εξαιρέση αποτελεί η Ιταλία και η Ισπανία.

Επίσης, καταγράφεται μεγαλύτερη χρήση από τους μετανάστες των υπηρεσιών που παρέχονται από τους Γενικούς Ιατρούς. Ωστόσο, η διαφορά αυτή είναι μικρή. Εξαιρέση αποτελεί η Αυστρία, η Ιταλία και η Ισπανία. Στην τελευταία, η διαφορά είναι αξιοσημείωτη. Παράλληλα, σημειώνεται μεγαλύτερη χρήση από τους μετανάστες των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Ωστόσο, η διαφορά αυτή είναι μικρή. Εξαιρέση αποτελεί η Αυστρία, η Γαλλία και η Ιταλία, όπου οι γηγενείς έχουν κατά μέσο όρο περισσότερες μέρες παραμονής στο νοσοκομείο, σε σύγκριση με τους μετανάστες.

Επιπροσθέτως, στη Δανία, τη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ολλανδία, την Ελλάδα, τη Σουηδία και την Ελβετία, οι μετανάστες έχουν πραγματοποιήσει σημαντικά περισσότερες επισκέψεις σε κάποιο ιατρό, σε σύγκριση με μη μετανάστες. Αξίζει, επίσης, να σημειωθεί ότι η μεγαλύτερη διαφορά καταγράφεται στην Ελβετία, όπου οι μετανάστες κάνουν πολύ μεγαλύτερη χρήση και των 3 ειδών των ιατρικών υπηρεσιών, σε σύγκριση με τους γηγενείς. Μια ενδεχόμενη εξήγηση των διαφορών, που σημειώνονται στη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών, δύναται να είναι η έλλειψη πολιτισμικού υποβάθρου ή η έλλειψη ενός δυνατού κοινωνικού δικτύου.

Στην παρούσα μελέτη υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί. Παραδείγματος χάρη, ορισμένοι από τους μετανάστες που συμμετείχαν στην έρευνα ενδεχομένως να έχουν επιστρέψει στην πατρίδα τους, έχοντας αρρωστήσει στη χώρα διαμονής τους. Άλλος περιορισμός αποτελεί το γεγονός ότι στην Ελβετία η ανταπόκριση των ερωτηθέντων ήταν ιδιαίτερος χαμηλή, το οποίο ενδεχομένως να επηρεάζει τα δεδομένα συνολικά. Επιπρόσθετα, η χρονολογία μετανάστευσης ποικίλει από χώρα σε χώρα.

Προτείνεται μία νέα εκτεταμένη έρευνα, σε περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, όπου θα συμμετέχει ο ίδιος αριθμός ερωτηθέντων, τόσο γηγενών όσο και μεταναστών από κάθε χώρα, με την οποία θα διερευνάται και η σχέση ανάμεσα στην υγεία των μεταναστών και τη χώρα από την οποία προέρχονται.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Andersen, R. (1968). A behavioral Model of Families' Use of Health Services. *Research Series No. 25*. Chicago, IL: Center for Health Administration Studies, University of Chicago.
- Bischoff, A. (2003). *Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions*. Vienna: SMF Publishing.
- Boyle, S. (2001). *United Kingdom. Health System Review. Health Systems in Transition*, 13 (1): 2-486.
- Ingleby, D., Chiarenza, A., Devillé, W. & Kotsioni, I. (2012). *Inequalities in Healthcare for Migrants and Ethnic Minorities*. Antwerp: Garant.
- Freeman, R. (2000). *The politics of health in Europe*. Manchester: University of Manchester.
- Geddes, A. (2003). *The politics of migration and immigration in Europe*. London: Sage Publishing.
- Green, N.L. (2006). *Οι δρόμοι της μετανάστευσης. Σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Σαββάλας.
- Leduc, N. & Proulx, M. (January 2004). Patterns of health services utilization by recent immigrants. *Journal of Immigrant Health*, 6 (1): 15-21.
- Ma, X. G. (December 1999). Between two worlds. The use of traditional and western health services by Chinese immigrants. *Journal of Community Health*, 24 (6): 421-432.
- Magliveras, K. (2011). *Migration Law in Greece*. Hague: Kluwer Law International.
- McDonald, J.T. & Kennedy, S. (2004). Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Sciences & Medicine*, 59 (8): 1613-1627.
- Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J.P. & McKee, M. (April 2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe, *Lancet*, 6: 381-392.

- Reijneveld, S. A. (January 1998). Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52 (2): 298-304.
- Searle, W. & Ward, W. (September 1990). The prediction of psychological and sociocultural adjustment during cross-cultural transitions, *International Journal of Intercultural Relations*, 14: 449-464.
- Sole-Auro, A., Guillen, M. & Crimmins, E.M. (2009). *Health Care Utilization among immigrants and native born populations in 11 European countries. Results from the survey of health, ageing and retirement in Europe*. Barcelona: University of Barcelona.
- Wadsworth, J. (2012). *Musn't Grumble. Immigration, health and health service use in the UK and Germany*. London: University of London.
- Βλαχάδη, Μ. (2009). *Μετανάστευση, κοινωνικός αποκλεισμός και πολιτικές ένταξης στην Ελλάδα..* Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Γαλάνης, Π., Καϊτελίδου, Δ., Σουρτζή, Π., Μπελλάλη, Θ., Σίσκου, Ο., Τσαβαλιάς, Κ., Καραμήτρη, Ι. & Βελονάκης, Ε. (Μάρτιος 2012). Γνώση και χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα από μετανάστες, *Νοσηλευτική*, 51 (4): 421-429.
- Γερογιάννη, Γ. & Πλεξίδα, Α. (Μάιος 2008) Κουλτούρα και νοσηλευτική εκπαίδευση. Νέες προοπτικές και αναγκαιότητες στην ελληνική νοσηλευτική πραγματικότητα, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 7 (2): 113-120.
- Διεθνής Αμνηστία (2011). Η κατάσταση των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων στον κόσμο, *Ετήσια Έκθεση της Διεθνούς Αμνηστίας*. Αθήνα: Ελληνικό Τμήμα Διεθνούς Αμνηστίας.
- Διεθνής Ομοσπονδία Συλλόγων Ερυθρού Σταυρού (2009). *Πολιτική για την μετανάστευση*. Διαθέσιμο σε: <http://www.redcross.org.uk/>. Προσπελάστηκε στις 15.6.2013.

- Εθνική Επιτροπή Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (2007). *Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς Νόμιμα Έγγραφα Παραμονής*. Αθήνα. Διαθέσιμο σε: www.nchr.gr.
- Ζαρκάδας Γ. (2008). *Κοινωνική ενσωμάτωση μεταναστών και τοπική αυτοδιοίκηση*. Αθήνα: Δίκτυο Ελλήνων Αιρετών Αυτοδιοίκησης της Ευρώπης.
- Ζήση, Α. (Οκτώβριος 2006). Μετανάστευση και Ψυχική Υγεία. Ανασκόπηση εμπειρικών ευρημάτων, *Ψυχολογία*, 13 (3): 95-108.
- Καβουνίδη, Τ. (2003). *Έρευνα για την οικονομική και την κοινωνική ένταξη των μεταναστών*. Αθήνα: Παρατηρητήριο Απασχόλησης – Ερευνητική Πληροφορική.
- Καϊτελίδου Δ., Σίσκου Ο. & Λιαρόπουλος Λ. (2004). Η Χρήση των Υπηρεσιών Υγείας από Πρόσφυγες και Μετανάστες στην Ελλάδα. Στο Καλοκαιρινού Α., *Πανεπιστημιακές Παραδόσεις του μαθήματος Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών*. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Καλοκαιρινού, Γ., Κοδέλλα, Α. & Τολικά, Φ. (Μάρτιος 2003) Θεωρητικές προσεγγίσεις της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής. *Νοσηλευτική*, 42 (4): 451-56.
- Καψάλης, Α. & Λινάρδος-Ρυλμόν, Π. (2005). *Μεταναστευτική πολιτική και δικαιώματα των μεταναστών*. Αθήνα: ΙΝΕ-ΓΣΕΕ.
- Κοτσιώνη, Ι. (2011). *Διδακτορική εργασία: Πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Μανομενίδης, Γ. (Σεπτέμβριος 2009), Απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού για ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική προέλευση. *Νοσηλευτική*. 48 (4): 439-446.
- Μαράτου-Αλιπραντή, Λ. & Γκαζόν, Ε. (2005). *Μετανάστευση, Υγεία και Πρόνοια. Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης, προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
- Μαράτου-Αλιπραντή, Λ. (2007). *Η γυναικεία μετανάστευση στην Ελλάδα*. Αθήνα: ΚΕΘΙ.

- Μαστρογιάννη, Α. (2013). *Διπλωματική Εργασία: Μετανάστευση και ψυχική υγεία: μελέτη των ψυχικών διαταραχών και των αναγκών μεταναστών που απευθύνονται στις υπηρεσίες του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης*. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Μουσούρου, Α. (1991). *Μετανάστευση και μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη*. Αθήνα: Gutenberg.
- Ναζάκης, Χ. & Χλέτσος, Μ. (2003). *Μετανάστες και μετανάστευση. Οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές πτυχές*. Αθήνα: Πατάκης.
- Ντάλλα, Μ., Καραδήμας, Β. & Πράπας, Χ. (2004). Μετανάστευση και ψυχική υγεία σε μετανάστες από την Αλβανία και παλιννοστούντες από τη Σοβιετική Ένωση. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 87: 103-114.
- Πανταζή, Θ. (2001). *Διπλωματική εργασία: Χρήση υπηρεσιών υγείας αλλοδαπών ασθενών στο περιφερειακό γενικό νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός» το έτος 2000*. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.
- Παπαβασιλείου, Δ. (2005) *Διδακτορική διατριβή: Η ψυχική υγεία και η επίδραση της μετανάστευσης στην ελληνική πραγματικότητα*. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Παπαχρηστοπούλου, Β. (2001). *Διπλωματική εργασία: Χρήση υπηρεσιών υγείας από αλλοδαπούς ασθενείς στο νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκης το 2000-2001*. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.
- Πουλοπούλου-Εκμε, Μ. (2007). *Η μεταναστευτική πολιτική*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Χρυσάκης, Μ. (2010). Φτώχεια, αποστέρηση και ανισότητες στην υγεία. Προκλήσεις και προοπτικές. Στο ΕΚΚΕ, *Το κοινωνικό πορτρέτο της Ελλάδας*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Ερευνών.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΠΕΡΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ

Μετανάστης: Ως μετανάστης ορίζεται ο άνθρωπος, ο οποίος βρίσκεται μακριά από την πατρίδα του, δηλαδή τη χώρα στην οποία γεννήθηκε, για διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών (Green, 2006). Κατά κανόνα, οι μετανάστες εγκαταλείπουν τη χώρα της προέλευσής τους αναζητώντας καλύτερες συνθήκες διαβίωσης και επιθυμώντας να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους. Ωστόσο, οι λόγοι μετανάστευσης μπορεί να ποικίλουν, από την εξορία και την οικολογική μετανάστευση, έως την αναζήτηση ενός πιο αρεστού πολιτισμικού περιβάλλοντος ή περισσότερων ευκαιριών σπουδών (Πουλοπούλου-Έκμε, 2007). Ο Ερυθρός Σταυρός στο εγχειρίδιο του αναφέρει τον μετανάστη ως τον άνθρωπο που εγκαταλείπει με ή χωρίς τη θέλησή του την πατρίδα του, για να αναζητήσει αλλού νέες ευκαιρίες ή ασφαλέστερες και καλύτερες προοπτικές. Υπό αυτή την έννοια, ο όρος του «μετανάστη» περιλαμβάνει ακόμη τους αιτούντες ασύλου, τους πρόσφυγες, τα εκτοπισμένα άτομα, τους μετανάστες εργαζόμενους και τους ανέργους μετανάστες (Διεθνής Ομοσπονδία Συλλόγων Ερυθρού Σταυρού, 2009).

Πρόσφυγας: Ως πρόσφυγας ορίζεται ένα άτομο που εγκαταλείπει την πατρίδα του αναγκαστικά, επειδή κινδυνεύει η σωματική του υπόσταση ή θίγεται παράφορα η ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Το άτομο αυτό, λοιπόν, ζητά την προστασία ενός άλλου κράτους προκειμένου να διασφαλίσει την αξιοπρέπεια και την ακεραιότητά του. Πιο αναλυτικά ως πρόσφυγες νοούνται οι άνθρωποι που εγκαταλείπουν την πατρίδα τους επειδή βρίσκεται σε εμπόλεμη κατάσταση, επειδή δέχονται πολιτικές διώξεις για τις ιδεολογικές τους απόψεις, τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις ή τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό (Διεθνής Ομοσπονδία Συλλόγων Ερυθρού Σταυρού, 2009, Green, 2006).

Μεταναστευτική πολιτική: Η μεταναστευτική πολιτική αναφέρεται στη στάση που τηρεί ένα κράτος προς το ρεύμα των μεταναστών που επιδιώκουν να εισέλθουν και να εγκατασταθούν στο εσωτερικό της. Στην πραγματικότητα, η αντίληψη που επικρατεί σε μια χώρα για τους μετανάστες γίνεται εμφανής στο σχετικό νομοθετικό της πλαίσιο. Σήμερα, η Ευρώπη έχει οργανώσει μια γενικευμένη πολιτική μετανάστευσης τις βασικές διατάξεις της οποίας αποδέχονται και τηρούν όλες οι χώρες που αποτελούν μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η πολιτική αυτή ασχολείται με την καταπολέμηση της παράτυπης μετανάστευσης, τη διαχείριση του μεγέθους της μεταναστευτικής εισροής, τις στρατηγικές ένταξης των αλλοδαπών (Geddes, 2005).

Ένταξη: Ο όρος θεωρείται σήμερα ως ο πλέον κατάλληλος, αναφορικά με την ενσωμάτωση μιας μειονότητας στην ισχυρή πλειοψηφία, χωρίς ωστόσο να αναγκάζεται να εγκαταλείψει τα ιδιαίτερα πολιτισμικά της χαρακτηριστικά. Οι επιταγές της ένταξης προσδοκούν από την κοινωνική ολότητα να συμπεριλάβει την μειονότητα στην καθημερινότητά της, να την λάβει υπόψη στις διάφορες προβλέψεις της και να αναγνωρίσει τα δικαιώματά της, σε όλα τα πεδία της καθημερινής δραστηριότητας. Σε αντίθεση με την αφομοίωση, η ένταξη προωθεί το πρότυπο της αποδοχής και του σεβασμού των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του διαφορετικού άλλου και την ελευθερία της έκφρασης της πολιτισμικής, φυλετικής και θρησκευτικής διαφορετικότητας (Ζαρκάδας, 2008).

Διευκρινήσεις σχετικά με τους όρους 'ιθαγένεια', 'υπηκοότητα' και 'εθνικότητα' στην Ελλάδα:

«Ιθαγένεια» - «Υπηκοότητα»: Στην Ελληνική νομική γλώσσα δεν γίνεται διάκριση μεταξύ των δυο όρων, οι οποίοι στη χώρα μας έχουν ταυτόσημο περιεχόμενο, δηλώνοντας τον δημοσίου δικαίου νομικό δεσμό που συνδέει το άτομο με την πολιτεία στο λαό της οποίας ανήκει. Για τον λόγο αυτόν άλλωστε, όσοι έχουν την ιθαγένεια ενός κράτους ονομάζονται ημεδαποί και όσοι έχουν διαφορετική ή καμία ιθαγένεια ονομάζονται αλλοδαποί. Συνεπώς, η χρήση του όρου υπηκοότητα γίνεται παράλληλα προς τη χρήση του όρου ιθαγένεια.

«Εθνικότητα»: Είναι ουσιαστικά ιδιότητα και αποτελεί μη νομικό δεσμό ενός ατόμου με ένα έθνος. Για το λόγο αυτό, όσοι ανήκουν στο ίδιο έθνος ονομάζονται ομογενείς (ή ομοεθνείς), ενώ οι υπόλοιποι αλλογενείς (ή αλλοεθνείς).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β
ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ 343/2003 «ΔΟΥΒΛΙΝΟ 2»

Σύμφωνα με τον Κανονισμό 343 του Δουβλίνου, το έτος 2003, τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης οφείλουν να προσδιορίσουν το κράτος μέλος, που είναι υπεύθυνο για την εξέταση μιας αίτησης ασύλου, που υποβλήθηκε εντός της επικράτειάς τους, στη βάση αντικειμενικών και ιεραρχημένων κριτηρίων. Το σύστημα αποσκοπεί στην αποφυγή του φαινομένου της αναζήτησης του ευνοϊκότερου κράτους υποδοχής (asylum shopping) και, συγχρόνως, στην παροχή εγγύησης ότι η περίπτωση κάθε αιτούντος άσυλο, θα εξετάζεται από ένα και μόνο κράτος μέλος.

Αν η ανάλυση των κριτηρίων του κανονισμού υποδεικνύει ένα άλλο κράτος μέλος ως υπεύθυνο, από αυτό το τελευταίο ζητείται να «αναλάβει» τον αιτούντα άσυλο και κατά συνέπεια να εξετάσει το αίτημά του. Στην περίπτωση κατά την οποία το εν λόγω κράτος αναγνωρίσει την αρμοδιότητα του, το πρώτο κράτος μέλος οφείλει να εξασφαλίσει τη μεταφορά του αιτούντος άσυλο μέχρις αυτό.

Μια άλλη περίπτωση είναι εκείνη κατά την οποία, εάν ένα κράτος μέλος έχει ήδη εξετάσει ή έχει αρχίσει την εξέταση μιας αίτησης παροχής ασύλου, μπορεί να του ζητηθεί να «αναλάβει εκ νέου» τον αιτούντα άσυλο, που βρίσκεται σε άλλο κράτος μέλος, χωρίς να έχει λάβει την άδειά του για τούτο. Το κράτος μέλος που είναι υπεύθυνο και στο οποίο μεταφέρεται ο αιτών, θα πρέπει λοιπόν να ολοκληρώσει την εξέταση του αιτήματος.

Ιεράρχηση των κριτηρίων

Τα κριτήρια για τον προσδιορισμό του κράτους μέλους, που είναι υπεύθυνο, πρέπει να εφαρμόζονται σύμφωνα με τη σειρά παρουσιάσής τους στον κανονισμό. Θα εφαρμόζονται ανάλογα με την κατάσταση που επικρατεί, κατά τη στιγμή που ο αιτών το άσυλο υπέβαλε για πρώτη φορά την αίτησή του σε κράτος μέλος. Ο κανονισμός θεσπίζει τα ακόλουθα κριτήρια:

Κριτήρια, σχετικά με την αρχή της ενότητας των οικογενειών

Εάν ο αιτών άσυλο είναι ασυνόδευτος ανήλικος, υπεύθυνο για την εξέταση της αίτησής του είναι το κράτος μέλος, στο οποίο ευρίσκεται νομίμως ένα μέλος της οικογένειάς του, εφόσον αυτό είναι προς το μείζον συμφέρον του ανήλικου. Εάν δεν υπάρχει μέλος της οικογένειας, υπεύθυνο για την εξέταση της αίτησης είναι το κράτος μέλος, στο οποίο ο ανήλικος υπέβαλε την αίτησή του για άσυλο.

Εάν ένα μέλος της οικογένειας του αιτούντος έλαβε άδεια παραμονής σε κράτος μέλος ως πρόσφυγας, αυτό το κράτος μέλος θα είναι υπεύθυνο για την αίτηση ασύλου υπό τον όρο ότι το επιθυμεί ο ενδιαφερόμενος. Εάν ένα μέλος της οικογένειας του αιτούντος άσυλο έχει υποβάλει αίτηση σε κράτος μέλος, για την οποία δεν έχει ακόμη ληφθεί πρώτη απόφαση επί της ουσίας, αυτό το κράτος μέλος είναι υπεύθυνο για την εξέταση της αίτησης ασύλου, υπό τον όρο ότι το επιθυμεί ο ενδιαφερόμενος. Επιπλέον, ο κανονισμός προβλέπει κριτήριο σύμφωνα με το οποίο αιτήσεις ασύλου που υποβάλλονται ταυτόχρονα ή σε παραπλήσιες ημερομηνίες από πλείονα μέλη μιας οικογένειας εξετάζονται από κοινού.

Κριτήρια που σχετίζονται με την έκδοση αδειών διαμονής ή θεωρήσεων

Το κράτος μέλος που χορήγησε στον αιτούντα ισχύοντα τίτλο διαμονής ή έγκυρη θεώρηση θα είναι υπεύθυνο για την αίτηση ασύλου. Εάν ο αιτών είναι κάτοχος περισσότερων αδειών ή θεωρήσεων που εκδόθηκαν από διαφορετικά κράτη μέλη, υπεύθυνο για την εξέταση της αίτησης ασύλου θα είναι το κράτος που:

- χορήγησε το πιο μακροχρόνιο δικαίωμα διαμονής ή, σε περίπτωση ισότιμης διάρκειας ισχύος, εκείνο που εξέδωσε την άδεια με την απώτερη λήξη ισχύος. Ο ίδιος κανόνας θα εφαρμοστεί στην περίπτωση θεωρήσεων διαφορετικού χαρακτήρα:
- εξέδωσε τη θεώρηση που έχει την απώτερη λήξη ισχύος όταν οι θεωρήσεις είναι του ίδιου χαρακτήρα.

Οι ίδιοι κανόνες ισχύουν εάν ο αιτών άσυλο είναι κάτοχος ενός ή περισσότερων τίτλων διαμονής που έχουν λήξει για διάστημα μικρότερο από πριν από δύο έτη ή μίας ή περισσότερων θεωρήσεων που έχουν λήξει για διάστημα μικρότερο από πριν από έξι μήνες, αλλά εφόσον ο αιτών άσυλο δεν έχει εγκαταλείψει το έδαφος των κρατών μελών. Σε αυτές τις περιπτώσεις, υπεύθυνο είναι το κράτος μέλος στο οποίο υποβλήθηκε η αίτηση.

Κριτήρια, που σχετίζονται με παράνομη είσοδο ή διαμονή σε κράτος μέλος

Εάν ο αιτών διέβη παράνομα τα σύνορα ενός κράτους μέλους, αυτό το κράτος μέλος θα είναι υπεύθυνο να εξετάσει την αίτηση ασύλου. Η ευθύνη αυτή παύει να υφίσταται δώδεκα μήνες μετά την ημερομηνία κατά την οποία έλαβε χώρα η

παράνομη διάβαση των συνόρων. Όταν έχει καταδειχθεί ότι ο αιτών άσυλο διέμεινε σε κράτος μέλος για μία συνεχή περίοδο τουλάχιστον πέντε μηνών πριν υποβάλει την αίτησή του, το κράτος μέλος αυτό είναι υπεύθυνο για την εξέταση της αίτησης. Εάν ο αιτών άσυλο διέμεινε για διάστημα τουλάχιστον πέντε μηνών σε πλείονα κράτη μέλη, υπεύθυνο για την εξέταση της αίτησης ασύλου είναι το κράτος μέλος της τελευταίας διαμονής.

Κριτήρια που σχετίζονται με νόμιμη είσοδο σε κράτος μέλος

Εάν υποβάλλει αίτηση ασύλου υπήκοος τρίτης χώρας σε κράτος μέλος όπου αυτός δεν υπόκειται στην υποχρέωση θεώρησης, εκείνο το κράτος μέλος θα είναι υπεύθυνο για την εξέταση της αίτησης.

Αίτηση στο χώρο διεθνούς διέλευσης αερολιμένα

Εάν υπήκοος τρίτης χώρας υποβάλλει αίτηση ασύλου στο χώρο διεθνούς διέλευσης αερολιμένα κράτους μέλους, αυτό το κράτος μέλος είναι υπεύθυνο για την εξέταση της αίτησης.

Ο κανονισμός, εντέλει, προβλέπει επίσης «πρόσθετα κριτήρια» εάν δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί το κράτος μέλος το οποίο είναι υπεύθυνο για την εξέταση της αίτησης ασύλου βάσει των κριτηρίων που απαριθμούνται. Σε τέτοιες περιπτώσεις, υπεύθυνο για την εξέταση της αίτησης είναι το πρώτο κράτος μέλος στο οποίο υποβλήθηκε η αίτηση ασύλου»⁷.

⁷ Πύλη Ευρωπαϊκής Ένωσης, «Κανονισμός Δουβλίνο II», www.europa.eu.