ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ Τεύχος 112 Δεκέμβριος 2004

ΙΝΕ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ - ΑΔΕΔΥ

ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟΣ ΝΟΜΟΣ: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΣΕΕ



◆ Αναπτυξιακός νόμος: νέες επιδοτήσεις χωρίς το "εμπόδιο" των θέσεων εργασίας
◆ Το μέλλον της Κοινωνικής Ευρώπης ◆ Μετανάστες υγεία και κοινωνικός αποκλεισμός
◆ Δραστηριότητες ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ

Τεύχος 112, Δεκέμβριος 2004

ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Εδώ και μια δεκαετία περίπου στην ελληνική οικονομία σημειώνεται μια εντυπωσιακή αύξηση των επενδύσεων σε μηχανολογικό εξοπλισμό πολύ πάνω από το μέσο ευρωπαϊκό όρο. Παράλληλα κατά την ίδια περίοδο συνεχίστηκε η αύξηση της κερδοφορίας των επιχειρήσεων. Οι εξελίξεις όμως αυτές δεν οδήγησαν ούτε σε ανάλογη αύξηση της ανταγωνιστικότητας, ούτε σε ταχύτερη αύξηση της απασχόλησης. Η ΓΣΕΕ θεωρεί ότι στην οικονομική δραστηριότητα η ανταγωνιστικότητα έχει άμεση σχέση με τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του προϊόντος και της παραγωγικής διαδικασίας, και όχι τόσο με το ύψος της επένδυσης. Με την ευκαιρία της κατάθεσης του αναπτυξιακού νόμου η ΓΣΕΕ κατέθεσε τις προτάσεις της θεωρώντας ότι η γενικευμένη αύξηση των επενδυτικών κινήτρων δεν αποτελεί μονόδρομο για την ελληνική οικονομία. Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ σε αυτό το τεύχος παρουσιάζει τη θέση της ΓΣΕΕ για το νέο αναπτυξιακό νόμο καθώς επίσης και άρθρο με θέμα κοινωνικός αποκλεισμός μετανάστες και υγεία. Επίσης παρουσιάζει άρθρο με θέμα το μέλλον της Κοινωνικής Ευρώπης. Τέλος, η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ παρουσιάζει τις δραστηριότητες του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ το τελευταίο διάστημα.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ • ΜΗΝΙΑΙΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΟΥ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ

ΕΚΔΟΤΗΣ: Χρήστος Πολυζωγόπουλος • **ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:** ΤΟ Δ.Σ. ΤΟΥ ΙΝΕ, *Πρόεδρος:* Χρήστος Πολυζωγόπουλος, *Αναπληρωτής Πρόεδρος:* Α. Αποστολόπουλος, *Αντιπρόεδρος:* Π. Βούτος, Δ. Στρατούλης, Γ. Ποντικός, *Γρ. Οικονομικού:* Κ. Πουπάκης, *Διευθύνων Σύμβουλος:* Φ. Φατούρος, *Μέλη:* Α. Βλάχος, Π. Γρατσάνης, Στ. Κουτσιούμπελης, Ν. Τσιούνης, Α. Μητρόπουλος, Γ. Ντάσης, Δ. Παρλαβάντζας, Λ. Τέσκος • **ΓΡΑΦΕΙΑ:** Εμμ. Μπενάκη 71Α, Αθήνα 106 81, Τηλ: 210 3327710, 210 3327726, Fax: 210 3304452 • **ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:** www.inegsee.gr • **ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΕΛΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗ:** ΚΑΜΠΥΛΗ, Αντιγόνης 60, Τηλ: 210 5156820, Fax: 210 5156811

ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟΣ ΝΟΜΟΣ: ΝΕΕΣ ΕΠΙΔΟΤΗΣΕΙΣ ΧΩΡΙΣ ΤΟ "ΕΜΠΟΔΙΟ" ΤΩΝ ΘΕΣΕΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Του Π. Λινάρδου-Ρυλμόν

Η κατάργηση της σύνδεσης του ύψους της επιδότησης με τον αριθμό των θέσεων εργασίας που δημιουργούνται από την επένδυση, αποτελεί την κύρια "καινοτομία" του σχεδίου νόμου για τα επενδυτικά κίνητρα. Από την άλλη μεριά δεν θεμελιώνεται με κανένα τρόπο η ανάγκη μιας τέτοιας αλλαγής σε σχέση με τον προηγούμενο νόμο. Γενικότερα, δεν βασίζονται οι ρυθμίσεις του προτεινόμενου αναπτυξιακού νόμου σε συσχέτιση της πολιτικής κινήτρων προς τις ιδιωτικές επιχειρήσεις με τις άλλες πολιτικές που επηρεάζουν την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας και την απασχόληση, οι οποίες υλοποιούνται από τα επιχειρησιακά προγράμματα του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, για την απασχόληση, για την ανταγωνιστικότητα, για την κοινωνία της πληροφορίας, αλλά και για την ανάπτυξη της κάθε περιφέρειας της χώρας.

Το γεγονός οτι δεν αξιολογούνται και επομένως δεν συνδυάζονται οι διάφορες πολιτικές μεταφοράς πόρων προς τις επιχειρήσεις, έχει σαν ορατό αποτέλεσμα τη στασιμότητα της ανταγωνιστικότητας και της απασχόλησης, την ίδια στιγμή που οι επενδύσεις και η κερδοφορία αυξάνονται για να φθάσουν τα ιστορικά ρεκόρ της μεταπολεμικής οικονομίας. Σε αυτές τις συνθήκες όχι μόνο δεν αποδεικνύεται η αναγκαιότητα για αυξημένες επιδοτήσεις, αλλά βάσιμα μπορούμε να συμπεράνουμε οτι οι επιχορηγήσεις χρησιμεύουν σε μεγάλο βαθμό για την κάλυψη του κόστους μη αποδοτικών δραστηριοτήτων.

Σχετικά με την περιφερειακή ανάπτυξη οι προτάσεις του σχεδίου νόμου επαναλαμβάνουν την προσέγγιση που διαμορφώθηκε την εποχή που το ελληνικό κράτος χρηγσιμοποίησε για πρώτη φορά την πολιτική των κινήτρων. Το να ισχυρίζεται όμως κανείς σήμερα οτι η ανάπτυξη στην περιφέρεια είναι συνάρτηση του ύψους της επιδότησης των ιδιωτικών επενδύσεων, σημαίνει οτι παραβλέπονται τα σύνθετα ποιοτικά ζητήματα που είναι γνωστά σε κάθε περιοχή. Μόνο με την ενεργοποίηση των τοπικών κοινωνιών και με την ανταπόκριση των κρατικών υπηρεσιών μπορεί να αποφασιστούν προτεραιότητες για την κάθε περιφέρεια όπως και οι στόχοι και τα μεγέθη των επιχορηγήσεων.

Οι συντάκτες του σχεδίου νόμου δεν καταργούν μόνο τη σύνδεση επιδότησης και θέσεων εργασίας, αλλά δεν φαίνεται να λαμβάνουν υπόψη οτι κατά την σημερινή περίοδο που χαρακτηρίζεται από την εισαγωγή καινοτομιών τόσο στην τεχνολογία, όσο και στην οργάνωση των επιχειρήσεων, η δημιουργία θέσεων εργασίας για ειδικευμένους εργαζόμενους, αποτελεί μια σημα-

ντική δαπάνη -ιδιαίτερα για τις ΜΜΕ - που δεν συνδέεται πάντοτε με την πραγματοποίηση επενδύσεων σε πάγια κεφάλαια. Η υποστήριξη τέτοιων πρωτοβουλιών και των σχετικών δαπανών αποτελεί όμως ένα κορυφαίο ζήτημα της αναπτυξιακής πολιτικής.

1) Τα ερωτήματα σχετικά με την πολιτική κινήτρων

Όπως είχαμε επισημάνει στην ετήσια έκθεση (2004) του ΙΝΕ για την οικονομία και την απασχόληση, οι επενδύσεις σε μηχανολογικό εξοπλισμό αυξήθηκαν στην Ελλάδα (σε σταθερές τιμές) στο διάστημα 1996-2004, κατά 13,2% ετησίως, όταν στην Ευρώπη των 15 η ετήσια αύξηση ήταν 4%, και στην Ιρλανδία η ίδια αύξηση ήταν 6,3%. Παράλληλα, κατά την ίδια περίοδο συνεχίστηκε η αύξηση της κερδοφορίας των επιχειρήσεων που χαρακτηρίζει τη δεκαετία του 90. Αλλά κατά την ιδια χρονική περίοδο ο λόγος εξαγωγών-εισαγωγών με την Ευρώπη των 15 μειώθηκε στο μισό. Τα κρίσιμα ερωτήματα που πρέπει επομένως να θέσει η κρατική πολιτική είναι τα εξής:

- Γιατί δεν οδήγησαν αυτοί οι εντυπωσιακοί ρυθμοί αύξησης των παραγωγικών επενδύσεων σε ανάλογους ρυθμούς αύξησης της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας;

- Γιατί δεν οδήγησαν οι πραγματοποιούμενες επενδύσεις και η αυξανόμενη κερδοφορία σε ταχύτερη αύξηση της απασχόλησης που θα μπορούσε να βασιστεί στην αυξανόμενη εξωστρέφεια της οικονομίας, ιδιαίτερα προς την κατεύθυνση της ευρωπαϊκής αγοράς;

- Γιατί σε αυτές τις συνθήκες η γενικευμένη αύξηση των επενδυτικών κινήτρων θεωρείται μονόδρομος;



Μπορούμε να κάνουμε τις εξής διαπιστώσεις:

Η πραγματοποίηση σημαντικών επενδύσεων στον παραγωγικό τομέα δεν ευνόησε την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας επειδή δεν πραγματοποιήθηκαν παράλληλα, και σε μεγάλη κλίμακα, οι καινοτομίες στα προϊόντα, τη τεχνολογία και τις μεθόδους παραγωγής οι οποίες μπορούν να στηρίξουν τη ριζική βελτίωση της ανταγωνιστικής θέσης της οικονομίας. Παρά την "επενδυτική άνοιξη" υπάρχει ένας συντηρητισμός στον τρόπο οργάνωσης της παραγωγής και λήψης στρατηγικών αποφάσεων, που ευθύνεται για την υστέρηση της ελληνικής ανταγωνιστικότητας.

Ακόμη και η σημαντική αύξηση της παραγωγικότητας της εργασίας οφείλεται εν μέρει σε μια κυκλική συνιστώσα, στο γεγονός δηλαδή οτι σε περίοδο μεγέθυνση της οικονομίας, η μεγαλύτερη αξιοποίηση του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού οδηγεί σε ταχύτερη αύξηση της παραγωγικότητας από αυτήν που οφείλεται στον τεχνολογικό και οργανωτικό εκσυγχρονισμό.

2) Ποιούς αφορά ο αναπτυξιακός νόμος

Σύμφωνα με εκτιμήσεις που αφορούν τον ισχύοντα αναπτυξιακό νόμο, οι εγκρίσεις μιας πενταετίας προβλεπόταν να δημιουργήσουν 20.800 νέες θέσεις εργασίας. Ο αριθμός αυτός είναι μικρός αν διαπιστωθεί οτι κατά την ίδια περίοδο η οικονομία δημιουργούσε 218.000 νέες θέσεις εργασίας και η μεταποίηση 124.000 νέες θέσεις.

Για την ίδια πενταετία οι εγκεκριμένες επενδύσεις στη μεταποίηση έφθαναν τα 1,9 δισ. Ευρώ, ενώ οι επενδύσεις που έγιναν στη μεταποίηση την ίδια περίοδο έφθαναν τα 12,5 δισ. Ευρώ.

Ο αναπτυξιακός νόμος αφορά επομένως ενα μικρό αριθμό επιχειρήσεων, και αφήνει εκτός της εμβέλειάς του το μεγαλύτερο αριθμό των μικρομεσαίων επιχειρήσεων σε όλους τους τομείς της οικονομίας. Η αύξηση επομένως του ύψους της κρατικής επιδότησης, που φαινομενικά ευνοεί τις επιχειρήσεις και την πραγματοποίηση επενδύσεων, έχει διαφορετικά αποτελέσματα:

- Επειδή το συνολό ποσό που αφιερώνεται στις επιδοτήσεις δεν αυξάνεται, μειώνεται ο αριθμός των επιχειρήσεων που επωφελούνται,
- Επίσης εμποδίζεται έτσι η αύξηση των πόρων που αφιερώνονται σε υποστήριξη των ποιοτικών χαρακτηριστικών των επιχειρήσεων, οι οποίοι μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες πολλών περισσοτέρων μικρών και μεσαίων.



3) Τι χρειάζεται η αύξηση της ανταγωνιστικότητας;

Χρειάζεται να γίνει κατανοητό οτι έχουμε περάσει από την εποχή της έντασης κεφαλαίου στην εποχή της έντασης γνώσης. Ανήκει πλέον στο παρελθόν η περίοδο που η κρίσιμη επιλογή για τις επιχειρήσεις αφορούσε τον κεφαλαιουχικό εξοπλισμό, που έφερνε μαζί του τη νέα τεχνολογία.

Σήμερα μαζί με το νέο εξοπλισμό πρέπει να βρεθεί νέα γνώση και σε σχέση με τις νέες αγορές, τα νέα προϊόντα, την ποιότητα των προϊόντων, τις νέες μεθόδους οργάνωσης, και πρέπει να υπάρχουν κατάλληλα εκπαιδευμένοι εργαζόμενοι και κατάλληλα ενημερωμένοι επιχειρηματίες.

Σε πολλές δραστηριότητες όλων των τομέων της οικονομίας, τα ανυπέρβλητα εμπόδια που συναντάει η ανταγωνιστικότητα, έχουν άμεση σχέση με ποιοτικά χαρακτηριστικά του προϊόντος και της παραγωγικής διδικασίας και όχι με το ύψος της επένδυσης.

4) Τα προβλήματα του σχεδίου νόμου

Η επεξεργασία του σχεδίου νόμου επαναλαμβάνει δύο σοβαρά λάθη: πρώτον, δεν στηρίζει τις νέες προτάσεις σε μια αξιολόγηση των επιπτώσεων που είχαν οι προηγούμενοι νόμοι και δεύτερον, δεν

αντιμετωπίζει την πολιτική κινήτρων στο πλαίσιο του συνόλου των πολιτικών που επηρεάζουν την επιχειρηματικότητα.

- Η κατάργηση της σύνδεσης του ύψους της επιχορήγησης με τις θέσεις εργασίας, δεν αιτιολογείται με κανένα τρόπο. Γνωρίζουμε όμως οτι η σύνδεση αυτή δεν είχε αρνητικές επιπτώσεις σε οτι αφορά το ύψος των επενδύσεων κατά την υλοποίηση του 2601/1998.

- Το σύστημα των επενδυτικών κινήτρων δεν συνδέεται με τα κίνητρα για την κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού, ή με άλλες πολιτικές στήριξης του εκσυγχρονισμού των επιχειρήσεων.

- Χρηματοδοτούνται δραστηριότητες έρευνας και ανάπτυξης σε ιδιωτικά εργαστήρια χωρίς να λαμβάνεται υπόψιν οτι πολλές από αυτές τις δραστηριότητες είναι ήδη το αντικείμενο της λειτουργίας υπαρκτών ερευνητικών κέντρων.

- Ενισχύονται τα επενδυτικά κίνητρα για την περιφέρεια χωρίς να λαμβάνεται υπόψιν το γεγονός οτι η επενδυτική καθυστέρηση σε αυτές τις περιοχές είναι συνάρτηση ενός συνόλου ελλείψεων υποδομής και δομών στήριξης των επιχειρήσεων και όχι απλώς του ύψους των απαιτούμενων επενδύσεων.

- Το σχέδιο νόμου δεν περιέχει μια αναπτυξιακή στρατηγική, ούτε περιλαμβάνει αναπτυξιακούς στόχους.

5) Οι προτάσεις της ΓΣΕΕ

Από την πλευρά της ΓΣΕΕ έγιναν οι εξής προτάσεις:

Α. Να πραγματοποιηθεί για την ολοκλήρωση της επεξεργασίας του Σχεδίου Νόμου μια Αξιολόγηση των Επιπτώσεων (Impact Assessment), σχετικά την ανταγωνιστικότητα και την απασχόληση.

Β. Να προσδιοριστεί με σαφήνεια ο συντονισμός του Αναπτυξιακού Νόμου με τις πολιτικές που αφορούν την κατάρτιση και τις πολιτικές απασχόλησης, τη στήριξη των ΜΜΕ, το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Ανταγωνιστικότητα, το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Κοινωνία της Πληροφορίας και τα Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα. Να αντιμετωπιστούν ειδικότερα οι αλλαγές που θα προκύψουν κατά την επεξεργασία των Επιχειρησιακών Προγραμμάτων που θα περιληφθούν στο Δ' ΚΠΣ.

Γ. Να καθοριστούν σε επίπεδο περιφερειώ, από τις περιφερειακές αρχές και τους αντιπροσωπευτικούς φορείς, οι προτεραιότητες που αφορούν την επιχορήγηση επενδύσεων, σχετικά με τους επιλεγόμενους κλάδους, το ύψος της δαπάνης ανά περιφέρεια, και το ύψος της επιχορήγησης ανά επένδυση.

Δ. Να επιδοτούνται σε επίπεδο επιχειρήσεων, νέων ή παλαιών, οι προσλήψεις ειδικευμένου προσωπικού για τη δημιουργία τμημάτων, διευθύνσεων ή ομάδων εργαζομένων, που συμβάλουν στην υιοθέτηση καινοτομιών και στην αναβάθμιση της ανταγωνιστικότητας. Σε δραστηριότητες όπως η Έρευνα και Ανάπτυξη, ο Ποιοτικός Έλεγχος, η Ολοκληρωμένη Διαχείριση Καλλιεργειών και ο Προγραμματισμός Βιολογικών Καλλιεργειών, το Μάρκετινγκ και η Εφοδιαστική.

Ε. Να καταργηθεί κάθε μορφή δημόσιας επιδότησης επενδύσεων στο εξωτερικό.

ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ: Η ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΟΥ ΡΟΤΕΡΝΤΑΜ

Του Γ. Ρωμανιά

Στη διάρκεια του 2ήμερου 8-9 Νοέμβρη 2004, πραγματοποιήθηκε στο Ρότερνταμ, σε συνεργασία της ολλανδικής Προεδρίας με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, ειδική συνάντηση, με θέμα την κοινωνική Ευρώπη και τη χάραξη της ευρωπαϊκής κοινωνικής πολιτικής για την περίοδο 2006-2010.

Στη συνάντηση αυτή έλαβαν μέρος, εκτός από αντιπροσώπους των κοινωνικών οργανώσεων των 25 κρατών μελών, αρκετοί Επίτροποι και άλλα υψηλόβαθμα στελέχη της Ε. Επιτροπής, Υπουργοί αλλά και αρχηγοί κρατών (η Πρόεδρος της δημοκρατίας της Φινλανδίας έκανε μια πολύ ενδιαφέρουσα εισήγηση). Είχα την ευχαρίστηση να προσκληθώ και να παραστώ στη συνάντηση και να μοιραστώ τους προβληματισμούς που αναπτύχθηκαν στη διήμερη διάρκεια των εργασιών της.

Έχω την αίσθηση, ότι, η Ευρώπη δέθηκε, πολύ σφιχτά, στο άρμα της στρατηγικής της Λισσαβόνας και προσαρμόζει τα πάντα στην πορεία αυτού του άρματος. Στο Ρότερνταμ καταδείχθηκε, ότι, η κοινωνική Ευρώπη δεν έχει πλέον, αυτόνομη ύπαρξη. Συνυπάρχει ως αδιαίρετη ενότητα με την οικονομική Ευρώπη. Δεν συνυπάρχει, όμως, ισοδυνάμως αλλά με σχέση ιεραρχικής εξάρτησης.

Η στρατηγική της Λισσαβόνας έχει τρεις διαστάσεις αλληλοσχετιζόμενες και αλληλοεπηρεαζόμενες:

- Την οικονομική που αποτιμάται σε όρους οικονομικής μεγέθυνσης,
- Την κοινωνική που οδηγεί στην κοινωνική συνοχή και αλληλεγγύη και
- Την περιβαλλοντική που μετράται σε όρους ποιότητας ζωής.

Οι κοινωνικές συνέπειες της στρατηγικής της Λισσαβόνας συναρτώνται με την οικονομική της διάσταση: εάν επιτύχουμε υψηλούς ρυθμούς οικονομικής μεγέθυνσης, μπορούμε πράγματι, να προσεγγίσουμε και αντίστοιχα υψηλά επίπεδα κοινωνικής προστασίας. Η άποψη αυτή, δηλαδή εισάγει ένα είδος ιεραρχικής κατάταξης, ανάμεσα στην οικονομική και την κοινωνική ανάπτυξη. Η προτεραιότητα ανήκει στην οικονομική διάσταση, ενώ η κοινωνική προστασία ακολουθεί.

Όταν μιλούμε για το παραδοσιακό ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο, ασφαλώς, εννοούμε κάτι διαφορετικό. Εννοούμε, δηλαδή ότι, το (κοινωνικό) κράτος αποτελεί το βραχίονα στήριξης όσων μελών της κοινωνίας αντιμετωπίζουν προβλήματα στέρησης, ένδειας η περιθωριοποίησης. Η έννοια του κοινωνικού κράτους αλλάζει με τη στρατηγική της Λισσαβόνας. Συστατικό στοιχείο της νέας αντίληψης δεν είναι, πλέον, η κρατική παρέμβαση και στήριξη των ασθενέστερων μελών της κοινωνίας. Το νέο ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο διαφέρει, πλήρως, από ότι έχουμε συνηθίσει, μέχρι σήμερα, να αποκαλούμε κοινωνικό κράτος. Το σημείο κλειδί της κρατικής παρέμβασης εξαφα-



νίζεται. Νέο κυρίαρχο στοιχείο του ευρωπαϊκού κοινωνικού κράτους αναδεικνύεται η οικονομική μεγέθυνση που προϋποθέτει και στηρίζεται στη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας. Ομολογώ, ότι, μια παρόμοια άποψη δεν μου είναι εύπεπτη. Είναι, πράγματι, πολύ δύσκολο να συλλάβει κανείς τον οικονομικό στόχο της βελτίωσης της ανταγωνιστικότητας, ως θεμέλιο της κοινωνικής προστασίας. Ασφαλώς, η βελτίωση της οικονομίας παρέχει αυξημένες δυνατότητες βελτίωσης και του επιπέδου της κοινωνικής προστασίας. Οι δυνατότητες, βέβαια, αυτές μπορεί να αποδειχθούν θεωρητικές, αφού το πρόβλημα της διανομής του παραγόμενου πλούτου, είναι, τελικώς, θέμα συσχετισμού των οικονομικών και κοινωνικών δυνάμεων. Σε κάθε περίπτωση, η κοινωνική διάσταση δεν μπορεί να τίθεται σε δεύτερη μοίρα και να εξαρτάται, απολύτως, από την οικονομική μεγέθυνση: η άποψη, ότι, όταν δεν υπάρχει οικονομική μεγέθυνση, μηδενίζεται η κοινωνική προστασία δεν γίνεται αποδεκτή. Αντιθέτως, η κοινωνική διάσταση είναι ισότιμη με την οικονομική και συνυπάρχει ασχέτως ύψους της οικονομικής ανάπτυξης.

Επισημαίνεται, ότι, αυτή η απόλυτη σύνδεση της κοινωνικής με την οικονομική διάσταση και η υποταγή της πρώτης στη δεύτερη, αποτέλεσε αντικείμενο έντονης κριτικής από πολλούς ομιλητές στη διάρκεια της συνάντησης.

Σημαντική, υπήρξε η σχετική παρατήρηση του Υπουργού Απασχόλησης της Γαλλίας Gerald Larcher, ότι «το νέο ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο δεν είναι αυτόνομο αλλά εμπνέεται από την οικονομία, ώστε να ανακύπτει σαφέστατα το ερώτημα πως θα μπορέσουμε να εμπνεύσουμε εμπιστοσύνη προς το μοντέλο αυτό;»

Πρέπει, όμως, να επισημανθεί, επίσης, ότι στην Έκθεση της Ομάδας Υψηλού Επιπέδου (γνωστής ως Επιτροπή Wim Kok) για την ενδιάμεση αξιολόγηση της πορείας που έχει προδιαγράψει η στρατηγική της Λισσαβόνας, τονίζεται, ότι «κινούσα δύναμη πίσω από την κοινωνική πολιτική είναι και θα παραμείνει η οικονομική ανάπτυξη» και ότι «πρέπει να καταβληθεί μεγάλη προσπάθεια για τη βελτίωση των ρυθμών της οικονομικής μεγέθυνσης».

Η συνάντηση εξελίχθηκε σε αναλυτικές προσεγγίσεις ειδικότερων πλευρών της κοινωνικής προστασίας. Συγκεκριμένα λειτούργησαν ειδικά Workshops με συγκεκριμένες ενότητες κοινωνικής πολιτικής και με την ανάπτυξη συναφών προβληματισμών.

Είναι χρήσιμο να καταγράψουμε τις ενότητες αυτές που επεξεργάστηκαν τα 14 Workshops:

- Ανάγκη επιβοήθησης των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, ώστε, αυτά να στηρίζουν την κινητικότητα της εργασίας: τα κράτη μέλη οφείλουν να μεριμνήσουν για τη θέσπιση των αναγκαίων συναφών κινήτρων, ενώ η Ε.Ε. πρέπει να λειτουργεί ως «μεσίτης» των καλών πρακτικών.

- Προώθηση της κοινωνικής και οικονομικής ολοκλήρωσης και διαχείριση της μετανάστευσης. Η μετανάστευση δεν μπορεί να αποσυνδέεται από την ολοκλήρωση, όλοι οι «παίκτες» πρέπει να επενδύουν στο διαθέσιμο ανθρώπινο δυναμικό.

- Πλήρης διασαφήνιση της σχέσης ανάμεσα στις κοινωνικές υπηρεσίες και της νομοθεσίας για την εσωτερική αγορά. Διαπιστώνεται ανάγκη εντοπισμού κοινών κριτηρίων, μέσω και της «ανοικτής μεθόδου συντονισμού».

- Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων σε σχέση με την υγιεινή και την ασφάλεια στην εργασία. Διασφάλιση και εγγύηση των σημερινών επιπέδων (που κρίνονται, γενικώς, ικανοποιητικά) και χρήση οικονομικών κινήτρων για την ελαχιστοποίηση των σχετιζόμενων με την εργασία ασθενειών και ατυχημάτων.

- Ανταπόκριση στις παγκόσμιες εξελίξεις. Με δεδομένη την πραγματικότητα της παγκοσμιοποίησης, το ερώτημα που ζητά απάντηση είναι, πως θα μπορέσει η Ε.Ε. να κτίσει το αυριανό κοινωνικό της μοντέλο μέσα στα πλαίσια ενός παγκοσμιοποιημένου περιβάλλοντος. Ως βασικό πρόβλημα αναφέρθηκε, ότι επειδή η παγκοσμιοποίηση επηρεάζει πτωτικά, διεθνώς, την αμοιβή της εργασίας, η Ε.Ε. αντιμετωπίζει το δίλημμα να μειώσει κι αυτή τους μισθούς, ώστε να μπορέσει να αντεπεξέλθει στο διεθνή ανταγωνισμό (κυρίως έναντι των χωρών με μειωμένο εργατικό κόστος) η να διερευνήσει αν διαφαίνονται δυνατότητες (και ποιες δυνατότητες) διατήρησης των υψηλότερων αμοιβών εργασίας και μάλιστα ως ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Ο σχετικός προβληματισμός υπήρξε πολύπλευρος, με θετικές και αρνητικές προσεγγίσεις.

- Προαγωγή της κοινωνικής ένταξης, της κοινωνικής αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Χρήση της «ανοικτής μεθόδου συντονισμού» και έμφαση στην ενεργοποίηση των περιφερειακών και τοπικών «παικτών», με την ανάπτυξη ενός «δικτύου πόλεων».

- Συνδυασμός εργαλείων για την επίτευξη της ισότητας των 2 φύλων. Ως κύρια σχετικά ζητήματα, των οποίων πρέπει να επιδιωχθεί ο συνδυασμός, αναφέρονται:

  - Οεπανακαθορισμός της οικονομικής δομής και της έννοιας της «μέριμνας» (caring),
  - Ρόλος του πατέρα και γενικότερα του άνδρα,
  - Η πολιτιστική αλλαγή μέσω της εκπαιδευτικής διαδικασίας,
  - Η ισορροπία ανάμεσα στην εργασία και την ζωή και
  - Ρόλος των κοινωνικών εταίρων ως «οδηγών» στις αλλαγές.

- Η προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων, της μη διάκρισης και των ίσων ευκαιριών. Ως ειδικότερα σχετικά ζητήματα εντοπίζονται τα εξής:

  - Η ανάγκη «στρατηγικής δέσμευσης» για την καταπολέμηση των διακρίσεων,
  - Η λειτουργία «ανεξάρτητων σωμάτων» για τη διασφάλιση της ισότητας,
  - Ολοκληρωμένη και πολλών διαστάσεων προσέγγιση σε επίπεδα κρατών μελών και Ε.Ε.,
  - Συγκριτική θεώρηση των πολιτικών κατά των διακρίσεων,

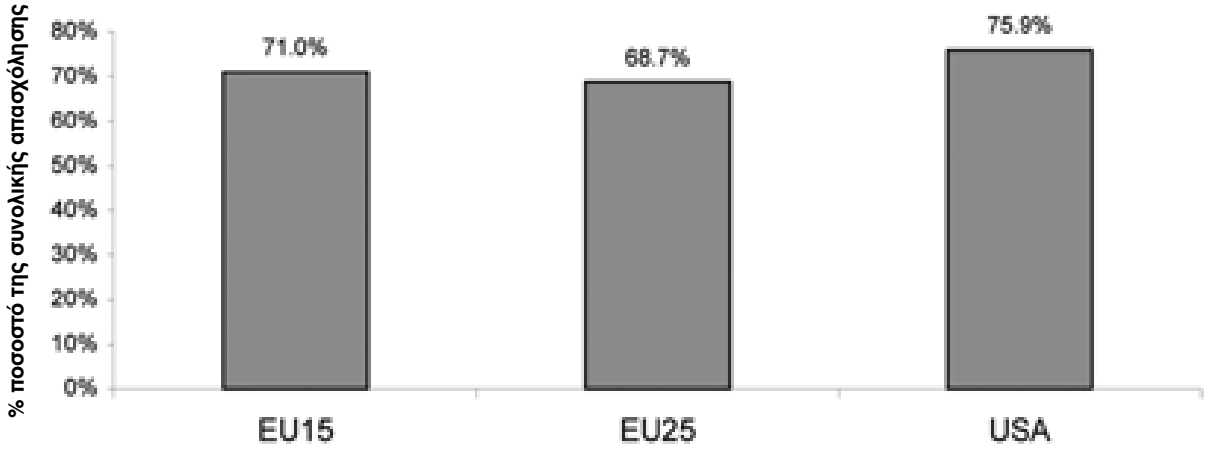
- Επαρκής οικονομική στήριξη των μέτρων κατά των διακρίσεων και
- Ανάπτυξη ενός πακέτου δεικτών μέτρησης της αποτελεσματικότητας των μέτρων κατά των διακρίσεων.

- Εκσυγχρονισμός των συστημάτων κοινωνικής προστασίας: μαθήματα από τις μεταρρυθμίσεις των συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων και η μέριμνα για την υγεία. Εντοπίζεται η διπλή διάσταση του ζητήματος των συντάξεων: επάρκεια και οικονομική βιωσιμότητα των συνταξιοδοτικών σχημάτων. Κρίνεται, ότι, «η ανοικτή μέθοδος συντονισμού» έχει αρχίσει να λειτουργεί ικανοποιητικά, επισημαίνεται, όμως, η ανάγκη σχηματισμού ενός «πακέτου δεικτών μέτρησης» της επάρκειας και της οικονομικής βιωσιμότητας των συστημάτων, σε εθνικό αλλά και σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Σε σχέση με τη μέριμνα για την υγεία, επισημαίνεται, ότι, αποτελεί «μεγάλη πρόκληση» η χρήση της «ανοικτής μεθόδου συντονισμού» αλλά και η προσέγγιση του επιπέδου ισορροπίας μεταξύ της επάρκειας και της οικονομικής βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας.

- Προαγωγή της διαφορετικότητας και της δυνατότητας ίσων ευκαιριών πρόσβασης στην αγορά εργασίας, για όλους. Εδώ περιλαμβάνονται ζητήματα δημογραφικών προοπτικών, επανισορρόπησης των εθνικών πολιτικών με έμφαση στην επένδυση στις επιδεξιότητες του ανθρώπινου δυναμικού και οικοδόμησης «συμμαχιών για τη μεταρρύθμιση» μεταξύ εργοδοτικών ενώσεων και εργατικών συνδικάτων.

- Προαγωγή της έννοιας και της πρακτικής της ελαστικότητας σε συνδυασμό με νέες μορφές διασφάλισης της απασχόλησης στην αγορά εργασίας (αναλυτικότερη προσέγγιση των ζητημάτων αυτών, σε συνδυασμό και με τη σχετική συζήτηση που πραγματοποιήθηκε στη συνάντηση του Ρότερνταμ, επιχειρείται πιο κάτω).

Μερίδιο της συνολικής απασχόλησης στις υπηρεσίες, 2002



Source: EU figures from QLFD, comparable annual estimates based on LFS and ESA95, Eurostat; USA figures from OECD Labour Market Statistics database (total civilian employment)

- Διευθετήσεις των συνθηκών απασχόλησης ώστε να διευκολύνεται η ισορροπία μεταξύ της εργασίας και της οικογενειακής ζωής.

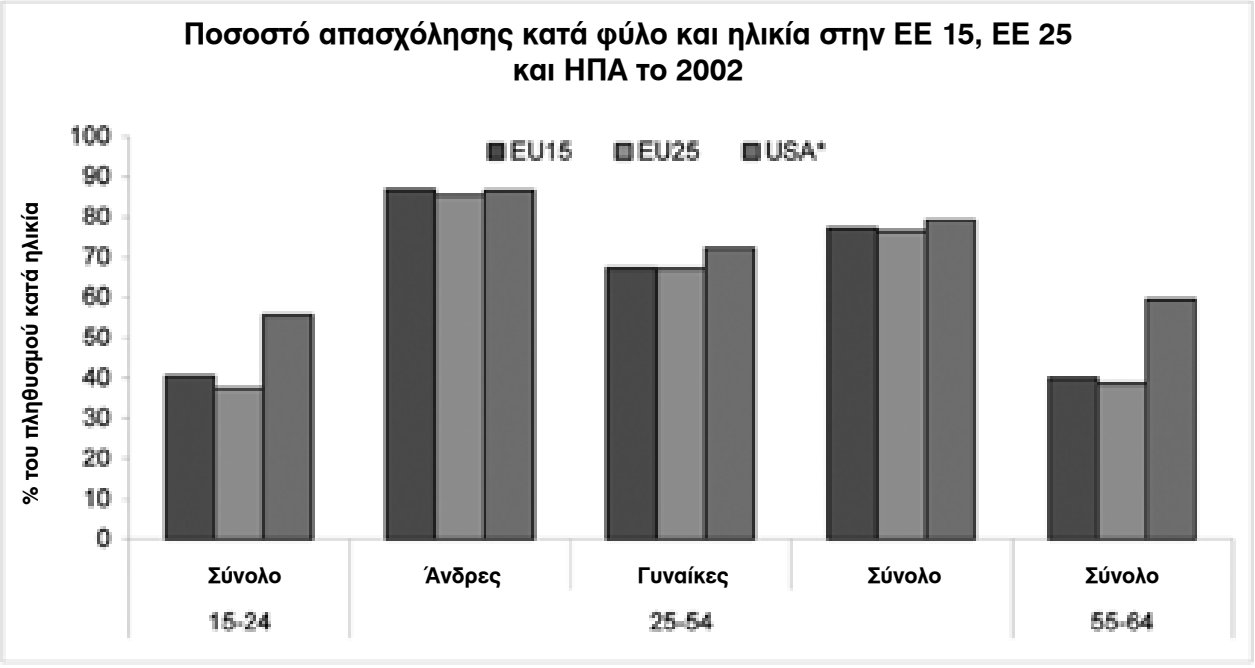
- Επενδύσεις σε ανθρώπινο κεφάλαιο: ευθύνες, κόστος και αξιοποίηση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (ΕΚΤ).

- Ενίσχυση του κοινωνικού διαλόγου: υλοποιώντας την ευρωπαϊκή συμμαχία για την αλλαγή.

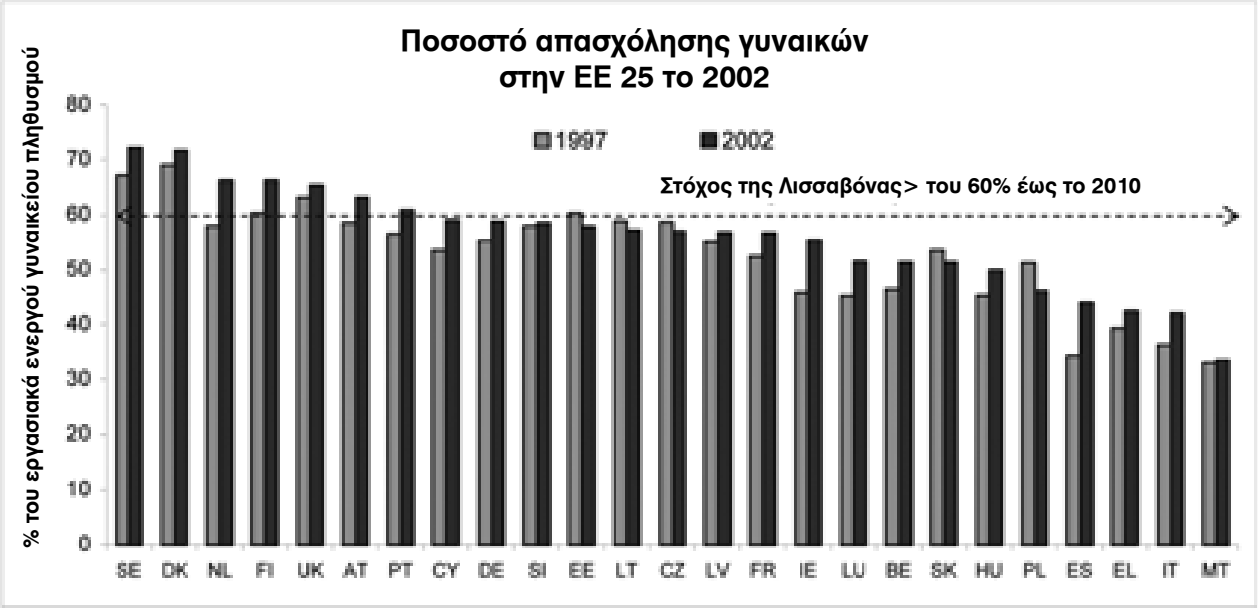
Σημαντικά καινοτομικά στοιχεία εντοπίστηκαν, ιδιαίτερα, στη συζήτηση που έγινε στα πλαίσια του Workshop για το συνδυασμό της ελαστικότητας με την ασφάλεια στην απασχόληση (στην οποία και έλαβα ενεργό μέρος). Αξίζει να παραμείνουμε λίγο στο θέμα αυτό.

Στην «Κοινή Έκθεση για την Απασχόληση - 2004» διαπιστώνεται η επέκταση μιας τάσης απομάκρυνσης των επιχειρήσεων από την παραδοσιακή μορφή των συλλογικών συμβάσεων εργασίας και η επιτάχυνση του ρυθμού υποκατάστασης των συμβάσεων αυτών από αντίστοιχες ατομικές (και σοβαρώς παραλλάσσουσες μεταξύ τους) συμβάσεις εργασίας. Παραλλήλως, διαπιστώνεται και τάση αυξημένης ελαστικότητας σε σχέση με τη διατήρηση των σημερινών μοντέλων χρόνου απασχόλησης και γενικότερου εργασιακού περιβάλλοντος. Σε μερικές χώρες, αντιμετωπίζεται το ενδεχόμενο της εισαγωγής μεγαλύτερης ελαστικότητας στις επί μέρους εργασιακές συμβάσεις. Σε άλλα κράτη μέλη, τίθεται ζήτημα ευρύτερης αναθεώρησης των εργασιακών σχέσεων και της εργατικής νομοθεσίας. Έχει, όμως, παρατηρηθεί, ότι, σε κάθε περίπτωση αλλαγών, η συνεργασία ανάμεσα στους κοινωνικούς εταίρους, διασφαλίζει την ταχύτερη και αποτελεσματικότερη προσαρμογή των νέων με τις παλαιότερες αντιλήψεις.

Ποσοστό απασχόλησης κατά φύλο και ηλικία στην ΕΕ 15, ΕΕ 25 και ΗΠΑ το 2002



Source: EU data from QLFD, comparable annual estimates based on LFS and ESA95, Eurostat
US data from OECD Employment Outlook 2003
* For the USA, age group 15 to 24 refers to 16 to 24



Source: Structural Indicators, Eurostat
Note: Data for CZ, EE, LT, LV, SK refer to 1998 and 2002, and for CY and MT to 2000 & 2002

Στα ίδια συμπεράσματα κατέληξε και η πρόσφατη (30 Σεπτεμβρίου - 1 Οκτωβρίου 2004) συνάντηση για «Το εργατικό δίκαιο στην Ε.Ε. - Βήματα προς το 2010». Στη συνάντηση αυτή, όμως, προστέθηκε και η ανάγκη διασφάλισης με κοινή αποδοχή και δράση των κοινωνικών εταίρων ενός ελάχιστου ορίου δικαιωμάτων για όλους τους εργαζόμενους αλλά ιδιαίτερα για όσους απασχολούνται σε συνθήκες μη σταθερής εργασίας. Η σύνδεση αυτή της ελαστικότητας (flexibility) με την ασφάλεια (security) στην εργασία (που αποδίδεται, πλέον, με τον όρο (flexi-curity) πρέπει να αποτελέσει προϊόν (όχι νομοθετικής επιβολής αλλά)"ελεύθερης επιλογής" (free choice) μεταξύ εργοδοτικών οργανώσεων και εργατικών συνδικάτων και μάλιστα, κατά προτίμηση, όχι σε ευρωπαϊκό αλλά σε εθνικό επίπεδο.

Είναι ενδιαφέρουσα η παρατήρηση, ότι, στη διάρκεια της συζήτησης στη συνάντηση του Ρότερνταμ, αναπτύχθηκαν σαφώς αποκλίνουσες σχετικές απόψεις μεταξύ εργοδοτικών και εργατικών φορέων, σε βαθμό που είχαμε και μια έντονη παρέμβαση της αρμόδιας εκπροσώπου της Ε.Ε. Odile Quintin. Σταχυολογώ μερικές από τις απόψεις αυτές.

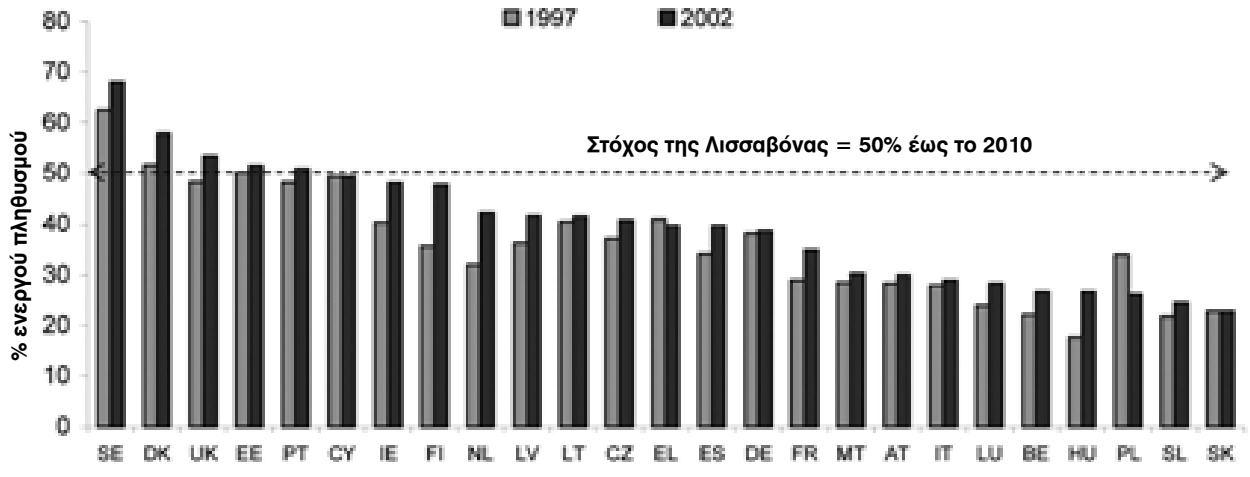
- Η ελαστικότητα αποτελεί ζητούμενο των επιχειρήσεων. Αντιθέτως, η ασφάλεια συνιστά αξίωση των εργαζομένων. Το ζητούμενο, όμως, είναι με ποια συγκεκριμένα μέτρα θα επιδιωχθεί η σύνδεση της ελαστικότητας με την ασφάλεια (Peter Totterdill, Work Institute, Ηνωμένο Βασίλειο).

- Πρέπει να μετακινηθούμε από την έννοια της job security στην έννοια της employment security. Αλλά, αν προσδώσουμε ευρύτατο περιεχόμενο στην έννοια της ασφάλειας πιθανότατα θα θέσουμε εκτός συζήτησης την έννοια της ελαστικότητας. Το θέμα, βέβαια, είναι να επιτύχουμε την αποτελεσματική διασύνδεση και των δύο εννοιών, χωρίς να εξουδετερώνουμε την πρώτη η τη

δεύτερη με τη διόγκωση της άλλης. Η ανοικτή μέθοδος συντονισμού μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο και στη συγκεκριμένη περίπτωση: θα μας βοηθήσει να εντοπίσουμε τις διαφορές μεταξύ των εθνικών νομοθεσιών στην προσπάθειά τους να ισορροπήσουν ανάμεσα στις δύο αυτές έννοιες. Τα εμπόδια που παρουσιάζονται είναι κυρίως ιδεολογικά: οι εθνικές κυβερνήσεις πρέπει να βρουν το θάρρος να τα ξεπεράσουν (Odile Quintin, εκπρόσωπος της Ε. Επιτροπής).

- Το πρόβλημα της μεγαλύτερης ασφάλειας στην εργασία δεν αφορά τις επιχειρήσεις αλλά μόνο τους εργαζόμενους και η επίλυσή του πρέπει να αναζητηθεί από τους ίδιους, με τη μέριμνα της διαρκούς; κατάρτισης και επανακατάρτισής τους, ώστε να παραμένουν διαρκώς απασχολήσιμοι, βάσει των πραγματικών αναγκών της αγοράς εργασίας (Loes van Hoogsstraten, εκπρόσωπος των Ολλανδών βιομηχάνων). Η τοποθέτηση αυτή προκάλεσε την αντίδραση της κ. Quintin που δεν εδίστασε να παρατηρήσει ότι: «Αντιδρώ στην θέση της κ. Hoogsstraten. Τα ζητήματα της ισορροπίας και της συνεννόησης είναι σύνθετα ζητήματα που αποτελούν πραγματικές, υπαρκτές προκλήσεις και δεν επιλύονται με παρόμοιες μονομερείς απλουστεύσεις. Δεν μπορούμε να παραπέμπουμε την επίλυση των προβλημάτων του διαλόγου και της συνεργασίας και συνεννόησης των κοινωνικών εταίρων στη απλή μέριμνα για την επαγγελματική κατάρτιση. Το βασικό ερώτημα είναι: χρειαζόμαστε η όχι ένα ελάχιστο πλαίσιο (minimum framework) ισορροπιών στις εργασιακές σχέσεις; Νομίζω, ότι η απάντηση στο ερώτημα αυτό δεν μπορεί παρά να είναι θετική. Οφείλουμε, συνεπώς, να επιδιώξουμε τον αποτελεσματικό συνδυασμό ενός ελαχίστου ορίου και από τις δύο εμπλεκόμενες έννοιες της ελαστικότητας και της ασφάλειας. Όμως ο συνδυασμός των ελαχίστων αυτών ορίων δεν πρέπει

Ποσοστό απασχόλησης ηλικιωμένων (ηλικίας 55-64) στην ΕΕ 25 το 2002

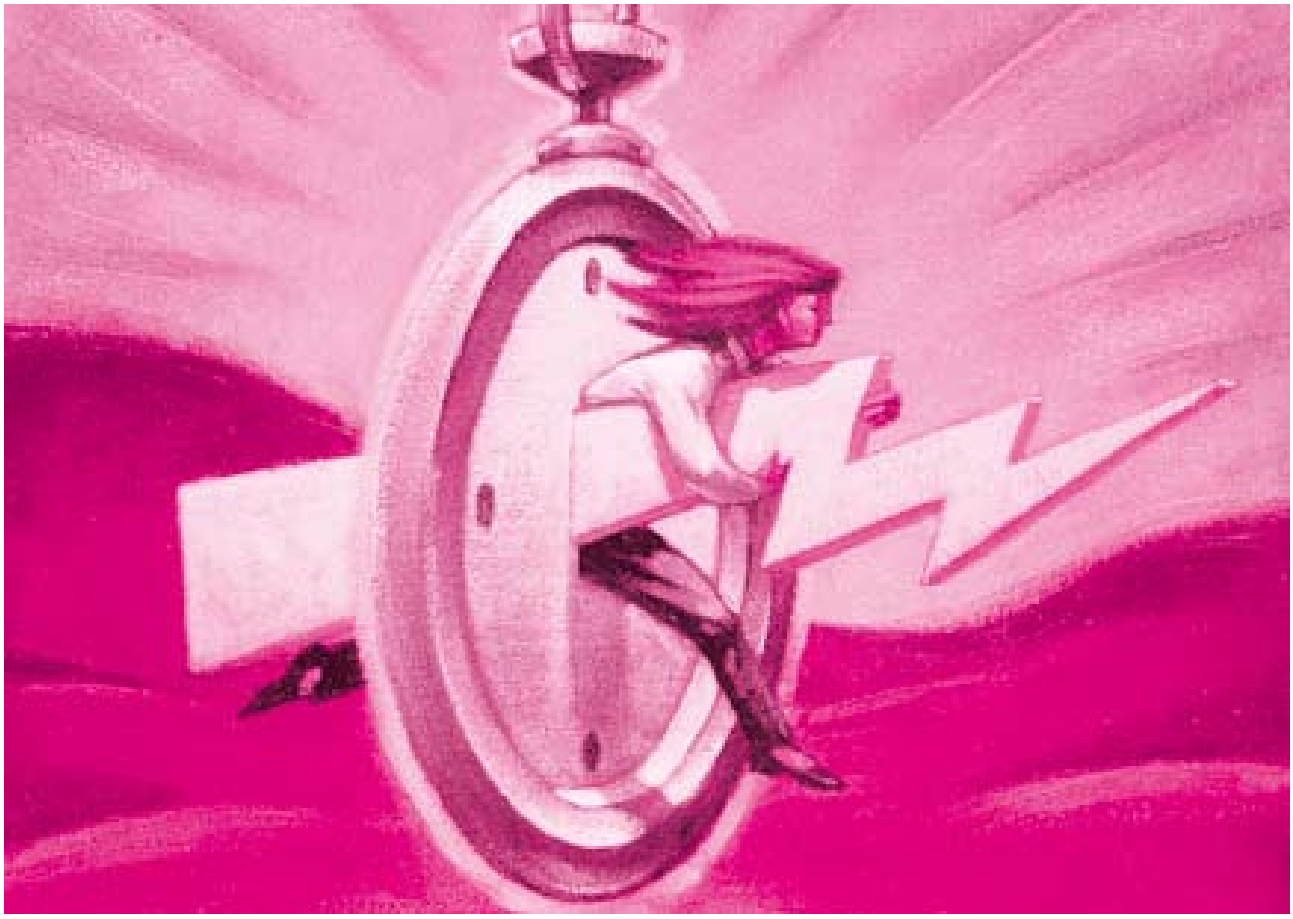


Source: Structural Indicators, Eurostat
Note: Data for CZ, EE, LV, LT, and SK refer to 1998 and 2002, and for CY and MT to 2000 & 2002

να παραγνωρίζει τις σχετικές πρακτικές και παραδόσεις των επί μέρους κρατών μελών αλλά να σχηματίζεται και να λειτουργεί μέσα στα πλαίσια που αυτές εκάστοτε επιβάλλουν η έστω υποδεικνύουν».

- Παρεμφερείς απόψεις με εκείνες της κ. Quntin, διατυπώθηκαν και το μόνιμο υφυπουργό Εργασίας και Συντάξεων του Ηνωμένου Βασιλείου Chris Pond: «Κινδυνεύουμε να δούμε την έννοια της ελαστικότητας να απορροφά την έννοια της ασφάλειας, όπως, είχε συμβεί μετά το 1997, οπότε κυριάρχησε η έννοια της ανταγωνιστικότητας. Για να αποφύγουμε μια παρόμοια εξέλιξη, οφείλουμε να ξεκινήσουμε από την αναγνώριση και παραδοχή ελάχιστων ορίων (basic standards) τόσο για την ελαστικότητα όσο και για την ασφάλεια. Τα εμπόδια που μπορούν να παρουσιαστούν στην επιτυχία αυτής της προσπάθειας είναι κυρίως ιδεολογικού χαρακτήρα».

- Η εκπρόσωπος της Συνομοσπονδίας των Ευρωπαϊκών Συνδικάτων Gabriell Clotuche επεσήμανε, ότι: «Η πρακτική των ατομικών συμβάσεων εργασίας παρεμποδίζει τη διαδικασία ασφάλειας. Χρειαζόμαστε ένα ελάχιστο νομοθετικό πλαίσιο για τη σύνδεση με επιτυχία της ελαστικότητας με την ασφάλεια. Αυτό το ελάχιστο πλαίσιο πρέπει να το επιδιώξουμε όχι σε εθνικό αλλά σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Η χρήση της ανοικτής μεθόδου συντονισμού μας παρέχει τη δυνατότητα βαθύτερης ανάλυσης των αντίστοιχων εθνικών πρακτικών».



ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ - ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ[1]

Του Απόστολου Καψάλη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελεί τα τελευταία χρόνια έναν από τους παράγοντες οι οποίοι λαμβάνονται υπόψη προκειμένου για την χάραξη της κοινωνικής πολιτικής σε εθνικό και κοινοτικό επίπεδο. Η περίοδος της οικονομικής ανάπτυξης που ακολούθησε τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο και διακόπηκε βίαια στα μέσα της δεκαετίας του ‘70 από τις παρενέργειες της πετρελαϊκής κρίσης, συνοδεύτηκε από την εμφάνιση κοινωνικών φαινομένων, τα οποία απασχόλησαν πολύ νωρίς την πολιτική επιστήμη και την κοινωνιολογία.

Η φτώχεια και η περιθωριοποίηση πολλών ομάδων του πληθυσμού στις χώρες-μέλη, σε συνδυασμό με την μαζική αλλά αρρύθμιστη υποδοχή μεταναστών από τις χώρες του λεγόμενου τρίτου κόσμου, επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό την υπάρχουσα κοινωνική πραγματικότητα. Σε πολλές μεγάλες πόλεις, μάλιστα, παρατηρήθηκαν για πρώτη φορά και φαινόμενα “γκετοποίησης” με κύρια χαρακτηριστικά την απομόνωση και τον διαχωρισμό ολόκληρων κοινωνικών ομάδων με βάση την οικονομική κατάσταση ή την εθνοτική ή φυλετική καταγωγή.

Εκτός, όμως, από αντικείμενο επιστημονικής μελέτης, τα φαινόμενα αυτά βρέθηκαν στο επίκεντρο εκείνων ακριβώς των πολιτικών διεργασιών και πρωτοβουλιών που επιδίωκαν την ίδρυση ενός ενιαίου ευρωπαϊκού χώρου ασφάλειας και προόδου για τους πολίτες της Ε.Ε. Ιδιαίτερα από το 1997 και την υπογραφή της συνθήκης του Άμστερνταμ μέχρι και σήμερα, παρατηρείται μία έντονη πολιτική και νομική δραστηριότητα κοινοτικής έμπνευσης με στόχο την καταπολέμηση γενικότερα όλων των διακρίσεων, είτε οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό, είτε όχι.

Η κοινή βούληση των κρατών-μελών της Ε.Ε. να περιορίσουν τα βαθύτερα αίτια που γεννούν τους δύο τελευταίους αυτούς κινδύνους εκφράστηκε για πρώτη φορά επίσημα τον Μάρτη του 2000. Οι ηγέτες των 15, κατά την διάρκεια της Συνόδου κορυφής στην Λισσαβόνα αποφάσισαν ότι η μάχη ενάντια στην φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό θα επιτευχθεί αποτελεσματικά μέσα από μια μέθοδο ανοιχτού συντονισμού σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Λίγους μήνες αργότερα στην Νίκαια της Γαλλίας, τον Δεκέμβρη του 2000, αλλά και στη Στοκχόλμη τον Ιούνιο του 2001, επιβεβαιώθηκε, αφενός, η ομόφωνη επιλογή για μια συνολική μελέτη και προώθηση της

[1] Το κείμενο που ακολουθεί αποτελεί την Εθνική Έκθεση η οποία συντάχθηκε τον Ιούνιο του 2003, στα πλαίσια του «Ευρωπαϊκού Δικτύου για συνεργασία και ανταλλαγές σε θέματα κοινωνικού αποκλεισμού και υγείας μεταναστών». Συν-χρηματοδοτήθηκε από το Πρόγραμμα Διακρατικής Ανταλλαγής - Φάση Ι, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων). Επίσης συν-χρηματοδοτήθηκε από το Γαλλικό Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων, Εργασίας και Αλληλεγγύης, Καθώς και το Γαλλικό Υπουργείο υγείας, Οικογένειας και Ανάπηρων Ατόμων.

κοινωνικής ενσωμάτωσης, αφετέρου δε κατοχυρώθηκε η κοινή δέσμευση για την προώθηση μιας βιώσιμης οικονομικής ανάπτυξης και μιας πολιτικής απασχόλησης, για το χρονικό διάστημα 2001-2010, με απώτερο στόχο την επίτευξη της "κοινωνικής συνοχής" στην Ένωση.

Στα πλαίσια αυτής της προσπάθειας ανάπτυξης κοινών συγκρίσιμων δεικτών και μιας κοινής βάσης για την ανταλλαγή ορθών πρακτικών και εμπειριών καθιερώνονται διετή Εθνικά Σχέδια Δράσης για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Τον Ιούνιο του 2001 τα κράτη μέλη υπέβαλλαν τις εθνικές τους εκθέσεις σχετικά με το ζήτημα αυτό. Στις εκθέσεις αυτές κάθε ένα κράτος κατέγραφε τις διαστάσεις του προβλήματος ενώ ταυτόχρονα παρουσίαζε και τα μέτρα που θεωρούσε πρόσφορα για την αντιμετώπιση του για τα επόμενα δύο χρόνια.

Οι εκθέσεις αυτές, σε δεύτερη φάση, τροφοδότησαν την σύνταξη της κοινής Έκθεσης[2], η οποία παρουσιάσθηκε έξι μήνες αργότερα και αποτελείται από μία σύνθεση της συνολικής εικόνας που επικρατεί στον χώρο της Ένωσης και από μία ανά κράτος-μέλος ανάλυση της κατάστασης και των βασικών τάσεων που επικρατούν. Έτσι, για πρώτη φορά, εγκρίνεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή ένα πολιτικό κείμενο που αναγνωρίζει το κεντρικό ρόλο της "κοινωνικής πολιτικής" για την μείωση των ανισοτήτων και την καθιέρωση της κοινωνικής συνοχής.

Επίσης, χάρη σε αυτά τα νέα δεδομένα, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο στο Λάακεν τον Δεκέμβρη του 2001 υιοθέτησε 18 κοινούς στατιστικούς δείκτες (indicators) για την κοινωνική ενσωμάτωση, έτσι ώστε να είναι εφικτή η διακρατική αποτίμηση των αντίστοιχων εθνικών πολιτικών. Οι 18 αυτοί κοινοί δείκτες αντιστοιχούν σε τέσσερις βασικούς τομείς της κοινωνικής ενσωμάτωσης, οι οποίοι είναι οι εξής: η φτώχεια (financial poverty), η απασχόληση, η εκπαίδευση και η υγεία.

Σε ότι αφορά στην φτώχεια, η οποία είναι ένας μετρίσιμος παράγοντας κοινωνικού αποκλεισμού, είναι ήδη δυνατή η συλλογή και η αποτίμηση των πρώτων προσπαθειών καταγραφής και σύγκρισης του φαινομένου στα κράτη-μέλη της Ένωσης. Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα στατιστικά στοιχεία, για το έτος 1999 ορίζεται ότι το 15% των πολιτών της Ε.Ε. αντιμετώπιζαν άμεσα τον κίνδυνο της φτώχειας[3]. Με άλλα λόγια 60 περίπου εκατομμύρια άνθρωποι ζούσαν, κατά το έτος αυτό, σε νοικοκυριά με εισόδημα χαμηλότερο από το 60% του εθνικού διάμεσου ισοδύναμου εισοδήματος, ενώ περίπου οι μισοί από αυτούς ζούσαν κάτω από αυτό το όριο επί τρία συναπτά έτη.

Για την υποστήριξη και προώθηση των Εθνικών Σχεδίων Δράσης αποφασίσθηκε η παράλληλη εφαρμογή ενός πενταετούς κοινοτικού προγράμματος δράσης (2002-2006)[4] για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, επί τη βάσει της διακρατικής συνεργασίας και της αμοιβαίας ανταλλαγής εμπειριών και συμπερασμάτων. Στόχος του προγράμματος αυτού δεν

[2] Το κείμενο της κοινής αυτής Έκθεσης, είναι διαθέσιμο στην ιστοσελίδα της ευρωπαϊκής ένωσης (europa.eu.int.).

[3] Για την Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 22%, το υψηλότερο από όλες τις άλλες χώρες,

[4] Ο πλήρης τίτλος είναι ο εξής Community Action Programme to Combat Social Exclusion 2002-2006 / Transnational Exchange Programme.

είναι άλλος από την υλοποίηση των αποφάσεων που ελήφθησαν κατά την διάρκεια των συνόδων κορυφής, όπως παρουσιάσθηκαν ανωτέρω περιληπτικά.

Εντούτοις, οι παράγοντες που είναι ικανοί να οδηγήσουν σε μια διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού είναι πολλοί και κατατάσσονται πλέον επίσημα, σε τέσσερις κατηγορίες. Μία από αυτές είναι η Υγεία, ένας τομέας καθοριστικός για την πρόοδο και την ενσωμάτωση όλων, αλλά κυρίως αυτών που ανήκουν στις λεγόμενες ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως είναι οι μετανάστες, οι πρόσφυγες ή οι τσιγγάνοι. Τόσο η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες Υγείας όσο και η συνολική φυσική κατάσταση και η ψυχολογική υγεία είναι στοιχεία τα οποία είναι ικανά, να οδηγήσουν σε κοινωνικό αποκλεισμό.

Δεν είναι, λοιπόν, τυχαίο ότι τμήμα του πενταετούς κοινοτικού προγράμματος δράσης αποτελεί και η διακρατική συνεργασία πάνω σε αυτό το θέμα. Το "Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την συνεργασία και την ανταλλαγή σε θέματα κοινωνικού αποκλεισμού και υγείας των μεταναστών" απαντά στην ανάγκη παρακολούθησης και ανάλυσης εκείνου του τομέα για τον οποίο οι μελέτες σε κοινοτικό επίπεδο είναι σπάνιες και η έκδοση κοινών στατιστικών δεδομένων από την Eurostat προς το παρόν αδύνατη.

Η συγκεκριμένη πρωτοβουλία αφορά, κατά την πρώτη Φάση[5] υλοποίησης της, τις εξής χώρες: την Αυστρία, την Γαλλία, την Ελλάδα, την Πορτογαλία και την Ισπανία. Στις χώρες αυτές και με ευθύνη του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης[6] ιδρύονται εθνικά δίκτυα από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και άλλους φορείς που δραστηριοποιούνται σε θέματα υγείας. Οι συμμετέχοντες στα εθνικά αυτά δίκτυα συγκεντρώνουν τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τον κοινωνικό αποκλεισμό των μεταναστών, δίνοντας έμφαση στην υγεία και την πρόσβαση στις ανάλογες υπηρεσίες, ενώ παράλληλα πραγματοποιούν μελέτες που επιχειρούν να εντοπίσουν προβλήματα ή ενδείξεις για διακρίσεις εις βάρος αυτού του πληθυσμού.

Τα δεδομένα αυτά, προϊόν τόσο της ξεχωριστής δουλειάς κάθε μέλους του εθνικού δικτύου όσο και των συνεδριάσεων των εκπροσώπων των φορέων σε εθνικό αλλά και διακρατικό επίπεδο, θα αποτελέσουν τον κορμό πέντε εθνικών εκθέσεων[7] οι οποίες στην συνέχεια θα παρουσιασθούν στην δεύτερη διακρατική συνάντηση στην Αθήνα 29-30 Μάη 2003. Οι μεταφρασμένες στα αγγλικά εκθέσεις θα θεμελιώσουν μία διακρατική Έκθεση-Σύνθεση η οποία θα συνταχθεί στα γαλλικά και θα παρουσιασθεί στο Παρίσι το Φθινόπωρο του 2003, οπότε και θα τερματισθεί η πρώτη Φάση της πρωτοβουλίας.

Κατά την δεύτερη Φάση η οποία θα διαρκέσει 24 μήνες, στις εμπλεκόμενες χώρες θα προστεθούν άλλες 5 ή 6 οι οποίες κατά πάσα πιθανότητα[8] θα είναι οι εξής: το Βέλγιο, η Γερμανία, η Ιταλία, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Τελικός στόχος της Φάσης αυτής είναι η δημιουργία των προϋποθέσεων για την λειτουργία ενός Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου το οποίο θα επικεντρώνει τις αναλύσεις και τις παρεμ-

[5] Η οποία ξεκίνησε ολοκληρώνεται τον Σεπτέμβρη του 2003.

[6] Στον οποίο έχει ανατεθεί ο συντονισμός της πρωτοβουλίας και των επιμέρους δράσεων που απαιτούνται.

[7] Της παρούσης συμπεριλαμβανομένης.

[8] Δίχως να αποκλείεται το ενδεχόμενο να συμμετάσχουν και άλλες χώρες ενδεχομένως και από τις δέκα νέες χώρες-μέλη.

βάσεις του στα θέματα της υγείας και του κοινωνικού αποκλεισμού των μεταναστευτικών πληθυσμών.

Η μελέτη και η καταπολέμηση των ανισοτήτων και των διακρίσεων που υφίστανται οι μετανάστες και τα μέλη των μειονοτήτων αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελούν μία πρόκληση για την Ε.Ε. για όλο το επόμενο διάστημα. Θα έλεγε κανείς πως η αντίστοιχη διαδικασία βρίσκεται σε εμβρυακή κατάσταση, αφού η επιστημονική συνδρομή είναι μηδαμινή και πολύ πρόσφατη, σε αντίθεση με ό,τι ενδεχομένως συμβαίνει με την φτώχεια ή με διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού που εντοπίζονται στους τομείς της απασχόλησης και της εκπαίδευσης,



Η πρωτοβουλία αυτή γύρω από τα θέματα υγείας, σε συνδυασμό με τον κοινωνικό αποκλεισμό των μεταναστών, αποτελεί την αφορμή για τις κυβερνήσεις και τους αρμόδιους φορείς, ώστε να αναλάβουν μια προσπάθεια κατανόησης και ανάλυσης της κατάστασης που επικρατεί και φυσικά να προτείνουν και τις ενδεδειγμένες λύσεις. Δεν μπορεί ασφαλώς κανείς να αναμένει αυτόματα αποτελέσματα γιατί πρόκειται για μια δύσκολη, αλλά πολύ ενδιαφέρουσα και πρωτοποριακή προσπάθεια.

Τα ίδια ισχύουν και για την παρούσα εθνική έκθεση που δεν φιλοδοξεί και δεν θα μπορούσε άλλωστε να είναι μια επιστημονικά εξειδικευμένη μελέτη. Συγκεντρώνονται απλά και αναλύονται κάποια στοιχεία ικανά να περιγράψουν συνοπτικά την γενικότερη ελληνική πραγματικότητα γύρω από το ζήτημα το οποίο εξετάζουμε. Κατά την διάρκεια της πρώτης φάσης πρέπει να μπουν οι βάσεις για μια βαθύτερη και ουσιωδέστερη μελέτη από τους πλέον αρμόδιους, και δη τους επιστήμονες που ασχολούνται επαγγελματικά με την υγεία και με τις κοινωνικές επιστήμες.

Αυτός, άλλωστε, είναι και ο βασικός στόχος της δεύτερης φάσης και φυσικά του Παρατηρητηρίου που θα συσταθεί μετά την ολοκλήρωση της. Κατά συνέπεια, η ποιότητα της εργασίας που θα πραγματοποιηθεί κατά την πρώτη φάση θα καθορίσει σε μεγάλο βαθμό και την αντίστοιχη της δεύτερης, η οποία επιπλέον έχει ήδη προβλεφθεί να περιλαμβάνει την δημιουργία μιας κοινής βάσης δεδομένων με εύκολη πρόσβαση για όλους τους ενδιαφερομένους[9] καθώς επίσης και την διοργάνωση σεμιναρίων σχετικά με την υγεία των μεταναστών από ιατρικούς επιστήμονες.

Σε ότι αφορά στην ελληνική έκθεση, κατόπιν μάλιστα σχετικής συζήτησης που

[9] Πιθανόν και μέσω της δημιουργίας ενός ανάλογου web site.

πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια των συναντήσεων των μελών του εθνικού δικτύου, κρίνεται απαραίτητο να ακολουθηθεί η εξής δομή: αρχικά να γίνει μία απόπειρα οριοθέτησης του ζητήματος και ερμηνείας των κεντρικών εννοιών με τη συνδρομή των διδαγμάτων της κοινωνιολογίας και της νομικής επιστήμης (Ι).

Στην συνέχεια, θα είναι ευχερέστερη η παρουσίαση και η επεξεργασία των παραμέτρων που στοιχειοθετούν την γενικότερη κατάσταση της υγείας των μεταναστών, σε συνάρτηση ιδίως με την δυνατότητα πρόσβασης τους στις αρμόδιες υπηρεσίες (ΙΙ).

Ι. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

Ο τίτλος της κοινοτικής πρωτοβουλίας που αποτέλεσε και το έναυσμα για την παρούσα έκθεση είναι "Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την συνεργασία και την ανταλλαγή σε θέματα κοινωνικού αποκλεισμού και υγείας των μεταναστών". Τα σημεία τα οποία προφανώς χρήζουν διευκρίνησης είναι οι έννοιες του κοινωνικού αποκλεισμού, της υγείας και αυτή του μετανάστη (Α). Στην συνέχεια, επειδή το φαινόμενο της μετανάστευσης είναι σχετικά πρόσφατο για τα ελληνικά δεδομένα θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο να γίνει μία σύντομη αναφορά στην είσοδο αλλοδαπών στην επικράτεια και στο νομικό πλαίσιο που την διέπει, ιδίως μετά την ψήφιση του τελευταίου "μεταναστευτικού" νόμου το έτος 2001 (Β).

Α. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ

α) Ο κοινωνικός αποκλεισμός.

Ως όρος στην κοινωνιολογία απαντάται για πρώτη φορά σε κείμενα γάλλων επιστημόνων στα μέσα της δεκαετίας του '60 και πιο συγκεκριμένα σε ένα έργο του Pierre Massé γενικού γραμματέα του Υπουργείου Σχεδιασμού της Γαλλίας[10] . Τα επόμενα χρονιά ο όρος αυτός κάνει την εμφάνιση του ως τίτλος συγγράμματος δύο φορές, το 1965[11] και το 1974[12], και κατοχυρώνεται πλέον στο λεξιλόγιο της κοινωνιολογίας.

Ως έννοια, παρόλα αυτά, χρησιμοποιείται τα τελευταία δέκα περίπου χρόνια ενώ η χρήση του στην Ελλάδα παρατηρείται μόλις την τελευταία πενταετία. Στις ενστάσεις για την επιλογή του όρου αυτού συμπεριλαμβάνονται και οι εκτιμήσεις ότι πρόκειται για έννοια υπέρμετρα ευρεία, θολή και απροσδιόριστη[13] και για αυτούς τους λόγους αναποτελεσματική όσον αφορά στη περιγραφή κοινωνικών φαινομένων.

Όμως, με τον όρο "κοινωνικός αποκλεισμός" δεν επιδιώκεται και δεν είναι άλλωστε εφικτή η περιγραφή μιας ορισμένης κατάστασης, διότι η τελευταία προϋποθέτει ένα κοινώς αποδεκτό και επισήμως καθορισμένο περιεχόμενο, συνήθως από μία κρατική ή αναγνωρισμένη, από την πολιτειακή εξουσία, πηγή. Ως κατάσταση ορίζουμε ένα φαινόμενο λίγο ως πολύ με-

[10] Massé Pierre «Les dividendes du progrès. Rapport du secrétaire général du Plan», Paris 1964.

[11] Klanfer Jules,»L'exclusion sociale, étude sur la marginalité dans les sociétés occidentales», Cahiers Science et service, Vol. 2, Bureau des recherches sociales, Paris 1965.

[12] Lenoir René, «Les exclus, un français sur dix», Paris ed. Le Seuil, 1974.

[13] Για το ρόλο και την χρησιμότητα τέτοιων εννοιών βλ. "La nouvelle vulgate planétaire", Bourdieu Pierre et Wacquant Loic, in Manières de voir/ Monde Diplomatique Septembre-Octobre 2000, p. 76-79. Βλ. επίσης και Kapsalis Apostolos, "Le raisonnable en droit du travail», mémoire de DEA de droit social, Strasbourg, 1999.

τρήσιμο και συγκρίσιμο με τη βοήθεια στατιστικών και μαθηματικών δεικτών. Τέτοιου είδος φαινόμενο, όπως ήδη αναφέρθηκε εισαγωγικά, είναι αναμφίβολα η Φτώχεια[14], η οποία συχνά συγχέεται με τον κοινωνικό αποκλεισμό[15] αν και αποτελεί μία εντελώς διαφορετική έννοια.

Η φτώχεια είναι μία, μεταξύ πολλών, κατάσταση και ένας από τους τέσσερις βασικούς τομείς κοινωνικής ενσωμάτωσης, ικανή να προκαλέσει ή να εντείνει μία διαδικασία αποκλεισμού (ιδωμένη ως ένα σύνολο από γεγονότα), αλλά και το αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας. Δεν ταυτίζονται, παρόλα αυτά, οι δύο έννοιες γιατί ο παράγοντας της φτώχειας δεν είναι από μόνος του αρκετός να οδηγήσει σε κοινωνικό αποκλεισμό, εφόσον είναι πιθανό κάποιοι άλλοι παράγοντες να διακόψουν αυτή την διαδικασία, όπως, για παράδειγμα, η χορήγηση επιδομάτων από το κράτος ή η οικονομική στήριξη από μέλη της οικογενείας.

Θα λέγαμε ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν είναι μία μετρίσιμη κατάσταση. Είναι μία διαδικασία και ταυτόχρονα το αποτέλεσμα αυτής. Αποκλείω σημαίνει παρεμποδίζω την πρόσβαση σε κάτι. Ερμηνεύοντας την Πράσινη Βίβλο της Ε.Ε. καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός νοείται ως η παρεμπόδιση απορρόφησης κοινωνικών και δημόσιων αγαθών, κοινωνικού και δημόσιου πλούτου[16]. Σημασία δεν έχει το γεγονός ότι κατέστη αδύνατη για ένα άτομο η πρόσβαση σε κάποιες κοινωνικές Υπηρεσίες, σε κάποιες συγκεκριμένες περιπτώσεις. Σημασία έχει, όχι η μη πρόσβαση, αλλά η μη προσβασιμότητα (η συστηματική αφαίρεση της δυνατότητας για πρόσβαση) σε αυτές της Υπηρεσίες, η οποία έχει τελικά ως συνέπεια την μη απόλαυση των αντίστοιχων υπηρεσιών.

Η παρεμπόδιση αυτή μπορεί να είναι θεσμικής διάστασης (από το νόμο) ή να εφαρμόζεται στην πράξη ως προϊόν κάποιων κοινωνικών πρακτικών. Η de jure ή η de facto διαδικασία αυτή μας επιτρέπει να μιλάμε για κοινωνικό αποκλεισμό μόνο στην περίπτωση που τελικά, σε δεδομένη χρονική στιγμή και κοινωνική πραγματικότητα, έχουμε τελικά την ουσιαστική κατάργηση του δικαιώματος στην απόλαυση ενός κοινωνικού ή δημόσιου αγαθού.

Προφανώς εδώ δεν υπάρχει ο απαραίτητος χώρος, ούτε σκοπός αυτής της Έκθεσης είναι να πραγματοποιήσει μία εμπεριστατωμένη ανάλυση της έννοιας του κοινωνικού αποκλεισμού, την οποία κάθε κοινωνιολογικό ρεύμα αντιλαμβάνεται διαφορετικά.

Επιχειρώντας μία γενική ερμηνεία της έννοιας του κοινωνικού αποκλεισμού θα λέγαμε πως περιγράφουμε με αυτό τον όρο *μια ή περισσότερες διαδικασίες που τελούνται σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο σε μια ορισμένη κοινωνία και έχουν ως τελικό αποτέλεσμα την συστηματική αδυναμία άσκησης κοινωνικών δικαιωμάτων ή την αδυναμία απόλαυσης κοινωνικών αγαθών/ ευεργετημάτων ή την αδυναμία πρόσβασης στις κοινωνικές υπηρεσίες εξαιτίας μιας[17] ιδιότητας ή/ και μιας κατάστασης ή/*

[14] Για την έννοια της φτώχειας βλ. επίσης Κολλιάς Γιώργος και Κατσορίδας Δημήτρης, "Η φτώχεια στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση", Επιθεώρηση Εργασιακών Σχέσεων, Τεύχος 28, Οκτώβρης 2002, σελ. 21-26.

[15] Για την διάκριση των δύο εννοιών βλ. Παπαδοπούλου Δέσποινα (Επιστ. Υπεύθυνος), "Από την κοινωνική ευπάθεια στον κοινωνικό αποκλεισμό", ΙΝΕ-ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ 2002, σελ. 23 επ.

[16] Βλ. σχετικά Τσιάκαλος Γιώργος, "Κοινωνικός αποκλεισμός: Ορισμοί, πλαίσιο και σημασία" σε Κασιμάτη Κούλα (επιμ.), "Κοινωνικός αποκλεισμός: Η ελληνική εμπειρία", ΚΕΚΜΟΚΟΠ, εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2001, σελ. 39-65.

[17] Ή και περισσοτέρων.



και απλά ενός χαρακτηριστικού, που συγκεντρώνονται στο πρόσωπο ενός ατόμου, η ύπαρξη των οποίων το κατατάσσουν ενδεχομένως σε μία ή περισσότερες κοινωνικές ομάδες, ενώ η απουσία τους θα απέτρεπε κατά πάσα πιθανότητα την εμφάνιση του τελικού αυτού αποτελέσματος ως κοινωνικό φαινόμενο.

Αν υποθέσουμε ότι ένας μετανάστης στην Ελλάδα στερείται στην πράξη συστηματικά της δυνατότητας περίθαλψης σε δημόσια κέντρα υγείας, βιώνει μια διαδικασία αποκλεισμού όσον αφορά στη πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες. Την ίδια στιγμή στερείται εντέλει και ένα δημόσιο αγαθό, ή καλύτερα, δεν του επιτρέπεται να ασκήσει ένα κοινωνικό δικαίωμα του.

Το ερώτημα, λοιπόν, το οποίο γεννάται είναι αν αποτελεί η υγεία δικαίωμα ή δημόσιο αγαθό.

β) Η υγεία.

Σύμφωνα με τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και δεν συνίσταται μόνο στην απουσία ασθένειας ή αναπηρίας[18]. Ασφαλώς ο ορισμός είναι αρκετά ευρύς, ώστε να περιλαμβάνει την κοινωνική πρόοδο και την ευημερία ως συστατικά της έννοιας, αναγνωρίζοντας έτσι ότι ο μακροχρόνια άνεργος ή αυτός που βιώνει μια κατάσταση φτώχειας δεν μπορεί να θεωρηθεί απόλυτα υγιής.

Άλλωστε, η υγεία αποτελεί επισήμως πλέον στα κοινοτικά κείμενα έναν τομέα ο οποίος είναι ικανός από μόνος του να οδηγήσει σε μία διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού. Αυτό βεβαίως συμβαίνει στην περίπτωση που ένα άτομο δεν μπορεί να έχει πρόσβαση στην υγεία, δηλαδή στις υπηρεσίες υγείας και δη τις δημόσιες, είτε γιατί νομικής φύσης εμπόδια του στερούν αυτή την δυνατότητα είτε γιατί στην πράξη δεν του επιτρέπεται.

Έτσι στα πλαίσια αυτής της Έκθεσης θα διερευνηθούν και οι δύο αυτές πτυχές, δηλαδή τόσο η θεσμική εγγύηση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας όσο και η de facto αντίστοιχη διαδικασία, στοιχεία που αποτελούν τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος.

Όσον αφορά στη πρώτη πτυχή πρέπει να σημειωθεί ότι η κοινοτική αρμοδιότητα σε θέματα υγείας προβλέπεται στο άρθρο 152 της Συνθήκης του Άμστερνταμ, βάσει του οποίου επιδιώκεται να συμπεριληφθεί στην κοινοτική πολιτική η μέριμνα για ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας. Υπογραμμίζεται, επίσης, ότι η δράση σε κοινοτικό επίπεδο οφείλει να συνοδεύει τις εθνικές πρωτοβουλίες, ενώ η Επιτροπή δεσμεύεται να ενθαρρύνει την συνεργασία ανάμεσα στα κράτη-μέλη πάνω σε αυτό το ζήτημα.

[18] Προοίμιο της Σύμβασης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας όπως υιοθετήθηκε το 1946 στη Νέα Υόρκη.

Η ελληνική έννομη τάξη προστατεύει την υγεία σαν δικαίωμα. Στο Σύνταγμα, τον θεμελιώδη νόμο του κράτους, και στο άρθρο 21, με τίτλο «κοινωνικά δικαιώματα», προβλέπεται ότι «Το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων".

Η υγεία των πολιτών ορίζεται ως κοινωνικό δικαίωμα για όλους τους πολίτες της Ελλάδος και τελεί υπό την φροντίδα του κράτους, το οποίο οφείλει να λαμβάνει και να υλοποιεί όλα εκείνα τα μέτρα που κρίνονται αναγκαία για την προάσπιση της απρόσκοπτης άσκησης του από τους δικαιούχους. Πλήθος άλλων νομικών κειμένων συγκεκριμενοποιεί την προστασία αυτού του κοινωνικού δικαιώματος ανάλογα με τις ειδικές περιπτώσεις.

Ένα από αυτά είναι το προεδρικό διάταγμα 95/2000 με τίτλο "Αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας"[19]. Σε αυτό ορίζεται ο υπεύθυνος κρατικός φορέας υλοποίησης της προστασίας του κοινωνικού δικαιώματος της υγείας ενώ παράλληλα περιγράφονται αναλυτικά τα καθήκοντα του. Είναι προτιμότερο να παραθέσουμε αυτούσιο απόσπασμα από την παρ. 1 του 1ου άρθρου του προεδρικού διατάγματος:

"Αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας είναι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής για την Υγεία και την Πρόνοια, που περιλαμβάνει:

- Την προαγωγή, την προστασία, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου.
- Την ισότητα στην παροχή του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υπηρεσιών και αγαθών υγείας και πρόνοιας στο κοινωνικό σύνολο και ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου.
- Τη προστασία των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας."

Στην αρμοδιότητα του Υπουργείου ανήκει αφενός, η προστασία της υγείας, με την έννοια που δίνεται και στην Σύμβαση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας αφετέρου δε, η διασφάλιση του δικαιώματος στην υγεία, δηλαδή η εγγύηση της προσβασιμότητας στις αρμόδιες υπηρεσίας και μάλιστα χωρίς διακρίσεις και ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του καθενός.

Ακριβώς με αυτό το περιεχόμενο της έννοιας της υγείας θα ασχοληθούμε στο εξής, αφού και η προσέγγιση του "κοινωνικού αποκλεισμού" που επιχειρήσαμε ανωτέρω είναι εμπνευσμένη από αυτό το περιεχόμενο. Δεν θα ερευνήσουμε, όμως, μόνο αυτή τη διάσταση του ζητήματος. Η υγεία και ο κοινωνικός αποκλεισμός συνδέονται και με μία άλλη, αντίστροφη πορεία.

Ειπώθηκε ότι η κατάσταση της υγείας και η δυνατότητα άσκησης του δικαιώματος της ισότιμης πρόσβασης σε (ποιοτικές) υπηρεσίες υγείας, ενδέχεται να τροφοδοτήσει μια διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού. Μια τέτοια διαδικασία, από την άλλη πλευρά, ανεξάρτητα από τους παράγοντες που την προκαλούν, είναι πιθανόν να επηρεάσει την υγεία του προσώπου που την βιώνει και να επιταχύνει ή να επιτείνει με αυτό τον τρόπο ακόμη περισσότερο τον κοινωνικό αποκλεισμό του.

[19] ΦΕΚ Α 76, 10.03.2000.

Το γεγονός και μόνο, για παράδειγμα, ότι ένας μακροχρόνια άνεργος μετανάστης[20] διαμένει σε παράπηγμα κάτω από άθλιες συνθήκες υγιεινής, αρκεί ώστε να αυξηθούν σημαντικά οι πιθανότητες για να ασθενήσει. Ο αυξημένος κίνδυνος για ασθένεια, όπως επίσης και η προσβολή της υγείας του κοινωνικά αποκλεισμένου, είναι συνιστώσες του θέματος που πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη για δύο λόγους:

Πρώτον, επειδή, ο κίνδυνος της προσβολής της υγείας είναι από μόνος του στοιχείο-αφετηρία μιας διαδικασίας κοινωνικού αποκλεισμού. Δεύτερον, γιατί η ασθένεια για τον κοινωνικά αποκλεισμένο μπορεί να πυροδοτήσει μια άλλη διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού, είτε στο επίπεδο της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας με σκοπό την θεραπεία[21], είτε σε αυτό της προσβασιμότητας σε ένα άλλο παράγοντα κοινωνικής ενσωμάτωσης, όπως είναι η ικανότητα προς εργασία.

Η δεύτερη αυτή διάσταση αποκτά ξεχωριστό ενδιαφέρον στη περίπτωση που ο κοινωνικά αποκλεισμένος ανήκει σε μία από τις αποκαλούμενες "κοινωνικά ευπαθείς ομάδες" του πληθυσμού, όπως θεωρούνται οι "μετανάστες". Ποιο, όμως, είναι το περιεχόμενο των όρων αυτών;

γ) Οι μετανάστες.

Ο πλέον αρμόδιος φορέας για να ορίσει την έννοια του "μετανάστη" τυγχάνει να είναι και ο γενικός συντονιστής της κοινοτικής πρωτοβουλίας στα πλαίσια της οποίας εκδίδεται η παρούσα έκθεση. Στα κείμενα του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης η ιδιότητα του διεθνούς μετανάστη[22] αποδίδεται σε ένα πρόσωπο το οποίο "διαμένει σε ένα ξένο κράτος για μια παρατεταμένη περίοδο".

Στο ορισμό αυτό δεν περιλαμβάνονται οι τουρίστες, οι προσκυνητές και όσοι μετακινούνται κατά την άσκηση της εργασίας τους αφού κανείς από αυτούς δεν έχει ως αρχικό σκοπό την επί μακρόν εγκατάσταση του σε μία άλλη χώρα. Για τις ανάγκες τις πρωτοβουλίας σχετικά με τον κοινωνικό αποκλεισμό και την υγεία των μεταναστών δεν υπάρχει κανένας λόγος να μην βασισθούμε σε αυτή την ερμηνεία.

Πρέπει, παρόλα αυτά, να διευκρινίσουμε ότι οι αρμόδιοι για την άσκηση της μεταναστευτικής πολιτικής, δηλαδή κύρια τα κράτη-μέλη και πλέον με δειλά βήματα η ίδια η Ευρωπαϊκή Ένωση, περιβάλλουν με διαφορετικό νομικό περιεχόμενο την έννοια του μετανάστη. Ένας άλλος παράγοντας υπεισέρχεται για τον νομικό χαρακτηρισμό της κατηγορία αυτής των πολιτών: η ιθαγένεια.

Θα λέγαμε ότι η επίσημη, νομική απόδοση του κοινωνικού όρου "μετανάστης" εμπεριέχεται στη λέξη "αλλοδαπός". Ο έλληνας νομοθέτης του πρόσφατου νόμου 2910/2001[23], στην εισηγητική του έκθεση αναφέρεται στην φιλοδοξία της χάραξης μιας νέας μεταναστευτικής πολιτικής και χρησιμοποιεί πολλές φορές τον ανάλογο όρο.

[20] Ο οποίος αντιμετωπίζει τον κοινωνικό αποκλεισμό στο τομέα της απασχόλησης και συνάμα τον κίνδυνο της φτώχειας.

[21] Πρέπει να τονιστεί ότι εκτός από την θεραπεία ιδιαίτερη σημασία έχει και η πρόληψη, η οποία σαν στοιχείο της υγείας και της κοινωνικής ενσωμάτωσης θα μας απασχολήσει εξίσου, ιδίως στο κεφάλαιο της προληπτικής γυναικολογικής εξέτασης για τις μετανάστριες.

[22] «Migrant international». Βλ. Σχετικά "Etat de la migration dans le monde en 2000", Organisation Internationale pour les Migrations 2000, p. 3-5.

[23] ΦΕΚ Α 91, 27.4/2.5.2001.

Σε ολόκληρο, όμως, το κυρίως σώμα του νόμου και ιδίως στο κεφάλαιο των ορισμών, ο όρος αυτός δεν προτιμάται. Άντ' αυτού, προσδιορίζεται η ιδιότητα του αλλοδαπού[24], η οποία αποδίδεται σε "κάθε φυσικό πρόσωπο που δεν έχει την ελληνική ιθαγένεια ή που δεν έχει ιθαγένεια". Σημασία δεν φαίνεται να έχει ο σκοπός της μετακίνησης του αλλοδαπού στην Ελλάδα, αλλά το γεγονός ότι δεν είναι έλληνας.

Εντούτοις, πρόκειται για έναν αμιγώς μεταναστευτικό νόμο, οι διατάξεις του οποίου επιδιώκουν να ρυθμίσουν το νομικό καθεστώς της μαζικότερης κατηγορίας των μεταναστών σε παγκόσμια κλίμακα: τους μετανάστες εργαζόμενους. Στην ομάδα αυτή ανήκει κάθε πρόσωπο το οποίο, ανεξάρτητα από τον αρχικό λόγο της μετακίνησής του από μία χώρα σε μία άλλη, εισέρχεται και παραμένει σε χώρα της οποίας δεν έχει την υπηκοότητα και στην επικράτεια της οποίας προσφέρει ή αναζητά μισθωτή εργασία, είτε υπό νόμιμο είτε υπό παράνομο καθεστώς εισόδου, παραμονής ή/ και εργασίας[25].

Η νομική έννοια του αλλοδαπού δεν είναι η ίδια σε κάθε-χώρα μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, γεγονός που ενδεχομένως να δημιουργήσει πρακτικά προβλήματα κατά την διάρκεια της παρούσης κοινοτικής πρωτοβουλίας, ιδιαίτερα όταν θα γίνει μία πρώτη προσπάθεια καταγραφής και σύγκρισης κάποιων μετρήσιμων δεδομένων. Τα παιδιά του αλλοδαπού που θα γεννηθούν στην Γαλλία δεν θεωρούνται αλλοδαποί, αλλά δεν συμβαίνει πιθανότατα το ίδιο στη περίπτωση των υπολοίπων χωρών που συμμετέχουν στη πρώτη φάση της πρωτοβουλίας.

Για τον λόγο αυτό, θα ήταν προτιμότερο για τις ανάγκες της πρωτοβουλίας για τα θέματα υγείας και κοινωνικού αποκλεισμού των μεταναστών, να ακολουθηθεί ο σχετικός ορισμός που προτείνεται από τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης. Πρέπει να διευκρινιστεί σε αυτό το σημείο ότι οι υπήκοοι κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά τη μετακίνησή τους εντός της Ένωσης δεν λογίζονται ως μετανάστες ενώ το ίδιο ισχύει σε σχέση και με την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη.

Μία παράμετρος που δεν πρέπει επίσης να αγνοηθεί, είναι οι επικείμενες αλλαγές στον νομικό χαρακτηρισμό των μεταναστών που προέρχονται από τις πρόσφατα ενταχθείσες στη Ένωση χώρες. Εντός σύντομου χρονικού διαστήματος, και εντός των χρονικών ορίων της δεύτερης φάσης της πρωτοβουλίας, οι άνθρωποι αυτοί θα πάψουν να θεωρούνται μετανάστες στις 15 χώρες στις οποίες ζουν και εργάζονται. Πρόκειται για μια αλλαγή η οποία θα επηρεάσει την σχέση τους και με τις υπηρεσίες υγείας των σημερινών χωρών υποδοχής.

Δεν αποκλείεται, επίσης, λόγω της υπηκοότητας και των παρεπομένων της[26] κάποιος κοινοτικός αλλοδαπός να αντιμετωπίζει πρακτικά προβλήματα στην συναλλαγές του με το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας προορισμού και εγκατάστασης. Μία αφρικανικής καταγωγής γαλλίδα, μουσουλμάνα στο θρήσκευμα, η οποία εγκαθίσταται σε μία επαρχιακή πόλη της Ελλάδος είναι

[24] Σημειωτέον ότι στο Σχέδιο Νόμου και στο αντίστοιχο σημείο των ορισμών δόθηκε ένας ορισμός του "μετανάστη" ο οποίος δεν ήταν πλήρης. Ο ορισμός αυτής της έννοιας παραλείπεται στο τελικό κείμενο του Νόμου.

[25] Για τον ορισμό αυτό και την διάκριση με την έννοια του αλλοδαπού Ληξουριώτης Ιωάννης, "Το νομικό καθεστώς του μετανάστη μισθωτού στην Ελλάδα", εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή 1998, σελ. 28-37.

[26] Για παράδειγμα η γνώση μόνο της μητρικής γλώσσας, το χρώμα του δέρματος ή το θρήσκευμα.

σχεδόν βέβαιο ότι στον τομέα της προληπτικής γυναικολογικής εξέτασης δεν θα αισθάνεται ιδιαίτερα άνετα.

Άλλωστε, από ό,τι προκύπτει και από το κοινοτικό κείμενο VP/2002/010 που περιγράφει το παρόν πρόγραμμα, το ενδιαφέρον δεν επικεντρώνεται μόνο στους μετανάστες αλλά και σε κάθε κατηγορία πολιτών που μετακινούνται από το τόπο καταγωγής τους προς αναζήτηση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης. Πολύ συχνά στο θέμα του κοινωνικού αποκλεισμού και της υγείας δεν έχει στη πράξη μεγάλη διαφορά αν κάποιος χαρακτηρίζεται επισήμως ως μετανάστης, πολιτικός πρόσφυγας, αιτών άσυλο, ομογενής ή τσιγγάνος.

Όλες αυτές οι κατηγορίες, όπως επίσης και τα μέλη μιας εθνοτικής ή πολιτισμικής μειονότητας είναι πολύ συχνά θύματα πολλών μορφών διακρίσεων, ενώ αποδεδειγμένα βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό και στους τρεις άλλους τομείς της κοινωνικής ενσωμάτωσης. Έχουν έτσι στατιστικά αυξημένες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν τα ίδια προβλήματα και στο ζήτημα της υγείας, όπως ακριβώς συμβαίνει στο επίπεδο της εκπαίδευσης ή της απασχόλησης.

Η εκ των προτέρων επικινδυνότητα εμφάνισης του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού εμπεριέχεται στην έννοια της κοινωνικής ευπάθειας που διέπει αυτούς τους πληθυσμούς. Άρα, για την ελληνική πραγματικότητα θα μας απασχολήσει το γεγονός της προδιάθεσης κάποιων συμπολιτών μας να αντιμετωπίσουν τις κοινωνικές παρενέργειες του αποκλεισμού, ανεξάρτητα από νομικούς ή άλλους συμβατικούς προσδιορισμούς χρήσιμους, αναμφίβολα, για άλλους είδους εργασίες.

Δικαιολογημένα το ελληνικό εθνικό δίκτυο[27] διεύρυνε την ομάδα στόχο της πρωτοβουλίας και κατά συνέπεια της εθνικής έκθεσης. Έτσι, αντικείμενο μελέτης, εκτός από τους μετανάστες μισθωτούς, θα αποτελέσουν εξίσου οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο, οι παλιννοστούντες και οι τσιγγάνοι δηλαδή όλοι οι μετακινούμενοι πληθυσμοί[28]. Σε όλους αυτούς θα χρειαστεί να προσθέσουμε και τους έλληνες μουσουλμάνους (της Θράκης ιδιαίτερα), μέλη ακόμη μίας ευπαθούς κοινωνικά ομάδας.

Μία γενική περιγραφή των κατηγοριών αυτών θα γίνει στα αντίστοιχα κεφάλαια της μελέτης, όπου θα εξεταστεί ξεχωριστά το ζήτημα της υγείας και του κοινωνικού αποκλεισμού των μελών τους. Η μεγάλη πλειοψηφία των κοινωνικά ευπαθών πολιτών μας, όμως, είναι οι μετανάστες εργαζόμενοι. Θα ήταν χρήσιμο, πριν περάσουμε στην ανάλυση των συγκεκριμένων περιπτώσεων του κοινωνικού αποκλεισμού και της υγείας, να αναφερθούμε εν συντομία στο φαινόμενο της μετανάστευσης στην Ελλάδα.

Β. Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

α) Από δεξαμενή αποστολής μεταναστών, η Ελλάδα χώρα υποδοχής.

Η Ελλάδα είναι παραδοσιακά μία χώρα αποστολής μεταναστών προς χώρες με ταχεία οικονομική ανάπτυξη και αυξημένη ζήτηση εργατικών χεριών. Έτσι, στα τέλη του 19ου αιώνα χώρες μαζικής υποδοχής ελλήνων μεταναστών ήταν η Αμερική και η Αυστραλία και περί τα μέσα του 20ου αιώνα ευρωπαϊκές χώρες και ιδιαίτερα η Γερμανία και το Βέλγιο. Σε μικρότερη βεβαίως ένταση το φαινόμενο της μετανάστευσης εκδηλώθηκε κατά περιόδους και σε άλλες

[27] Αλλά αντιστοίχως και τα υπόλοιπα τέσσερα εθνικά δίκτυα.

[28] Αν και το 50% περίπου των Τσιγγάνων στην Ελλάδα δεν είναι νομάδες.



περιοχές, ώστε να συναντά κανείς σήμερα έλληνες σε όλες τα μήκη και τα πλάτη της υφηλίου.

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. Σε αυτό συνετέλεσαν πολλοί παράγοντες, όπως ασφαλώς η οικονομική ανάπτυξη της Ελλάδος, σε συνδυασμό με την ένταξη της στην Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς επίσης και η κατάρρευση των καθεστώτων της ανατολικής Ευρώπης. Χάρη στη γεωπολιτική της θέση η χώρα μας μετατράπηκε, σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα, σε πόλο έλξης για ολόκληρη την περιοχή των Βαλκανίων.

Κύρια χαρακτηριστικά της πρώτης περιόδου (1975-1990) είναι ο περιορισμός των μεταναστευτικών εκροών προς τρίτες χώρες και η επιστροφή ελλήνων μεταναστών της πρώτης μεταπολεμικής περιόδου, δηλαδή των παλιννοστούντων. Κατά την δεύτερη φάση της μετανάστευσης προς την Ελλάδα, από τις αρχές της δεκαετίας του ’90 και μετά, η μεγάλη πλειοψηφία των μεταναστών ανήκει στη κατηγορία των μη κοινοτικών αλλοδαπών οι οποίοι εισέρχονται ανεπίσημα στη χώρα μας. Επίσης, αρκετά μεγάλος είναι και ο αριθμός των ομογενών οι οποίοι επαναπατρίζονται, προερχόμενοι κυρίως από τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης[29].

Για να καταλάβει κανείς το πραγματικό μέγεθος της μετανάστευσης προς την Ελλάδα πρέπει να συγκρίνει τα επίσημα στοιχεία που δίνονται από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος και είναι βασισμένα στις απογραφές του πληθυσμού. Έτσι, το 1981 ο πραγματικός πληθυσμός της Ελλάδος είναι 9.740.417 εκ των οποίων οι 171.424 ήταν ξένοι υπήκοοι, ενώ τα αντίστοιχα στοιχεία για το έτος 1991 είναι 10.259.900 και 167.276 και για το έτος 2001, 10.964.080 εκ των οποίων 797.093 ήταν ξένοι υπήκοοι.

[29] Μπάκαβος Χρήστος, Παπαδοπούλου Δέσποινα, “Μεταναστευτικές τάσεις και ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική”, Μελέτες ΙΝΕ-ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ 2003.

Μεταξύ αυτών των ξένων υπηκόων συμπεριλαμβάνονται και οι κοινοτικοί αλλοδαποί οι οποίοι σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να ξεπερνούν τις 50.000, σύμφωνα τουλάχιστον με τις εκτιμήσεις της Eurostat στα τέλη της δεκαετίας του '90. Κατά συνέπεια περίπου το 95% των αλλοδαπών που απογράφηκαν στην Ελλάδα το 2001 ήταν πολίτες τρίτων χωρών.

Παρόλα αυτά, δεν μπορούμε να υπολογίσουμε με βεβαιότητα το πραγματικό μεταναστευτικό πληθυσμό διότι υπάρχουν εκτιμήσεις[30] σύμφωνα με τις οποίες κάποιοι αλλοδαποί από όλες τις κατηγορίες δεν απογράφηκαν τελικά. Αν ο συνολικός αριθμός των τελευταίων ανέρχεται όντως μεταξύ 75.000 και 225.000 αλλοδαπών, τότε στην Ελλάδα κατά το έτος 2001 οι αλλοδαποί που ζούσαν στην χώρα μας ίσως ήταν μεταξύ 870.000 και 1.000.000. Στην πρώτη περίπτωση της επίσημης εκδοχής το ποσοστό των αλλοδαπών στον ελληνικό πληθυσμό είναι 8-8,5% ενώ σύμφωνα με τις διαφορετικές εκτιμήσεις που αναφέρθηκαν το ποσοστό αυξάνει επουσιωδώς σε 8-9%.

Στο σύνολο των αλλοδαπών με βάση την εθνική καταγωγή, η πολυπληθέστερη ομάδα είναι αυτή των αλβανών μεταναστών με ποσοστό 61,8% και ακολουθούν οι βούλγαροι με 7,7%, οι πακιστανοί με 4,3%, οι ρουμάνοι με 3,95%, οι ουκρανοί με 2,8% και οι πολωνοί με 2,5%. Συνολικά στην Ελλάδα υπάρχουν μετανάστες από περίπου 120 χώρες του κόσμου[31] και ιδιαίτερα την ευρύτερη περιοχή των Βαλκανίων.

Από την πρώτη κιόλας στιγμή της εμφάνισης του φαινομένου της μετανάστευσης στον ελλαδικό χώρο, έγινε αντιληπτό ότι το μεγαλύτερο τμήμα των μεταναστών μετακινούταν στην Ελλάδα είτε για την προσφορά μισθωτής εργασίας είτε για αναζήτηση δουλειάς. Μέχρι και σήμερα η συντριπτική πλειοψηφία των αλλοδαπών ανήκει στη κατηγορία του μετανάστη μισθωτού, όπως αυτή ορίσθηκε ανωτέρω. Δεν είναι, λοιπόν, τυχαίο, ότι και η ελληνική πολιτεία, ήδη από τις πρώτες δεκαετίες του προηγούμενου αιώνα, επιχείρησε να προσαρμόσει ανάλογα και το νομικό καθεστώς για τους αλλοδαπούς.

β) Το νομικό καθεστώς για τους μετανάστες.

Ο πρώτος σχετικός νόμος, ήταν ο ν. 3275/1925 "περί εγκαταστάσεως και κινήσεως αλλοδαπών εν Ελλάδι" και ίσχυσε μέχρι την αντικατάσταση του από τον νόμο 4310/1929 με τίτλο "Περί εγκαταστάσεως και κινήσεως αλλοδαπών εν Ελλάδι, αστυνομικού ελέγχου, διαβατηρίων, απελάσεων και εκτοπίσεων" ο οποίος ίσχυσε μέχρι το 1991 με κάποιες προφανώς τροποποιήσεις.

Οι διατάξεις του απαγόρευαν την είσοδο στην Ελλάδα με σκοπό την εργασία για όσους δεν είχαν εκ των προτέρων εφοδιαστεί με την άδεια εργασίας την οποία εξέδιδε ο Υπουργός Εσωτερικών και μετά το 1936 ο Υπουργός Εργασίας. Μετά από 62 χρόνια ο νόμος αυτός αντικαθίσταται από τον ν.1975/1991[32], ο οποίος συμπίπτει χρονικά με την εμφάνιση των πρώτων μαζικών ρευμάτων μεταναστών που ακολούθησαν τις κοσμογονικές αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν στις χώρες του ανατολικού μπλοκ.

[30] Βλ. Μπάκαβος Χρήστος και Παπαδοπούλου Δέσποινα, το ίδιο.

[31] Τα στοιχεία αυτά παρατίθενται στην έκθεση του καθηγητή Ρομπόλη Σάββα, "L'immigration en Grèce», rapport, Système d' Observation Permanente des Migrations (SOPEMI), réunion du 4 au 6 décembre 2002, Paris.

[32] ΦΕΚ Α 184, 21/11/1999.

Με το πρόχειρο αυτό νομοθέτημα πραγματοποιήθηκε μια πρώτη βεβιασμένη αντίδραση σε ένα νέο φαινόμενο, δείγμα τόσο της πλήρους άγνοιας των αρμοδίων αρχών γύρω από τη μετανάστευση, όσο και της διάθεσης να αντιμετωπιστούν οι μετανάστες εργάτες ως κίνδυνος και όχι ως νέα πραγματικότητα για την χώρα μας. Συγκεκριμένα διατηρείται η απαγόρευση εισόδου χωρίς την προαπαιτούμενη άδεια εργασίας ετήσιας αρχικά διάρκειας, επί τη βάση της οποίας εκδιδόταν και η άδεια παραμονής, το μαγικό χαρτάκι που προστάτευε τους εργαζόμενους και τους εργοδότες τους από τις πολύ αυστηρές κυρώσεις με τις οποίες τιμωρούταν η ανεπίσημη εργασία.

Στόχος του νόμου 1975/1991 ήταν να αποφευχθεί η δημιουργία της εντύπωσης ότι η Ελλάδα είναι μια χώρα στην οποία θα μπορούσε κανείς σχετικά εύκολα να αναζητήσει εργασία δια της νομίμου οδού. Για την επίτευξή του μάλιστα, οι αρμόδιοι για την χάραξη της ελληνικής μεταναστευτικής πολιτικής φρόντισαν να πλαισιώσουν τις προϋποθέσεις απόκτησης των δύο αδειών (εργασίας και παραμονής) με τη συγκέντρωση όσο το δυνατόν περισσότερων δικαιολογητικών εγγράφων.

Η ελπίδα ότι, με ένα κατεξοχήν γραφειοκρατικό κρατικό μηχανισμό, θα ήταν τελικά εφικτό να αποτραπεί το “κακό”, κατέρρευσε σαν χάρτινος πύργος. Η είσοδος χιλιάδων απεγνωσμένων μεταναστών δεν ήταν δυνατόν να αναχαιτιστεί με την ψήφιση νόμων, ή με την ενίσχυση τον περιπολιών στα χερσαία και θαλάσσια σύνορα της χώρας. Το 1997 εκδίδονται δύο προεδρικά διατάγματα μέσω των οποίων, χωρίς να καταργείται ο προηγούμενος νόμος, δίνεται μία δεύτερη ευκαιρία στους μη καταγεγραμμένους μετανάστες να “νομιμοποιηθούν”.

Η υλοποίηση της ευκαιρίας αυτής περιελάμβανε δύο φάσεις: κατά την πρώτη φάση (π.δ. 358/1997[33]) έγινε η “καταγραφή των αλλοδαπών που διαμένουν παράνομα στην Ελλάδα και είτε απασχολούνται είτε αναζητούν απασχόληση”. Όσοι ανταποκρίθηκαν σε αυτό το κάλεσμα απέκτησαν την λευκή κάρτα, την κάρτα προσωρινής άδειας παραμονής που επείχε και θέση προσωρινής άδειας εργασίας.

Με την κάρτα αυτή και ύστερα από μία πολύπλοκη διαδικασία (π.δ. 359/1997[34]) ήταν δυνατή η απόκτηση της κάρτας παραμονής περιορισμένης χρονικής διάρκειας, δηλαδή της πράσινης κάρτας, η οποία ίσχυε και ως κάρτα εργασίας και εκδιδόταν για ένα έως τρία χρόνια. Όσοι δεν κατάφεραν να την αποκτήσουν έπρεπε να εγκαταλείψουν την χώρα, ενώ για τους μελλοντικούς μετανάστες εξακολουθούσαν να ισχύουν όσα όριζε ο νόμος 1975/1991.

Συνολικά στη πρώτη φάση ανταποκρίθηκαν 369.629 αλλοδαποί και στη δεύτερη μόλις 212.860[35]. Είναι εξαιρετικά εύκολο να καταλάβει κάποιος ότι ένας πολύ μεγάλος αριθμός μεταναστών συνέχισε να διαμένει και να εργάζεται ανεπίσημα ενώ ταυτόχρονα δεκάδες χιλιάδες άλλοι συνέχισαν να εισέρχονται στην επικράτεια με όποιο τρόπο θεωρούσαν πρόσφορο.

Το 2001 είναι η χρονιά-σταθμός για τη μετανάστευση στην Ελλάδα, αφού αποφασίζονται δραστικά μέτρα για την καταπολέ-

[33] ΦΕΚ Α 240, της 28ης Νοεμβρίου 1997.

[34] Το ίδιο.

[35] Πηγή Καβουνίδη Τζένη & Χατζάκη Λουκία, “Αλλοδαποί που υπέβαλλαν αίτηση για κάρτα προσωρινής παραμονής: υπηκοότητα, φύλο και χωροθέτηση, Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας, Αθήνα, 1999.

μηση της παράνομης μετανάστευσης και για την χάραξη νέας μεταναστευτικής πολιτικής. Ο νόμος 2910/2001[36] αποτελεί ένα συνδυασμό της φιλοσοφίας που διέπει τις νομικές διατάξεις του νόμου του 1991 και των προεδρικών διαταγμάτων του 1997[37].

Στα άρθρα 19-24 ορίζονται οι όροι για την απόκτηση της άδειας εργασίας και παραμονής για τους μελλοντικούς μετανάστες και στα άρθρα 65-66 προτείνεται μια τρίτη ευκαιρία καταγραφής για τους ανεπίσημους αλλοδαπούς. Βασική επιδίωξη παραμένει η αποθάρρυνση των μεταναστών όσον αφορά στην εκκίνηση της επίπονης και πολυδάπανης διαδικασίας για την απόκτηση της ετήσιας άδειας εργασίας και στην συνέχεια της επίσης ετήσιας άδειας παραμονής.

Λίγους μήνες μετά από την έναρξη ισχύος του νόμου αποδείχθηκε το αδιέξοδο των προβλεπόμενων διαδικασιών, τη στιγμή μάλιστα που στην πράξη αποκλειόταν ένας μεγάλος αριθμός από αυτούς τους οποίους η Πολιτεία υποτίθεται προσπαθούσε να καταγράψει και να νομιμοποιήσει[38]. Παρόλο που η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υπολογίζει σε 585.000 τους επίσημους μετανάστες για το έτος 2002, για χιλιάδες μετανάστες και τις οικογένειές τους η διατήρηση της μαύρης εργασίας και η επισημοποίηση του καθεστώτος ομηρίας, αποτελούν αναμφίβολα μια πραγματικότητα και παράλληλα παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν σε κοινωνικό αποκλεισμό.

Θα πρέπει, σ' αυτό το σημείο, να διευκρινιστεί ότι θα ήταν προτιμότερο να αποφεύγονται χαρακτηρισμοί όπως "παράνομοι" μετανάστες ή "λαθρομετανάστες", όχι για λόγους κομψότητας κατά την έκφραση, αλλά γιατί η χρήση αυτών των όρων επιβαρύνει την κοινωνική τους θέση και εικόνα. Ένα μικρό κομμάτι μόνο των μεταναστών στην ιστορία της ανθρωπότητας είχε την πολυτέλεια της επίσημης πρόσκλησης από την χώρα υποδοχής και δεν ισχύει κάτι διαφορετικό στην περίπτωση της Ελλάδος.

Οι όροι "ανεπίσημοι" ή "μη καταγεγραμμένοι" μετανάστες δεν είναι αρνητικά φορτισμένοι και αποδίδουν καλύτερα το περιεχόμενο της κατάστασης που θέλουν να περιγράψουν. Άλλωστε δεν χρησιμοποιείται ποτέ ο όρος "παράνομος" εργαζόμενος για κάποιον έλληνα που εργάζεται χωρίς προηγούμενα να έχει υπογράψει σύμβαση εργασίας. Γιατί θα πρέπει να συμβαίνει αυτό όταν ο εργαζόμενος δεν έχει την ελληνική ιθαγένεια;

Ας δούμε, όμως, με ποιο τρόπο συναντώνται οι έννοιες του κοινωνικού αποκλεισμού και της υγείας για όλους τους ευπαθείς κοινωνικά πληθυσμούς της Ελλάδας.

ΙΙ. Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΥΠΑΘΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΜΙΑ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.

Αν εξαιρέσει κανείς τα απολύτως ρατσιστικά καθεστώτα τα οποία έχει κατά και-

[36] Ο οποίος ισχύει μέχρι σήμερα, ΦΕΚ Α 91, 27.4/2.5.2001.

[37] Σχετικά με αυτό το ζήτημα βλ. Καψάλης Αποστόλης, " Ο νόμος 2910/2001 και η απασχόληση των μεταναστών", Επιθεώρηση Εργασιακών Σχέσεων, τεύχος 28, Οκτώβριος 2002, σελ. 39-52.

[38] Κατσορίδας Δημήτρης και Καψάλης Απόστολος, "Η σύγχρονη ελληνική μεταναστευτική πολιτική: περιεχόμενο και αποτελέσματα", Τετράδια του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ, Τεύχος 24, Απρίλιος 2003 και Καψάλης Απόστολος, " Συμπεράσματα της διημερίδας της ΓΣΕΕ με θέμα "Για μια κοινή μεταναστευτική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης", Ενημέρωση του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ, τεύχος 92, Φεβρουάριος 2003, σελ. 2-9.

ρούς γνωρίσει η ανθρωπότητα[39], δύσκολα θα εντοπισθούν κράτη τα οποία θεμελιώνουν εξ ολοκλήρου την εσωτερική έννομη τάξη τους σε βασικές αρχές που προάγουν τις διακρίσεις με βάσει την εθνική, φυλετική ή εθνοτική καταγωγή. Σε συνταγματικό επίπεδο συγκεκριμένα, η αρχή της ισότητας αναδεικνύεται σε μία από τις κεντρικές συνιστώσες των δημοκρατικών πολιτευμάτων. Στην κοινοτική νομοθεσία, λαμβάνεται πλέον και η ανάλογη μέριμνα για τον εντοπισμό και την ουσιαστική καταπολέμηση όλων των μορφών διακρίσεων που εμφανίζονται, παρόλα αυτά, στη καθημερινή ζωή.

Στο άρθρο 5 παρ. 2 του Συντάγματος[40] αναφέρεται ότι "όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων. Εξαιρέσεις επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το διεθνές δίκαιο." Στο ίδιο άρθρο προστέθηκε μία πέμπτη παράγραφος[41] σύμφωνα με την οποία "Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων".

Με αυτό τον τρόπο, λοιπόν, κατοχυρώνεται στην Ελλάδα η άσκηση όλων των ατομικών δικαιωμάτων μεταξύ των οποίων και το κοινωνικό δικαίωμα στην προστασία της υγείας, το οποίο όπως ήδη αναφέρθηκε τελεί υπό την μέριμνα του κράτους. Οποιοσδήποτε βρίσκεται στην χώρα μας απολαμβάνει χωρίς καμία διάκριση την απρόσκοπτη άσκηση του δικαιώματός αυτού.

Εντούτοις, σε ένα δημοκρατικό πολίτευμα υπάρχουν πολλές εκδοχές σχετικά με την εφαρμογή της αρχής της μη διάκρισης. Ακόμη και σε επίπεδο νομοθετικής ρύθμισης κάποιοι είναι πολλές φορές "λιγότερο" ίσοι από κάποιους άλλους. Δυστυχώς ο τομέας της υγείας δεν αποτελεί εξαίρεση από αυτή την πραγματικότητα, την οποία κατά κύριο λόγο βιώνουν τα μέλη των κοινωνικά ευπαθών ομάδων.

Ανεξάρτητα από τη νομική προστασία αυτή καθεαυτή θα πρέπει να εξετάζεται ταυτόχρονα και η δια του αποτελέσματος εξασφάλιση της ισότιμης άσκησης του δικαιώματος που επιδιώκεται μέσα από κάθε ρύθμιση. Κατά τη εφαρμογή μιας διάταξης μπορεί να παρεμβάλλονται πράξεις, παραλείψεις ή καταστάσεις που να ακυρώνουν στην πράξη την απόδοση της εν λόγω προστασίας. Για την συνολική αποτίμηση του βαθμού προστασίας του δικαιώματος στην υγεία θα πρέπει να συνεκτιμήσουμε και την αμυντική θωράκιση απέναντι σε αθέμιτους παράγοντες οι οποίοι ενδεχομένως υπεισέρχονται. Εφόσον βεβαίως αυτοί είναι όντως αθέμιτοι...

Η συνολική εικόνα σε ότι αφορά στη χώρα μας δεν είναι σίγουρα η καλύτερη δυνατή. Στην ελληνική εθνική έκθεση για τον κοινωνικό αποκλεισμό, η οποία αναφέρθηκε ήδη στην εισαγωγή, στο θέμα της υγείας αφιερώνονται μόλις τρεις παράγραφοι[42] σε λιγότερο από μία σελίδα. Εκεί αναφέρεται ότι ο εκσυγχρονισμός του

[39] Όπως το σύστημα της ξεχωριστής ανάπτυξης της Νοτίου Αφρικής (Απαρτχάιντ).

[40] Με τίτλο "Γενική και προσωπική ελευθερία".

[41] Η παράγραφος αυτή προστέθηκε με το Ψήφισμα της Ζ Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων (ΦΕΚ Α 84) και η ισχύς της αρχίζει από 17.4.2001.

[42] Με το τίτλο "Access to health and medical care", σελ. 30.



εθνικού συστήματος υγείας επιδιώκει την εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης όλων σε ποιοτικές υπηρεσίες ενώ μία απλή αναφορά γίνεται και στις κατηγορίες των ανασφάλιστων, των πολιτικών προσφύγων και των μεταναστών.

Η κοινή έκθεση των κρατών-μελών, η οποία βασίσθηκε στις εθνικές εκθέσεις, αναφέρει[43] μεταξύ άλλων για την περίπτωση της Ελλάδος, ότι έχουν αυξηθεί οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία στο 24,5% του ΑΕΠ το 1998, όταν ο μέσος όρος των 15 της Ένωσης ήταν 27,7%. Επίσης, η Ελλάδα δεν έχει θεσπίσει ούτε τυπικό όριο φτώχειας ούτε ένα πανελλήνιο ελάχιστο εξασφαλισμένο εισόδημα.

Για το θέμα της αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού επισημαίνεται ότι το Εθνικό Σχέδιο Δράσης δεν παρέχει κανένα ποσοτικοποιημένο στόχο και ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη για υιοθέτηση αντικειμενικών αποδείξεων μέσω καλύτερων στατιστικών στοιχείων και ανάλυσης. Τέλος, η ενοποίηση και η εφαρμογή ενιαίων κριτηρίων για τις άνισες παροχές παραμένει μελλοντικό καθήκον...

Όσον αφορά στα μέτρα σχετικά με την εγγύηση της πρόσβασης όλων στους πόρους, τα δικαιώματα, τα αγαθά και τις υπηρεσίες τονίζεται, στην ίδια έκθεση, ότι πρόκειται μόνον για γενικές μεταρρυθμίσεις συστημάτων. Παράλληλα εκφράζεται και η αμφιβολία κατά πόσον τέτοιου είδους γενικές μεταρρυθμίσεις μπορούν από μόνες τους να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των μελών των μειονεκτουσών ομάδων του πληθυσμού. Είναι σίγουρα μια εύλογη απορία, η οποία πρέπει άμεσα να απαντηθεί.

Ας περάσουμε, λοιπόν, στην εξέταση των στοιχείων που έχουμε στην διάθεσή μας, αφού πρώτα γίνουν κάποιες διευκρινήσεις. Αρχικά θα γίνει μία σύντομη γενική περιγραφή της διαδικασίας πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ανεξάρτητα από την καταγωγή του ασθενούς (Α). Στην συνέχεια θα πραγματοποιηθεί η κατά κατηγορία εξέταση του κοινωνικού αποκλεισμού και της υγείας για κάθε μία ομάδα-στόχο, όπως αυτές ορίσθηκαν από το ελληνικό εθνικό δίκτυο (Β).

Α. ΟΙ ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΟΥ ΔΙΕΠΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ[44].

Για δύο λόγους καταφεύγει κανείς στις υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων:

[43] Σελ. 29-36 της έκθεσης.

[44] Τα στοιχεία αυτά περιέχονται στην έκθεση με τίτλο “Η νοσηλεία των αλλοδαπών ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία”, που συνέταξε τον Μάρτη του 2003 η κοινωνική λειτουργός του Γενικού Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών (ΓΝΝΘΑ) “Η Σωτηρία” κα Ελεάννα Μπουγιούρη, στα πλαίσια του προγράμματος για το κοινωνικό αποκλεισμό και την υγεία των μεταναστών και για τις ανάγκες της παρούσης έκθεσης.

την απλή εξέταση και την νοσηλεία. Στην πρώτη περίπτωση, ο ασθενής που ενδιαφέρεται να εξεταστεί στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία οφείλει να καταβάλλει το αντίτιμο της εξέτασης το οποίο ανέρχεται σε 3 ευρώ περίπου. Το ίδιο ισχύει και για τις εργαστηριακές του εξετάσεις στα Ιατρεία αυτά. Εξαίρεση προβλέπεται για τους ασθενείς του Αντιφυματικού Ιατρείου, όπου η παρακολούθηση είναι δωρεάν (ιατρική εξέταση, εργαστηριακός έλεγχος, φαρμακευτική αγωγή).

Προκειμένου για την εισαγωγή του ασθενούς σε όλα ανεξαιρέτως τα Νοσοκομεία της χώρας ισχύουν τα εξής: καθένας ο οποίος θεωρεί ότι χρήζει ιατρικής φροντίδας προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, γνωστό και ως Εφημερείο. Μετά από δωρεάν εξέταση και τυπικό εργαστηριακό έλεγχο, ο οποίος κοστολογείται, αν το περιστατικό κριθεί από τους εξετάζοντες ιατρούς ως "επείγον", ο ενδιαφερόμενος απευθύνεται στο Γραφείο Κίνησης Ασθενών, όπου και ξεκινά η διαδικασία εισαγωγής.

Ο ασθενής παρακολουθείται στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία είτε για λόγους πρόληψης, είτε για χρόνιο πρόβλημα υγείας είτε για follow up της νοσηλείας του με προκαθορισμένα ραντεβού. Σε κάποιες περιπτώσεις, όπως οι μη επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις, τηρείται μία λίστα αναμονής για την εισαγωγή των ασθενών.

Το κόστος της διαδικασίας εισαγωγής είναι περίπου 15 ευρώ, ενώ κάθε ημέρα νοσηλείας κοστίζει κατά μέσο όρο 60 ευρώ. Για να καλυφθούν αυτά τα έξοδα υπάρχουν δύο τρόποι: είτε ο ασθενής είναι ασφαλισμένος, οπότε τα νοσήλια καλύπτονται από τον ασφαλιστικό του φορέα, είτε ο ασθενής είναι ανασφάλιστος, οπότε είναι υποχρεωμένος να καταβάλει όλο το ποσό.

Στη δεύτερη αυτή περίπτωση, για να εξασφαλιστεί η κάλυψη των εξόδων τηρείται από το Γραφείο Κίνησης σε συνεργασία με το Λογιστήριο του Νοσοκομείου, η τακτική της απαίτησης κατάθεσης[45] προκαταβολής ύψους περίπου 150 ευρώ, έναντι του συνολικού κόστους νοσηλείας. Αν ο ασθενής δεν έχει εκείνη τη στιγμή τα χρήματα αυτά μαζί του, συμπληρώνει ένα σχετικό έντυπο με το οποίο αναγνωρίζει το χρέος του προς το Νοσοκομείο καθώς επίσης και την υποχρέωση για την ταχύτερη δυνατή εκπλήρωσή του.

Το χρέος αυτό υπάγεται στη νομοθεσία που διέπει τα "χρέη προς το Δημόσιο" κατά την οποία τα χρήματα αυτά εισπράττονται από το υπόχρεο μέσω της φορολογικής του δήλωσης. Δεν είναι, όμως, σπάνιες οι περιπτώσεις όπου τα χρέη παραμένουν σε εκκρεμότητα λόγω της έλλειψης Αριθμού Φορολογικού Μητρώου του ασθενούς.

Ένα άλλο πρακτικό μέτρο πίεσης στο οποίο καταφεύγει το Γραφείο Κίνησης είναι η μη χορήγηση στους ενδιαφερόμενους μετά το πέρας της νοσηλείας, επίσημων και εγκύρως σφραγισμένων εγγράφων, τα οποία θα πιστοποιούσαν την ολοκλήρωση της όλης διαδικασίας. Με τη μέθοδο αυτή αφαιρείται κάθε δυνατότητα από τον ανασφάλιστο να καταφέρει να καλύψει το κόστος της νοσηλείας του με την συνδρομή άλλων φορέων, οι οποίοι πιθανόν να είχαν την πρόθεση να το κάνουν, εάν μπορούσαν να υπολογίσουν και να δικαιολογήσουν επίσημα το ύψος του χρέους.

[45] Κατά την εισαγωγή του ασθενούς.

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας επιχείρησε πολλές φορές να περιορίσει την "μαύρη τρύπα" στα οικονομικά των νοσοκομείων με νομοθετικές ρυθμίσεις ή ενημερωτικές εγκυκλίους, μέτρα τα οποία αποδεικνύονται αναποτελεσματικά, είτε γιατί χάνονται λόγω τις γραφειοκρατίας, είτε εφαρμόζονται ελλιπώς αφού η υλοποίησή τους επαφίεται στην διακριτική ευχέρεια των υπαλλήλων.

Τα προηγούμενα ισχύουν σε γενικές γραμμές για όλους τους πολίτες που επιθυμούν να εξεταστούν ή να νοσηλευτούν σε ένα δημόσιο νοσοκομείο της χώρας μας. Ή σχεδόν για όλους...

Β. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΕΥΠΑΘΩΝ ΟΜΑΔΩΝ.

Οι ιδιαιτερότητες των ομάδων αυτών και οι αυξημένες πιθανότητες για να υποστούν τις συνέπειες των διαδικασιών του κοινωνικού αποκλεισμού τις καθιστά πολύ συχνά αντικείμενο μελέτης, όπως εν προκειμένω. Είναι, όμως αλήθεια ότι το ξεχωριστό ενδιαφέρον για τα ζητήματα που προκύπτουν, στη βάση μάλιστα πάνω στην οποία εκδηλώνεται, καθώς και οι περαιτέρω εργασίες πρέπει να γίνονται με μεγάλη προσοχή.

Όλες οι πρωτοβουλίες για την προώθηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης των μελών των ομάδων αυτών, στο βαθμό ιδίως που λαμβάνουν τον χαρακτήρα επισήμων πολιτικών, αναπαράγουν λίγο-πολύ το πρόβλημα[46]. Όσο η συζήτηση γύρω από το ζήτημα των κοινωνικά αποκλεισμένων πολιτών αναπτύσσεται και επαναλαμβάνεται, τόσο καθιερώνεται στην συνείδηση όλων, αλλά το κυριότερο και στην δική τους συνείδηση, ότι πρόκειται για ξεχωριστές κατηγορίες, με ειδικές ανάγκες και ιδιαίτερη ανάγκη για φροντίδα.

Η καθιέρωση ομάδων-στόχων στον καθημερινό λόγο, και όχι μόνο στον επιστημονικό, επιτείνει τις διαδικασίες αποκλεισμού των μελών των ομάδων αυτών, επιβεβαιώνοντας τον εσωτερικό τους φόβο και διαλύοντας κάθε υποψία για το αντίθετο: ότι είναι όντως "στιγματισμένοι". Αρκεί να φανταστούμε σε πόσο δυσάρεστη θέση βρίσκεται ένα παιδί οικογένειας μεταναστών, όταν παρακολουθεί στην τηλεόραση μια ενημερωτική εκπομπή με θέμα την εγκληματικότητα ή την παράνομη απασχόληση των μεταναστών εργατών στην Ελλάδα και την άμεση ανάγκη λήψης των αναγκαίων μέτρων από τους αρμόδιους φορείς.

Οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν από την κατηγοριοποίηση αυτή στα πλαίσια των πολιτικών για την κοινωνική ενσωμάτωση εντείνονται ανάλογα με την δημοσιότητα και την διάδοση των πολιτικών αυτών. Ειδικότερα όσον αφορά στο ευαίσθητο θέμα της υγείας, αν τα διάφορα προγράμματα δεν βάζουν σαν στόχο την διαμόρφωση συγκεκριμένων προτάσεων και την ταχεία υλοποίησή τους, ενδέχεται να έχουν στο τέλος τα αντίθετα από τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα.

Η κοινή γνώμη επηρεάζεται εύκολα και θωρακίζεται ακόμη πιο εύκολα όταν πρόκειται για θέματα που "σχετίζονται" με την δημόσια υγεία και υγιεινή. Οι τσιγγάνοι ζουν συχνά παρόμοιες καταστάσεις, τη στιγμή μάλιστα που υποψήφιοι Δήμαρχοι της Βορείου Ελλάδος υπόσχονται να λύσουν το "πρόβλημα του καταυλισμού" άμα τη εκλογή τους, υπονοώντας φυσικά ότι αυτό θα γίνει δια της απομακρύνσεως.

[46] Βλ. σχετικά Παπαδοπούλου Δέσποινα (Επιστ. Υπεύθυνος), "Από την κοινωνική ευπάθεια στον κοινωνικό αποκλεισμό", ΙΝΕ-ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ 2002, σελ. 37.

Πάντοτε στο θέμα της υγείας και των ευπαθών ομάδων, το προεδρικό διάταγμα 95/2000[47] περιλαμβάνει το άρθρο 22 με τίτλο "Διάρθρωση- Αρμοδιότητες- Διεύθυνσης Κοινωνικής Αντίληψης και Αλληλεγγύης". Με αυτό το άρθρο η πρώτη αρμοδιότητα της Διεύθυνσης αυτής αφορά σε θέματα προστασίας ευπαθών ομάδων και πιο συγκεκριμένα στην μελέτη, κατάρτιση και παρακολούθηση της εφαρμογής προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας ή οικονομικής ενίσχυσης των οικονομικά αδυνάτων, των κοινωνικά απροσάρμοστων (επαιτώναλητών) και των παλιννοστούντων ομογενών και επαναπατριζόμενων Ελλήνων (εμφυλίου πολέμου) και των Ελλήνων μεταναστών, καθώς και αυτών που προσφεύγουν από άλλες χώρες συνεπεία βίαιων γεγονότων ή άλλων λόγων ανάγκης και άλλων ευπαθών ομάδων του πληθυσμού[48].

Στις αρμοδιότητες της Διεύθυνσης Κοινωνικής Αντίληψης και Αλληλεγγύης ανήκει, επίσης, η μελέτη των αιτίων και των διαστάσεων της φτώχειας, καθώς και η μελέτη και η εισήγηση μέτρων για την αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου. Όπως συγκεκριμένα αναφέρεται και στην κοινή ευρωπαϊκή έκθεση σχετικά με την πρόοδο της χώρας μας στο τομέα αυτό, πρόκειται για γενικές εξαγγελίες σε νομοθετικό επίπεδο χωρίς προς το παρόν χειροπιαστά παραδείγματα ως προς την εφαρμογή τους.

Για την Ελλάδα το ενδιαφέρον θα επικεντρωθεί στις εξής ομάδες: τους μετανάστες (α), τους αιτούντες άσυλο και τους πρόσφυγες (β), τις πολιτιστικές μειονότητες των ελλήνων μουσουλμάνων και των τσιγγάνων (γ) και τους παλιννοστούντες/ομογενείς (δ). Επειδή πολλά στοιχεία είναι κοινά για όλες τις κατηγορίες, μετά την αναλυτική εξέταση της περίπτωσης των μεταναστών, το βάρος θα δοθεί μόνο στα διαφορετικά σημεία των υπολοίπων ομάδων σε σχέση με την πρώτη.

α) Οι μετανάστες.

i) Το νομικό πλαίσιο που διέπει την πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως για την εισαγωγή και την νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία δεν ισχύουν απόλυτα για τους αλλοδαπούς οι οποίοι βρίσκονται στην ελληνική επικράτεια, αλλά δεν έχουν την υπηκοότητα χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου ή δεν ανήκουν στην κατηγορία των προσφύγων.

Για την μεγάλη πλειοψηφία, λοιπόν, των αλλοδαπών έως το Ιούλιο του 2000 ίσχυαν σε γενικές γραμμές τα εξής: Βάσει της σχετικής νομοθεσίας κάθε αλλοδαπός νοσηλευόμενος που ανήκε στην κατηγορία του "τουρίστα" δικαιούταν δωρεάν νοσηλευτικής φροντίδας, εάν είχε διαβατήριο με σφραγίδες από τις οποίες προέκυπτε ότι δεν είχε παρέλθει διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών από την είσοδο του αλλοδαπού στην επικράτεια.

Εάν το διάστημα των τριών μηνών είχε παρέλθει, ο ασθενής είχε το δικαίωμα να απευθυνθεί στην Πρεσβεία ή το Προξενείο της χώρας του και να ζητήσει ένα επίσημο έγγραφο με το οποίο βεβαιωνόταν ότι είναι οικονομικά αδύναμος και ως εκ τούτου το νοσοκομείο παρακαλούταν να του προσφέρει ιατροφαρμακευτική και νοσηλευ-

[47] ΦΕΚ Α 76, με τίτλο "Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας".

[48] Άρθρο 22 παρ. 2 περίπτ. 3 του π.δ. 95/2000.

τική φροντίδα. Στην πράξη πολύ δύσκολα οι προξενικές αρχές απέρριπταν αυτό το αίτημα, αφού δεν υποχρεώνονταν στην καταβολή κάποιου ποσού, ενώ δεν είχαν την δυνατότητα να ελέγξουν τη πραγματική οικονομική κατάσταση ενός ασθενούς που είχε ανάγκη νοσοκομειακής περίθαλψης.

ια) <u>Η εγκύκλιος-σταθμός</u>.

Στις 13 Ιουλίου 2000 το νομοθετικό πλαίσιο αλλάζει ριζικά και αξίζει να σταθεί κανείς σε αυτή την ημερομηνία. Η εγκύκλιος Υ4α/οικ.8992, η περίφημη εγκύκλιος Παπαδόπουλου -από το όνομα του Υπουργού Υγείας- προκάλεσε μεγάλη συζήτηση και ποικίλες αντιδράσεις όχι μόνο στον ιατρικό κόσμο αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Ο τίτλος αυτής της εγκυκλίου, η οποία κοινοποιήθηκε αφενός, στους προέδρους και τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας και αφετέρου, στο Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας[49], είναι "Ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη αλλοδαπών" και ισχύει μέχρι σήμερα. Με το έγγραφο αυτό γίνεται μια προσπάθεια ρύθμισης των προϋποθέσεων πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας για όλους τους αλλοδαπούς που βρίσκονται στην χώρα μας.

Στο εισαγωγικό τμήμα της εγκυκλίου αναπτύσσεται η δικαιολογητική βάση για την ανάγκη δραστικής παρέμβασης από την πλευρά του Υπουργείου, όπου με ένα τρόπο, όχι ιδιαίτερα κομψό, εμφανίζονται οι αλλοδαποί στο σύνολό τους ως η αιτία της "μαύρης τρύπας" των νοσοκομείων της χώρας. Η εν λόγω πρωτοβουλία παρουσιάζεται σαν η έσχατη λύση προκειμένου να προστατευθούν τα συμφέροντα του έλληνα φορολογούμενου, εις βάρος του οποίου νοσηλεύεται δωρεάν ένας μεγάλος αριθμός αλλοδαπών, παρότι δεν έχει αυτό το δικαίωμα, "επιβαρύνοντας έτσι το κρατικό προϋπολογισμό και βλάπτοντας τον ίδιο τον σκοπό του Εθνικού Συστήματος Υγείας".

Σύμφωνα πάντα με την εγκύκλιο, εμπλεκόμενοι στα παράνομα δίκτυα που έχουν συσταθεί εμπλέκονται υπάλληλοι όλων των βαθμίδων και ιδιωτικοί γιατροί, οι οποίοι διοχετεύουν παράνομα ασθενείς στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Στο "λαθρεμπόριο υγείας" υποστηρίζεται ότι συμμετέχουν πολλοί αλλοδαποί με δύο τρόπους.

Στην πρώτη περίπτωση, πρόκειται για ασθενείς οι οποίοι δεν διαμένουν στη χώρα μας, αλλά εισέρχονται στην Ελλάδα ως τουρίστες και εντός σύντομου χρονικού διαστήματος εισάγονται στα νοσοκομείο με την διαδικασία του "επείγοντος", για περιστατικά που δεν εμπίπτουν στην εν λόγω κατηγορία.

Αντιθέτως, όπως αναφέρεται στην εισήγηση της εγκυκλίου, πρόκειται για πανάκριβες προγραμματισμένες εγχειρήσεις ή νοσηλείες παρόλο που η ζωή του ασθενούς δεν διατρέχει άμεσο κίνδυνο. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι "σήμερα το 80% και πλέον των κλινών ορισμένων μαιευτικών κλινικών Νοσοκομείων του ΕΣΥ καταλαμβάνονται από αλλοδαπές που εισήχθησαν ως 'επείγοντα' περιστατικά για δωρεάν νοσηλεία, ενώ είτε έχουν αφιχθεί στη χώρα μας λίγα μόλις εικοσιτετράωρα πριν τη γέννα με τουριστική βίζα, είτε δεν διαθέτουν τα απαιτούμενα νομιμοποιητικά έγγραφα και συχνά βρίσκονται παράνομα στη χώρα μας".

[49] Το οποίο είναι υπεύθυνο για την κίνηση των ασθενοφόρων

Η δεύτερη περίπτωση περιλαμβάνει, εκτός από την είσοδο στην Ελλάδα με αποκλειστικό σκοπό την δωρεάν νοσηλεία, όλους τους άλλους αλλοδαπούς που διαμένουν στη χώρα μας, επίσημα ή όχι, και είναι ανασφάλιστοι. Όπως τονίζεται στην εγκύκλιο, πλαστογραφούνται βιβλιάρια οικονομικής αδυναμίας ή και βιβλιάρια ασφαλιστικών φορέων, με τα οποία παρέχεται δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική περίθαλψη από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ.

Σε δύο μόνο Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις της χώρας οι αρμόδιοι φορείς εντόπισαν περίπου 150 πλαστά βιβλιάρια οικονομικής αδυναμίας, όμως στο κείμενο της εγκυκλίου δεν αναφέρονται συγκεκριμένες λεπτομέρειες για τα στοιχεία αυτά. Τέλος, υποστηρίζεται ότι τέτοιου είδους πρακτικές συχνά παραβιάζουν και διμερείς διακρατικές συμφωνίες με τις χώρες προέλευσης σχετικά με το θέμα της νοσηλείας των υπηκόων τους στην Ελλάδα.

Για όλους αυτούς τους λόγους και για τον τερματισμό του φαινομένου της "κερδοσκοπίας ολίγων επιτηδείων" λαμβάνονται δραστικά μέτρα τα οποία δυστυχώς πλήττουν το σύνολο των μεταναστών που διαβιούν στη χώρα μας. Οι διατάξεις του προεδρικού διατάγματος εφαρμόζονται σε δύο κατηγορίες προσώπων, τους ομογενείς[50] και τους αλλογενείς. Οι τελευταίοι εμφανίζονται ενώπιον των υπηρεσιών υγείας υπό τις εξής ιδιότητες:

1. Αλλοδαποί οι οποίοι ζητούν να εισέλθουν στη χώρα μας προκειμένου να τύχουν δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Για αυτές τις περιπτώσεις διατηρείται εν ισχύ το θεσμικό πλαίσιο το οποίο ορίζει ότι απαιτείται η προηγούμενη χορήγηση έγγραφης εγκριτικής απόφασης από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας που θα κοινοποιείται στο αρμόδιο νοσοκομείο. Η απόφαση αυτή πρέπει να έχει εκδοθεί αποκλειστικά και μόνο από το Υπουργείο Υγείας για συγκεκριμένη περίπτωση ενώ παράλληλα παρέχεται το δικαίωμα ο ασθενής να συνοδεύεται από μόνο ένα πρόσωπο της επιλογής του.

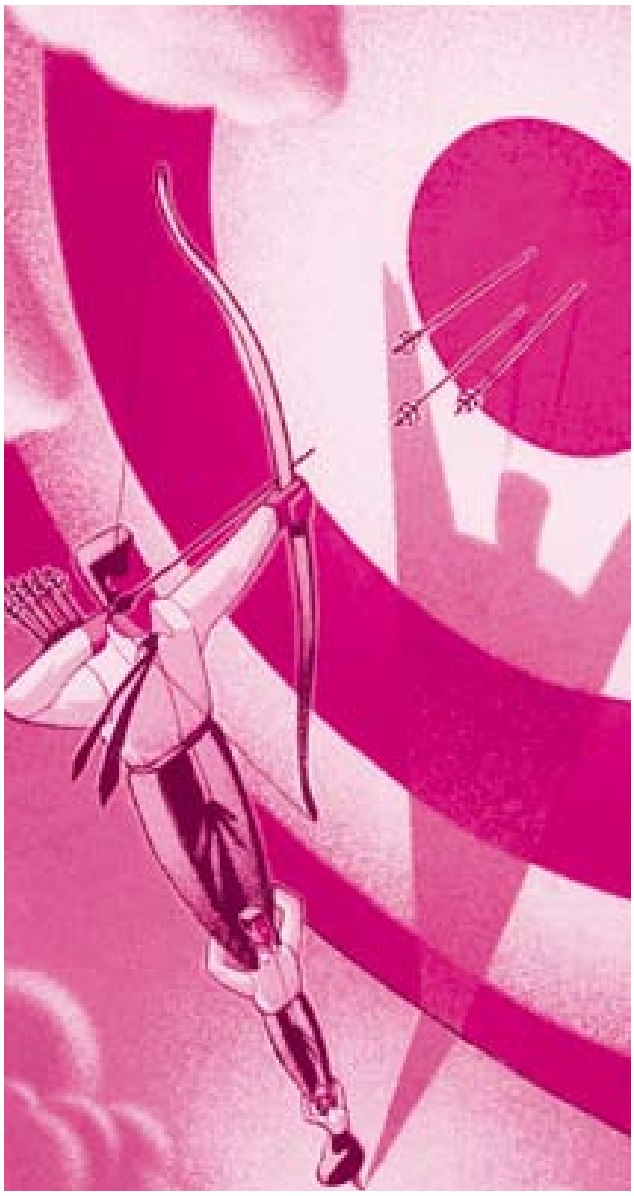
2. Αλλοδαποί υπήκοοι των Συμβαλλομένων Μερών στον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη του 1961, στον Αναθεωρημένο Ευρωπαϊκό Χάρτη του 1996 και στη Σύμβαση για την Ιατρική Αντίληψη του 1953 του Συμβουλίου της Ευρώπης[51]. Σε όλους αυτούς παρέχεται η απαραίτητη περίθαλψη που απαιτεί η κατάσταση της υγείας τους εφόσον δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους και δεν καλύπτονται από ασφαλιστικό φορέα. Ισχύουν ταυτόχρονα οι εξής προϋποθέσεις:

- Σε όσους διαμένουν ή εργάζονται "κανονικά" στην Ελλάδα παρέχεται ιατρική περίθαλψη με τους όρους που ισχύουν για τους έλληνες πολίτες.

- Σε όσους νόμιμα βρίσκονται προσωρινά στην χώρα μας (τουρίστες) θα παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες αποκλειστικά σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους. Στα τακτικά περιστατικά για την εισαγωγή τους προκαταβάλλεται υποχρεωτικά το 50% του εκτιμώμενου κόστους νοσηλείας τους.

[50] Η παρουσίαση των μέτρων που τους αφορούν θα γίνει στο αντίστοιχο κεφάλαιο.

[51] Πρόκειται για τους κοινοτικούς αλλοδαπούς και τους υπηκόους των εξής χωρών: Βουλγαρία, Εσθονία, Ισλανδία, Κύπρος, Μάλτα, Νορβηγία, Ουγγαρία, Πολωνία, Ρουμανία, Σλοβακία, Σλοβενία, Τουρκία, Τσεχία.



Θα πρέπει να θεωρήσουμε ότι με τον όρο "κανονική" διαμονή και εργασία εννοείται η κατοχή των προαπαιτούμενων νομιμοποιητικών εγγράφων, δηλαδή των αδειών παραμονής και εργασίας[52] για τους υπηκόους των χωρών που απαριθμούνται και για όσους μόνο από αυτούς είναι αναγκαία η απόκτησή τους, άρα όχι για τους κοινοτικούς αλλοδαπούς.

3. Αλλοδαποί νόμιμα ευρισκόμενοι προσωρινά στην Ελλάδα (τουρίστες) μη προερχόμενοι από τις χώρες που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Με τα μέτρα που ανακοινώνονται εν πρώτοις καταργείται το προϊσχύον δίκαιο και πιο συγκεκριμένα η παράγραφος Α της απόφασης του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών με αριθμό Α3/οικ. 7485/13-6-1981[53].

Στο εξής για την παροχή περίθαλψης απαιτείται ισχύον ταξιδιωτικό έγγραφο με προξενική θεώρηση σε ισχύ. Για την εισαγωγή τακτικών (μη επειγόντων) περιστατικών, προκαταβάλλεται υποχρεωτικά από τους ίδιους, τους ασφαλιστικούς τους φορείς ή τις ασφαλιστικές εταιρείες το 50% του εκτιμώμενου κόστους περίθαλψης και νοσηλείας. Σε όλες τις περιπτώσεις, τακτικού ή έκτακτου περιστατικού, τηρείται κανονικά η διαδικασία είσπραξης νοσηλίων.

Τέλος, οι αρμόδιοι υπάλληλοι οφείλουν να ενημερώσουν τις αστυνομικές αρχές, εάν αμφιβάλλουν για την νομιμότητα της παραμονής των αλλοδαπών ή αν προσκομίζεται βιβλιάριο οικονομικής αδυναμίας. Αυτό το βιβλιάριο θα πρέπει θεωρείται είτε πλαστό είτε παρανόμως εκδοθέν, επειδή, δεν προβλέπεται η έκδοση του για τους αλλοδαπούς αυτής της κατηγορίας.

4. Αλλοδαποί νόμιμα ευρισκόμενοι μόνιμα στην Ελλάδα. Όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως σχετικά με το βιβλιάριο οικονομικής αδυναμίας ισχύουν απόλυτα και για τους αλλοδαπούς αυτής της κατηγορίας, για τους οποίους, επιπλέον, είναι απαραίτητη η κατοχή βιβλιαρίου υγείας ασφαλιστικού φορέα.

[52] Κατά συνέπεια οι "κανονικά εργαζόμενοι" θα πρέπει να έχουν και τα σχετικά ασφαλιστικά βιβλιάρια.

[53] ΦΕΚ Β' 516/7-8-1981.

Εάν δεν υπάρχει τέτοιο βιβλιάριο, θα γίνονται δεκτά από τα νοσοκομεία μόνο επείγοντα περιστατικά και πάντοτε μέχρι την σταθεροποίηση της υγείας τους. Προκειμένου για τακτικά περιστατικά, οφείλουν να καταβάλουν πριν τη εισαγωγή τους το 50% του εκτιμώμενου κόστους νοσηλείας, ενώ σε όλες τις περιπτώσεις, τακτικού ή έκτακτου περιστατικού, τηρείται κανονικά η διαδικασία είσπραξης νοσηλίων.

5. Αλλοδαποί πολιτικοί πρόσφυγες. Για την παροχή δωρεάν περίθαλψης γίνεται δεκτό αποκλειστικά το δελτίο ταυτότητας πρόσφυγα, το δελτίο αιτήσαντος άσυλο αλλοδαπού ή το ειδικό δελτίο παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους αλλοδαπού[54].

6. Αλλοδαποί μη νόμιμα ευρισκόμενοι στην Ελλάδα. Για τους ανεπίσημους μετανάστες που ζουν στην Ελλάδα, παρέχονται οι απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες αποκλειστικά και μόνο εάν πρόκειται για επείγοντα περιστατικά και μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της υγείας τους. Εάν το περιστατικό δεν κριθεί επείγον οι αλλοδαποί αυτής της κατηγορίας δεν θα γίνονται δεκτοί[55], αλλά θα πρέπει να ειδοποιούνται άμεσα οι αρμόδιες αστυνομικές αρχές για τις περαιτέρω νόμιμες συνέπειες.

Το ίδιο πρέπει να συμβεί και στην περίπτωση που προσκομίζεται βιβλιάριο οικονομικής αδυναμίας αφού η έκδοσή του δεν προβλέπεται για τους μη καταγεγραμμένους μετανάστες.

Μετά την περιγραφή των διαφορετικών πιθανών κατηγοριών, στο τέλος της εγκυκλίου αναφέρονται και οι τρόποι παρακολούθησης και ελέγχου εφαρμογής των διατάξεών της. Οι διοικήσεις των νοσοκομείων υποχρεούνται να υποβάλλουν ανά τρεις μήνες Τεχνικό Δελτίο Εισαγωγής Αλλοδαπών το οποίο θα καταχωρείται σε σχετικό πληροφοριακό σύστημα για την στατιστική παρακολούθηση. Τέλος, για τους παραβάτες των ρυθμίσεων προβλέπονται διοικητικές, πειθαρχικές και ποινικές κυρώσεις.

iβ) <u>Η αξιολόγηση του νέου νομικού καθεστώτος.</u>

Είναι σαφές ότι πρόκειται για μια παρέμβαση του Υπουργείου που στόχο έχει να περιορίσει τα φαινόμενα δωρεάν νοσηλείας και παραοικονομίας που επικρατούν στο ευρύτερο σύστημα δημόσιας υγείας. Ως μόνος τρόπος για να γίνει αυτό προβάλλεται ο αυστηρώς έλεγχος στα προσωπικά στοιχεία και την ιδιότητα του ασθενούς κατά την πρώτη επαφή του με τις υπηρεσίες υγείας.

Η εγκύκλιος αυτή αποτελεί μια γρήγορη και αυθόρμητη αντίδραση σε κάποιες συγκεκριμένες καταγγελίες οι οποίες προηγήθηκαν της έκδοσης της κατά λίγες εβδομάδες. Συγκεκριμένα πρόκειται για παράπονα που διατυπώθηκαν εγγράφως προς το Υπουργείο και προέρχονται από προέδρους δημοσίων νοσοκομείων σχεδόν αποκλειστικά της Βορείου Ελλάδος, (δηλαδή των Σερρών, της Αλεξανδρούπολης, της Κομοτηνής) και κυρίως από τους προέδρους του “Ιπποκράτειου” και του “Γ. Παπανικολάου” της Θεσσαλονίκης. Ο τελευταίος μάλιστα είχε εκδώσει με δική του πρωτοβουλία εσωτερική οδηγία προς το προσωπικό του νοσοκομείου σύμφωνα με

[54] Περισσότερα για αυτή την κατηγορία στο αμέσως μετά.

[55] Παράβαλε άρθρο 51 παρ. 1 του Νόμου 2910/2001, σύμφωνα με το οποίο όλες οι δημόσιες υπηρεσίες υποχρεούνται να μην συναλλάσσονται με ανεπίσημους μετανάστες πλην των νοσοκομείων, θεραπευτηρίων και κλινικών ή σε περίπτωση ανήλικων παιδιών.

την οποία οι αρμόδιοι υπάλληλοι όφειλαν να φωτοτυπήσουν και να αποστείλουν στην αρμόδια Νομαρχία τα βιβλιάρια απορίας που επιδείκνυαν οι αλλοδαποί ασθενείς.

Πολλά από τα στοιχεία που αναφέρονται στην εισήγηση της εγκυκλίου είναι εμπνευσμένα από τα κείμενα των επιστολών που εστάλησαν στο Υπουργείο σχετικά με τα κυκλώματα παράνομης εισαγωγής και περίθαλψης. Εντύπωση προκαλεί αναμφίβολα το γεγονός ότι παρόλο που το φαινόμενο το οποίο περιγράφεται κάθε άλλο παρά νέο είναι για την ελληνική πραγματικότητα, η ευθύνη βαραίνει εξολοκλήρου τους αλλοδαπούς ασθενείς εναντίον των οποίων παίρνονται τα δραστικά αυτά μέτρα.

Πέρα από την φωτογράφηση των μεταναστών ως των υπαίτιων αυτής της κατάστασης με ένα τρόπο γενικόλογο, ελλείψει βεβαίως έγκυρων στατιστικών και επιστημονικών δεδομένων, η εγκύκλιος παρουσιάζει ένα επιπλέον πρόβλημα ηθικής τάξης. Η αποτελεσματικότητα του σχεδίου του Υπουργείου έγκειται στο βαθμό ετοιμότητας και διάθεσης των ιατρών[56] να ανταποκριθούν στα νέα αστυνομικά καθήκοντα ελέγχου που τους αποδίδονται με την μορφή μάλιστα της απαραίτητης προϋπόθεσης ως προς την παροχή ιατρικής φροντίδας.

Όπως ήταν αναμενόμενο η αντίδραση τόσο των ίδιων των ιατρών όσο και των μη κυβερνητικών οργανώσεων που δραστηριοποιούνται σε θέματα υγείας ήταν πολύ έντονη από την πρώτη κιόλας στιγμή της δημοσιοποίησης της εγκυκλίου. Ήταν βέβαιο ότι σε περίπτωση εφαρμογής των νέων ρυθμίσεων οι συντριπτική μερίδα των αλλοδαπών θα απέφευγε την επίσκεψη σε ένα νοσοκομείο από φόβο μήπως συλληφθεί.

Ο κίνδυνος για την υγεία συνολικά του ελληνικού πληθυσμού ήταν ορατός, αφού πολλοί μετανάστες δεν θα μπορούσαν να ανταποκριθούν οικονομικά στις απαιτήσεις των ιδιωτών ενώ οι δυνατότητες εξυπηρέτησης από τις μονάδες των ΜΚΟ είναι περιορισμένες. Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγει και μια ιατρική μελέτη στην οποία αναφέρεται ότι ούτως ή άλλως "οι [παράνομοι] κυρίως μετανάστες, στην περίπτωση που νοσήσουν από φυματίωση, δεν είναι αναμενόμενο να προσέλθουν σε κρατικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας, ούτε θα έχουν την οικονομική ευχέρεια να νοσηλευθούν από ιδιώτες γιατρούς και άρα θα αποτελέσουν εστίες διασποράς του νοσήματος για ολόκληρη την κοινωνία"[57]. Υπό την απειλή της σύλληψης ήταν από την πρώτη στιγμή βέβαιο ότι το φαινόμενο αυτό θα εντείνονταν με ανυπολόγιστες συνέπειες για όλο τον πληθυσμό.

Οι διατάξεις αυτές τελικά δεν εφαρμόστηκαν ούτε για μία μέρα. Τα σωματεία των νοσοκομειακών γιατρών και των εργαζομένων στα νοσοκομεία αρνήθηκαν με πλήθος ανακοινώσεων και εκδηλώσεων να εφαρμόσουν τις αντίστοιχες διατάξεις επικαλούμενοι, εκτός από ανθρωπιστικούς λόγους, και τον όρκο του Ιπποκράτη που απαγορεύει την οποιαδήποτε κατάδοση ασθενούς. Πέρα από τις οδηγίες προς συναδέλφους προβλέφθηκε από τους ιατρικούς συλλόγους και τα σωματεία η "κύρωση" της διαγραφής των μη συμμορφούμενων.

[56] Αλλά και των διοικητικών υπαλλήλων.

[57] Κωνσταντινίδης Θ.Κ., Χριστάκη Π., Τσάρα Β., Καπετανγιώργης Α., Κατσουγιαννόπουλος Β.Χ., "Επιδημιολογικοί και κλινικοί χαρακτήρες της φυματίωσης σε μετανάστες στη Βόρεια Ελλάδα κατά την περίοδο 1988-1997", Πνεύμων (13) 1, 2000, σελ 73-83.

Είναι αλήθεια ότι δεν έχει καταγραφεί ούτε μία απόπειρα ιατρού να ελέγξει τα "νομιμοποιητικά" ως προς την παραμονή έγγραφα των αλλοδαπών που προσέρχονται στα εξωτερικά ή τακτικά ιατρεία. Είναι μία από τις σπάνιες περιπτώσεις όπου καταργείται στην πράξη μία Υπουργική διαταγή χάρη στην ευαισθησία και την ανθρωπιά των ελλήνων ιατρών. Αυτών οι οποίοι έρχονται σε καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και δεν διακρίνουν τους ασθενείς με βάση την καταγωγή, το χρώμα του δέρματος ή την προφορά.

Με αυτά τα εξωτερικά γνωρίσματα θα έπρεπε αρχικά να πιθανολογηθεί ότι πρόκειται για αλλοδαπούς, ώστε στη συνέχεια να "ελέγχεί η νομιμότητά τους". Από το ίδιο πνεύμα διέπεται και η δεύτερη παράγραφος του άρθρου 54 του νόμου 2910/2001 η οποία αναφέρει ότι "οι διευθυντές ξενοδοχείων, παραθεριστικών κέντρων, κλινικών και θεραπευτηρίων οφείλουν να ενημερώνουν την αστυνομική υπηρεσία ή την υπηρεσία αλλοδαπών και μετανάστευσης για την άφιξη και την αναχώρηση αλλοδαπών που φιλοξενούν".

Η διάταξη αυτή κρίνεται αντισυνταγματική από την Αρχή προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα[58] η οποία σημειώνει ότι η βεβαιότητα ότι θα ειδοποιηθεί η αστυνομία θα αποτρέψει τον ασθενή από το να επιδιώξει νοσοκομειακή περίθαλψη. Η προστασία της υγείας είναι δικαίωμα όλων ενώ "η διαφοροποίηση ημεδαπών και αλλοδαπών καθίσταται και εξ' αυτού του λόγου αθέμιτη".

Τριάντα μήνες αργότερα, κάτω από το βάρος και της αντίδρασης της κοινής γνώμης, το Υπουργείο Υγείας με νέα εγκύκλιο τον Δεκέμβρη του 2002[59] καταργεί και επισήμως την υποχρέωση των ιατρών να ειδοποιούν τις αρμόδιες αρχές στην περίπτωση που αντιληφθούν ότι πρόκειται για ανεπίσημο μετανάστη.

Παραμένουν, βεβαίως, όλα τα δυσμενή μέτρα που λαμβάνονται εις βάρος ιδίως των ανεπισήμων μεταναστών, όπως η διάταξη με την οποία δεν γίνονται δεκτά τα μέλη αυτής της κατηγορίας για μη επείγοντα περιστατικά. Η μη κυβερνητική οργάνωση "Γιατροί χωρίς Σύνορα" σε ανοιχτή επιστολή-διαμαρτυρία προς τον Υπουργό Υγείας[60] αναφέρει ότι η διάκριση επειγόντων και τακτικών περιστατικών, την οποία θα διενεργούν ενυπόγραφα οι υπεύθυνοι των Εφημερείων, είναι ταυτόχρονα ιατρικά ανέφικτη και επικίνδυνη.

Ιατρικά ανέφικτη είναι γιατί ο διαχωρισμός είναι εκ των προτέρων επισφαλής αφού για παράδειγμα είναι δύσκολη η απάντηση σε ένα ερώτημα όπως "μια πάθηση του αναπνευστικού, η οποία χωρίς θεραπεία μπορεί ανά πάσα στιγμή να εξελιχθεί σε μοιραία οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, είναι οξύ ή σταθεροποιημένο χρόνιο περιστατικό;".

iγ) <u>Η διαδικασία απόκτησης νόμιμων αδειών παραμονής και εργασίας: ένα θεσμικής φύσης έμμεσο εμπόδιο κατά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.</u>

Η επικινδυνότητα της υπόθεσης έγκειται στις συνολικές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία από την εφαρμογή μιας τέτοιας πολιτικής αποκλεισμού από την δημόσια υγεία

[58] Γνωμοδότηση αρ. 86/2001, Ποινική Δικαιοσύνη 10/2001 σελ. 1016.

[59] Είναι η Εγκύκλιος Υ4α/οικ.119820 της 4/12/2002 του Υπουργείου Υγείας με τίτλο "Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή Περίθαλψη αλλοδαπών" και απευθύνεται σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας.

[60] Ανοιχτή επιστολή της 11 Αυγούστου 2000.

εκατοντάδων χιλιάδων μεταναστών. Με την δυσκαμψία και την αναποτελεσματικότητα των γραφειοκρατικών διαδικασιών που προβλέπει ο πλέον πρόσφατος νόμος για την μετανάστευση, περισσότεροι από τα 2/3 των αλλοδαπών εργαζόμενων στην Ελλάδα αδυνατούν να νομιμοποιηθούν, αν και καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια[61].

Εκατοντάδες χιλιάδες πολίτες της Ελλάδος δεν μπορούν να νοσηλευτούν στα δημόσια νοσοκομεία, προκαταβάλλοντας έστω το 50% του εκτιμώμενου ύψους των νοσηλίων, όπως συμβαίνει, επισήμως τουλάχιστον, στην περίπτωση των κατόχων νόμιμης άδειας εργασίας και παραμονής. Επισήμως μόνο, διότι και σε αυτή την περίπτωση προκύπτουν πρακτικά ζητήματα που τελούν σε άμεση σχέση με την πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Για τους αλλοδαπούς νόμιμα ευρισκόμενους στην Ελλάδα, η εγκύκλιος προβλέπει ότι για την παροχή νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης απαιτείται βιβλιάριο υγείας. Δυστυχώς, η καθυστέρηση που σημειώνεται από την ημερομηνία κατάθεσης των δικαιολογητικών για την ανανέωση των αδειών εργασίας και παραμονής μέχρι την τελική τους έκδοση έχει ανυπολόγιστες συνέπειες και στο τομέα της πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Κατά το διάστημα αυτό που διαρκεί πολλές φορές έως και έξι μήνες, και απουσία νόμιμης άδειας εργασίας, οι ασφαλιστικοί φορείς δεν ασφαλίζουν τους ενδιαφερόμενους αλλοδαπούς. Για την άρση του αδιεξόδου το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης εξέδωσε μία εγκύκλιο[62] σύμφωνα με την οποία εντός τριμήνου από την λήξη της διάρκειας των αδειών το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων οφείλει να ασφαλίζει όλους αυτούς τους αλλοδαπούς.

Όπως αναφέρεται στις προτάσεις του Συνηγόρου του Πολίτη επί της τροποποιήσεως του Ν.2910/2001[63] ο εν λόγω οργανισμός δεν συμμορφώθηκε ποτέ προς τις οδηγίες αυτές. Η ασφαλιστική κάλυψη, όμως, αποτελεί μία από τις πολλές προϋποθέσεις για την απόκτηση της άδειας εργασίας και παραμονής με αποτέλεσμα αφενός, να είναι εξαιρετικά δυσχερής η απόκτησή τους, αφετέρου οι ασθενείς να αποκλείονται από την νοσοκομειακή περίθαλψη για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα σε ετήσια βάση.

Επίσης, ένα άλλο ζήτημα που καλούνται να αντιμετωπίζουν οι μετανάστες που φιλοδοξούν παρόλα αυτά να ανανεώσουν τις άδειές τους είναι η μεγάλη καθυστέρηση απόκτησης του πιστοποιητικού υγείας, απαραίτητου δικαιολογητικού για το παραδεκτό της υποβολής της αίτησης για ανανέωση της άδειας. Το πιστοποιητικό αυτό πρέπει να αποδεικνύει ότι ο εξεταζόμενος δεν πάσχει από νόσημα, το οποίο σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα και την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για την δημόσια υγεία.

Στο ίδιο κείμενο ο Συνήγορος του Πολίτη χαρακτηρίζει ως απαράδεκτη την κατάσταση να αδυνατούν τα νοσοκομεία της χώρας και ιδιαίτερα της πρωτεύουσας να εκδώσουν τα πιστοποιητικά υγείας εντός

[61] Βλ Κατσορίδας Δημήτρης και Καψάλης Απόστολος “Η σύγχρονη ελληνική μεταναστευτική πολιτική: περιεχόμενο και αποτελέσματα”, όπως ανωτ.

[62] Α.Π. 63574/1524 της 22.01.2001

[63] Οι προτάσεις κατατέθηκαν στις 8 Απριλίου 2002.

των αναγκαίων προθεσμιών. Εξάλλου η υποχρέωση υποβολής του πιστοποιητικού υγείας σε κάθε ανανέωση των αδειών δημιουργεί την πεποίθηση ότι η ανανέωση αυτή δεν πρόκειται να πραγματοποιηθεί στη περίπτωση που διαπιστωθεί νόσημα ή ασθένεια που συνέβη ενόσω ο μετανάστης παρέμενε νόμιμα στη χώρα.

Η πρόταση του Συνηγόρου για κατάργηση αυτής της απαίτησης που αντίκειται στις αρχές της δημόσιας διοίκησης έγινε τελικά δεκτή πολύ πρόσφατα. Με την παράγραφο 3 του άρθρου 8 του Νομοσχεδίου σχετικά με τους ετεροδημότες[64] δεν απαιτείται πλέον το πιστοποιητικό υγείας για την ανανέωση της άδειας διαμονής, γεγονός που ανακουφίζει τόσο τους μετανάστες της χώρας μας, όσο και τους υπαλλήλους των δημοσίων νοσοκομείων.

Σε όλα αυτά θα μπορούσε να προστεθεί και η διάταξη του άρθρου 42 παρ. 2 του Νόμου 2910/2001 που επιτρέπει την λήψη περιοριστικών μέτρων εναντίον του αλλοδαπού για λόγους δημόσιας υγείας. Για τους ίδιους λόγους στο άρθρο 44 παρ. 1 περ. γ, επιτρέπεται η διοικητική απέλαση αλλοδαπού εφόσον πάσχει από νόσημα που μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για τη δημόσια υγεία σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα και την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και αρνείται να συμμορφωθεί προς τα μέτρα που καθορίζονται από τις ιατρικές αρχές αν και του έχει παρασχεθεί η απαραίτητη πληροφόρηση.

Θα μπορούσε κανείς να πει συνοψίζοντας ότι ο συνδυασμός των ρυθμίσεων της εγκυκλίου του Υπουργείου Υγείας και του Ν. 2910/2001 κατά το πρώτο διάστημα εφαρμογής τους και βάσει των διαδικασιών υλοποίησής τους δεν αποδεικνύεται ευεργετικός για την υγεία των αλλοδαπών. Σε ότι αφορά στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, οι ρυθμίσεις που προβλέπονται αποτελούν την αφετηρία και ταυτόχρονα την εφαρμογή μιας διαδικασίας κοινωνικού αποκλεισμού. Ενός κοινωνικού αποκλεισμού θεσμοποιημένου και κατοχυρωμένου με νομικής ισχύος παρεμβάσεις από την πλευρά της πολιτείας.

Από τη μία μεριά επιδιώκεται να αποθαρρυνθούν οι μετανάστες να αναλάβουν μια, ούτως ή άλλως, επίπονη και δαπανηρή προσπάθεια "νομιμοποίησης", κάτι που θα έχει ως συνέπεια την καθολική αδυναμία πρόσβασης στα τακτικά ιατρεία του νοσοκομείου. Από την άλλη, ακόμα και για αυτούς που καταφέρουν να αποκτήσουν τις πολυπόθητες άδειες, η πρόσβαση αναστέλλεται για μεγάλα χρονικά διαστήματα ενώ σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να προκαταβάλλουν και το 50% του εκτιμούμενου κόστους.

Αυτή η διαδικασία του κοινωνικού αποκλεισμού διακόπηκε σε κάποια σημεία από την αντίρρηση των ανθρώπων που εκλήθησαν να την υλοποιήσουν και από την ευαισθησία φορέων που παρεμβαίνουν σε θέματα υγείας και κοινωνικού αποκλεισμού των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού. Το συνολικό πνεύμα, όμως, της παρεμπόδισης της ισότιμης άσκησης του δικαιώματος στην υγεία παραμένει μια πραγματικότητα, αφού οι περισσότεροι μετανάστες δεν δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παρά μόνο αν το περιστατικό τους χαρακτηριστεί "επείγον".

[64] "Οργάνωση και άσκηση του δικαιώματος των ετεροδημοτών και άλλες διατάξεις", βλ. εφημ. Ελευθεροτυπία, 'Και νομιμοποίηση αλλοδαπών στο νομοσχέδιο για ετεροδημότες', 29/04/2003.

Η διατήρηση αυτής της κατάστασης είναι εξίσου αυθαίρετη και αδικαιολόγητη όσο και η αφετηρία της. Στην αναφορά που συνέταξε η κα Μπουγιούρη με αφορμή την παρούσα έκθεση σημειώνεται ότι υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα στον αριθμό των αλλοδαπών που εκτιμά ότι εξυπηρετεί το προσωπικό του νοσοκομείου σε σχέση με τον πραγματικό αριθμό. Στο ερωτηματολόγιο που η κοινωνική λειτουργός του "Σωτηρία" απηύθυνε σε συγκεκριμένα τμήματα του νοσοκομείου, περιλήφθηκε και η ερώτηση "Σε τι ποσοστό οι εξυπηρετούμενοι του νοσοκομείου μας είναι αλλοδαποί;". Τα αποτελέσματα ήταν τα εξής:

Στο γραφείο κίνησης που καταχωρεί όλους τους νοσηλευόμενους η εκτίμηση του προσωπικού ήταν ότι το 20% τουλάχιστον ήταν αλλοδαποί. Όμως, η καταμέτρηση που επακολούθησε απέδειξε ότι στο σύνολο των 600 ασθενών μόνο οι 40 ήταν αλλοδαποί, δηλαδή ένα ποσοστό γύρω στο 6.7%. Στο Εφημερείο[65] η αρχική εκτίμηση ανέφερε ένα ποσοστό άνω του 40% αλλά στη καταμέτρηση αποδείχθηκε ότι σε όλο το 24ωρο το ποσοστό αυτό ήταν μόλις 5%!

Δεν μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο να συμβαίνει κάτι ανάλογο και σε όλα τα υπόλοιπα νοσοκομεία της χώρας, συμπεριλαμβανομένων και αυτών της βορείου Ελλάδος, οι πρόεδροι των οποίων ουσιαστικά ζήτησαν την έκδοση της εγκυκλίου της 13ης Ιουλίου 2000. Αν είχε ακολουθηθεί η προηγούμενη προσπάθεια στατιστικής τεκμηρίωσης /επαλήθευσης των εκτιμήσεων, ίσως η εγκύκλιος αυτή να μην είχε ποτέ εκδοθεί.

Μία εβδομάδα μετά την έκδοση της εγκυκλίου για την περίθαλψη των αλλοδαπών, το Υπουργείο Υγείας εξέδωσε ακόμη μία[66] με τίτλο "Χορήγηση φαρμάκων από τα φαρμακεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ σε εξωτερικούς ασθενείς". Φάρμακα χορηγούνται μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις προκειμένου να παταχθεί το φαινόμενο της παραοικονομίας και της εξαγωγής φαρμάκων στο εξωτερικό.

Δικαιούχοι είναι μόνο οι: α) ασθενείς που έχουν ήδη νοσηλευτεί στο Νοσοκομείο κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις β) ασθενείς με βιβλιάριο οικονομικής αδυναμίας, άρα μόνο έλληνες πολίτες και ομογενείς και γ) πολιτικοί πρόσφυγες[67]. Η μεγάλη πλειοψηφία των αλλοδαπών που ζουν στη χώρα μας εξαιρείται και από αυτές τις ευεργετικές διατάξεις που αφορούν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

ιδ) <u>Η σημαντική εξαίρεση των ασθενών της HIV/AIDS λοίμωξης.</u>

Μία ευεργετική ρύθμιση που προβλέπεται στο άρθρο 37 παρ. 4α του Νόμου 2910/2001 είναι η δυνατότητα χορήγησης άδειας παραμονής για λόγους ανθρωπιστικής ιδίως φύσης, η οποία ισχύει και ως άδεια εργασίας[68]. Η άδεια αυτή δύναται να χορηγηθεί σε πρόσωπα που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις νόμιμης παραμονής και για αυτούς τους λόγους καθίσταται αδύνατη η αναχώρηση ή η απομάκρυνσή τους από την ελληνική επικράτεια.

Ο Συνήγορος του Πολίτη στις προτάσεις του προς τον Υπουργό Εσωτερικών επί της

[65] Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

[66] Πρόκειται για την εγκύκλιο Υ4α/οικ.9407 της 21ης Ιουλίου 2000.

[67] Λεπτομέρειες στα αμέσως επόμενα κεφάλαια.

[68] Με διάταξη που προστέθηκε με το άρθρο 20 παρ. β του Νόμου 3013/2002 ΦΕΚ Α 102.

τροποποιήσεως του Νόμου 2910/2001[69] αναφέρει ότι η άδεια για ανθρωπιστικούς λόγους χορηγείται κυρίως όταν υπάρχουν σοβαροί λόγοι υγείας του αιτούντος. Παρόλα αυτά δεν ρυθμίζεται το ζήτημα της δωρεάν νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης[70] σύμφωνα με τους όρους και κατά τα ισχύοντα για τους υπαγόμενους στο ανθρωπιστικό καθεστώς του άρθρου 8 του Προεδρικού Διατάγματος 61/1999.

Σε αυτή την λογική εντάσσεται μία πρωτοπόρα για τα ελληνικά δεδομένα διάταξη η οποία αφορά σε μετανάστες οι οποίοι έχουν μολυνθεί από την λοίμωξη HIV ή άλλα λοιμώδη νοσήματα. Πρόκειται για την περίπτωση Ε του άρθρου 11 του Νόμου 2955/2001[71] του οποίου ο τίτλος είναι "Προμήθειες Νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των Πε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις". Αξίζει να παρατεθεί αυτούσιο το κείμενο της σημαντικότατης αυτής ρύθμισης, προϊόν μιας μακράς και δύσκολης προσπάθειας κυρίως των συντελεστών του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ).

"Σε αλλοδαπούς οικονομικούς μετανάστες που έχουν μολυνθεί από τη λοίμωξη HIV ή άλλα λοιμώδη νοσήματα, εφόσον χρήζουν θεραπευτικής αγωγής και δεν μπορεί στη χώρα προέλευσής τους ή και επιστροφής τους να χορηγηθεί αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή, χορηγείται δωρεάν νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτικά περίθαλψη. Για το διάστημα που διαρκεί η θεραπευτική αγωγή, οι αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες δικαιούνται προσωρινής άδειας παραμονής και εργασίας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και πρόνοιας καθορίζονται οι προϋποθέσεις και ρυθμίζονται οι αναγκαίες λεπτομέρειες για την εφαρμογή αυτής της διάταξης».

Με το άρθρο αυτό εισάγεται στην ελληνική έννομη τάξη μία πολύ σημαντική εξαίρεση σε όσα ορίζει η εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας σχετικά με την πρόσβαση των ανεπίσημων αλλοδαπών σε δωρεάν υπηρεσίες υγείας, αφού καλύπτει όσους δεν διαθέτουν καθόλου έγκυρη άδεια παραμονής και εργασίας ή η ισχύς αυτών έχει λήξη, όπως επίσης και όσους στερούνται κοινωνικής ασφάλισης ανεξάρτητα από την αιτία. Με αυτό τον τρόπο αφενός εξασφαλίζεται η προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ατομικών ελευθεριών, αφετέρου διαφυλάσσεται και η δημόσια υγεία.

Σημαντική πρόοδος γενικότερα στα θέματα του σεβασμού των οροθετικών ασθενών έχει σημειωθεί τα τελευταία χρόνια και στη χώρα μας[72]. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας[73] στην οποία περιγράφονται οι θεμελιώδεις αρχές της προστασίας αυτής της κατηγορίας των ασθενών. Στο προοίμιο της εγκυκλίου (παρ. 15) αναφέρεται ότι όλοι οι άνθρωποι μεταξύ των οποίων οι μετανάστες, οι πρόσφυγες και γενικότερα τα μέλη των μειονοτήτων έχουν το δικαίωμα σε περίθαλψη και το δικαίωμα να αποφεύγουν τη μόλυνση.

[69] Το κείμενο με ημερομηνία 8 Απριλίου 2002 είναι διαθέσιμο στην ιστοσελίδα του Συνηγόρου www.synigoros.gr

[70] Εξαίρεση αποτελεί η προηγουμένως αναφερθείσα εγκύκλιος σχετικά με τη χορήγηση φαρμάκων της 21 Ιουλίου 2000.

[71] ΦΕΚ Α 256 της 2ας Νοεμβρίου 2001.

[72] Για μία λεπτομερή ανάλυση του θέματος βλ. Πολίτης Χάρης, "HIV/AIDS - Δημόσια υγεία και ανθρώπινα δικαιώματα, Νομοθετικά κείμενα και ρυθμίσεις", ΚΕΕΛ, Αθήνα 2002. Επίσης, Φούρα Γαλήνη, "Τι θα γίνουν οι λαθρομετανάστες με έιτζ;", Καθημερινή της Κυριακής, 22 Οκτωβρίου 2000, σελ. 32.

[73] Είναι η εγκύκλιος Υ1/3239/4.7.2000.

Ειδικότερα για τους αλλοδαπούς-μετανάστες (παρ. 49-55), δεν επιτρέπεται η εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων του ιού του AIDS ως προϋπόθεση εξόδου ή εισόδου, ανεξάρτητα από την χώρα προορισμού ή προέλευσης. Το ίδιο ισχύει για την παροχή άδειας παραμονής και την απέλαση ή την άρνηση παροχής ασύλου ή άλλη δυσμενή μεταχείριση εις βάρους κάποιου ατόμου που έχει προσβληθεί από τον ιό, ανεξαρτήτως χώρας προέλευσης. Τέλος, όσον αφορά στην κοινωνική ασφάλιση και στις υπηρεσίες πρόνοιας, οι εξετάσεις και η χορήγηση AZT πρέπει να είναι δωρεάν, χωρίς διάκριση, λόγω χρώματος, φύλου, θρησκείας, και να παρέχονται ακόμη και σε οικονομικούς μετανάστες που δεν έχουν την ελληνική υπηκοότητα (άρθρα 130-139).

Σε έκθεση που συνέταξε στις 24/03/2003 για τις ανάγκες της παρούσης μελέτης ο κοινωνιολόγος κος Δαμάσκος, υπεύθυνος του Γραφείου Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης του ΚΕΕΛ, αναφέρει παρόλα αυτά, ότι υπάρχουν κάποιες διαφοροποιήσεις στην περίπτωση που ο ασθενής είναι αλλοδαπός. Οι αλλοδαποί δεν δικαιούνται το επίδομα οροθετικότητας το οποίο δίνεται μόνο σε άτομα με ελληνική υπηκοότητα ή πολίτες της Ε.Ε., όπως επίσης δεν μπορούν να αποκτήσουν βιβλιάριο απορίας, για την κάλυψη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, εκτός βεβαίως από την αντιρετροϊκή θεραπεία και παρακολούθηση.

Τέλος, συναφής με το θέμα αυτό είναι και η επονομαζόμενη «Διακήρυξη της Αθήνας», με τίτλο “Πρόσβαση σε νέες θεραπείες για μετανάστες, εθνικές μειονότητες και λοιπούς μετακινούμενους πληθυσμούς με HIV/AIDS που διαβιούν στην Ευρώπη». Η διακήρυξη αυτή βασίζεται στις εισηγήσεις του Ευρωπαϊκού Σεμιναρίου που διοργανώθηκε από το ευρωπαϊκό πρόγραμμα AIDS & Mobility και το ελληνικό Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων στην Αθήνα από 25 έως 27 Ιουνίου 1999 και περιλαμβάνει τις γενικές αρχές που διέπουν το συγκεκριμένο θέμα.

ιε) <u>Η πραγματική κατάσταση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.</u>

Εκτός από τον έλεγχο των παραγόντων που σε νομικό επίπεδο συμβάλλουν σε μια διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού των μεταναστών σε θέματα υγείας, απαιτείται και η εξέταση των πιθανών συστατικών της de facto εκκίνησης μιας ανάλογης διαδρομής. Στη μελέτη αυτής της πτυχής του θέματος η συνδρομή των μελών του εθνικού δικτύου αποδείχθηκε πολύτιμη.

Στην κοινή Έκθεσή τους[74] η κα Ελισάβετ Ιωαννίδη και ο καθηγητής κος Δημοσθένης Αγραφιώτης, υπεύθυνοι του Τομέα της Κοινωνιολογίας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, επισημαίνουν την εξέχουσα σημασία της ενημέρωσης των επαγγελματιών των υπηρεσιών υγείας πάνω σε ζητήματα πολιτιστικών ιδιαιτεροτήτων των μεταναστών. Για το σκοπό αυτό και για την ειδικότερη περίπτωση της γυναίκας-μετανάστη ετοιμάστηκε και διανεμήθηκε ένα ενημερωτικό φυλλάδιο.

Τα κεντρικό ζήτημα της παρέμβασης αυτής ήταν η ενημέρωση όλου του προσωπικού, ιατρικού και διοικητικού, δύο γυναικολογικών νοσοκομείων του κέντρου της Αθήνας σχετικά με τις πολιτιστικές ιδιαιτερότητες που έρχονται στο προσκήνιο με αφορμή την σεξουαλική υγεία των αλλοδαπών γυναικών. Το φυλλάδιο μοιράστηκε

[74] Ο τίτλος της Έκθεσης είναι “Pilot intervention: raising awareness of health professionals on migrant cultural diversities”.

τελικά σε 1000 εργαζόμενους συνολικά και ακολούθησε μια διαδικασία αξιολόγησης των αποτελεσμάτων μέσω ενός σχετικού ερωτηματολογίου.

Στην ερώτηση σχετικά με το ποιο είναι το κυριότερο εμπόδιο κατά την επικοινωνία τους με αλλοδαπούς ασθενείς, σε σύνολο 47 συμπληρωμένων ερωτηματολογίων, 22 εργαζόμενοι απάντησαν ότι είναι η γλώσσα, 9 οι πολιτιστικές διαφορές, 3 η διαφορετική αντίληψη για την υγεία και την ασθένεια και 6 το νομικό καθεστώς των μεταναστών. Ανάλογα είναι και τα συμπεράσματα και για το Νοσοκομείο "Αλεξάνδρα" το οποίο είναι κέντρο προστασίας της ανύπαντρης μητέρας και του εκτός γάμου βρέφους.

Στην έκθεσή της με τίτλο "Δυσχέρειες στην πρόσβαση αλλοδαπών στις υπηρεσίες υγείας", η κοινωνική λειτουργός κα Αθηνά Χαραλάμπους εξετάζει το ζήτημα στο μαιευτικό κυρίως χώρο. Η οικονομική αδυναμία σε συνδυασμό με την έλλειψη ασφάλισης των αλλοδαπών μητέρων αποτελεί ίσως το σοβαρότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν, δεδομένου ότι αδυνατούν να καλύψουν τα νοσήλια του τοκετού. Στην περίπτωση μάλιστα όπου το νεογέννητο παρουσιάζει προβλήματα υγείας και πρέπει να μεταφερθεί στο Τμήμα Βρεφών για περαιτέρω ιατρική παρακολούθηση, το ποσό είναι πλέον υπέρογκο.

Έτσι, οι γυναίκες διέπονται συχνά από απόγνωση, βιώνοντας μία διαδικασία που καταλήγει δε αδιέξοδο με ανυπολόγιστες συνέπειες όσον αφορά στην εξασφάλιση της προοπτικής γέννησης ενός υγιούς παιδιού. Στην πράξη παραβιάζεται σε ένα μεγάλο βαθμό το δικαίωμα να ζήσουν την περίοδο της εγκυμοσύνης με σιγουριά και ασφάλεια για την σωματική και ψυχολογική τους ισορροπία.



Όταν οι μετανάστριες εισάγονται στο νοσοκομείο "Αλεξάνδρα" οι εργαζόμενοι συναντούν ένα παράγοντα δυσκολίας που έχει να κάνει με τις πολιτιστικές ή θρησκευτικές ιδιαιτερότητες των μεταναστριών, όπως για παράδειγμα η άρνηση τους να εξεταστούν από άνδρα μαιευτήρα. Προφανώς, τέτοιου είδους εμπόδια δεν είναι ανυπέρβλητα και δεν επηρεάζουν την πρόσβαση στο νοσοκομείο, στο βαθμό τουλάχιστον που αυτό συμβαίνει λόγω της μη δωρεάν περίθαλψης.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία από το ληξιαρχείο του νοσοκομείου για το έτος 2002. Σε σύνολο 4319 γεννήσεων, οι 1867 αφορούν σε

γονείς έλληνες (43,23%), οι 1211 σε γονείς αλβανικής καταγωγής (28,04%) και οι 1241 (28,73%) σε άλλες κατηγορίες γονέων. Στις τελευταίες περιλαμβάνονται ανύπαντρες γυναίκες, είτε είναι ελληνίδες είτε όχι, καθώς επίσης και περιπτώσεις γονέων που μόνο ο ένας από αυτούς είναι έλληνας ή και οι δύο μετανάστες.

Σε ένα άλλο νοσοκομείο της πρωτεύουσας, το "Ανδρέας Συγγρός" εξυπηρετούνται, όχι χωρίς προβλήματα, πολλοί μετανάστες, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια. Η υπεύθυνη του εργαστηρίου των Σεξουαλικώς Μεταδιδομένων Νοσημάτων (STD) και AIDS, η Επίκουρος Καθηγήτρια κυρία Χατζηβασιλείου συνέταξε επίσης μία έκθεση στις 28/03/2003 με θέμα "Προβλήματα στην αντιμετώπιση αλλοδαπών ασθενών στο Εργαστήριο Σεξ. Μετ. Νοσημάτων και AIDS του Νοσοκομείου Α. Συγγρός».

Τα προβλήματα αυτά αποτελούν ουσιαστικά τις δύο όψεις ενός νομίσματος. Από την μία πλευρά εντοπίζονται οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το ίδιο το προσωπικό του Νοσοκομείου όταν τα περιστατικά αφορούν σε ασθενείς αυτής της κατηγορίας. Πρόκειται ως επί των πλείστων για ζητήματα που σχετίζονται με την άγνοια εκ μέρους του διοικητικού και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των νόμων και των οδηγιών που διέπουν αυτούς τους ασθενείς, με αποτέλεσμα την έντονη απασχόληση του προσωπικού του εργαστηρίου στην προσπάθειά του να διακινήσει αποτελεσματικά τους ασθενείς.

Από την άλλη πλευρά, συναντά κανείς - εκτός από το πρόβλημα της γλώσσας σε επίπεδο συνεννόησης-, τον φόβο και την επιφυλακτικότητα του ασθενούς, ιδίως όταν υποψιάζεται ότι πάσχει από κάποια STD ή HIV λοίμωξη. Παρόλα αυτά, χάρη στην κατανόηση και το ενδιαφέρον των εργαζομένων στο εργαστήριο, παρατηρείται τα τελευταία χρόνια αύξηση του αριθμού των μεταναστών ασθενών που εμπιστεύονται τις υπηρεσίες αυτές.

Κατά το έτος 2002 οι εξετασθέντες αλλοδαποί ήταν 1202 επί συνόλου 10879, ποσοστό δηλαδή περίπου 11%. Από αυτούς οι περισσότεροι ήταν οικονομικοί ανεπίσημοι μετανάστες από τα Βαλκάνια (Αλβανία κυρίως) και τα κράτη της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, ενώ σε μικρότερη κλίμακα οι ασθενείς προέρχονται από την Ασία ή την Αφρική. Για την καλύτερη εξυπηρέτηση όλων αυτών των ασθενών προτείνεται η άμεση σύσταση ενός Γραφείου Αλλοδαπών το οποίο θα φροντίζει για την διακίνηση τους στο ίδιο το Νοσοκομείο αλλά και προς άλλα Νοσοκομεία ή Υπηρεσίες Υγείας.

Όπως, ήδη, αναφέρθηκε ένας παράγοντας που θα μπορούσε να επηρεάσει την ισότιμη πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας είναι η γλώσσα[75]. Τόσο η κατανόηση του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας ή της προτεινόμενης θεραπευτικής αγωγής, όσο και η ανάπτυξη της αναγκαίας εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ασθενή και το ιατρικό προσωπικό αποτελούν απαραίτητα στοιχεία για την ολοκληρωμένη και ορθή αντιμετώπιση κάθε περιστατικού.

Στις απαιτήσεις αυτές ανταποκρίθηκε το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, που λειτουργεί στη περιοχή της Καισαριανής, με έναν υποδειγματικό τρόπο. Στην έκθεσή της η κα Ζολώτα αναφέρει ότι προετοιμάστηκε ένα γλωσσάρι με απλούς ιατρικούς όρους το οποίο μεταφράστηκε σε 16 γλώσ-

[75] Σχετικά με το ζήτημα αυτό βλ. "L'exclusion sociale commence par l'exclusion linguistique», Le Monde du 13 /03/ 2003.

σες από επίσημες πηγές και με το λιγότερο δυνατό κόστος[76]. Τα έντυπο αυτό είναι έτοιμο από το 1996, όμως, κανένας επίσημος φορέας, από αυτούς που έλαβαν τη σχετική αίτηση, δεν έχει αναλάβει μέχρι σήμερα το κόστος για την έκδοση του.

Δεν είναι, βέβαια, η πρώτη ή η τελευταία φορά που μία τέτοια πρωτοβουλία στηρίζεται αποκλειστικά στην ανιδιοτελή και οικειοθελή προσπάθεια εργαζομένων στο χώρο της υγείας. Ο λόγος για όλους αυτούς, οι οποίοι από τον ελεύθερό τους χρόνο και συχνά με προσωπικό οικονομικό κόστος αφενός, δίνουν ένα παράδειγμα ανθρώπινης αλληλεγγύης και αφετέρου, εφαρμόζουν εμπράκτως και προκαταβολικά όλα τα προγράμματα που, σε κοινοτικό ή εθνικό επίπεδο, προτείνουν πολιτικές και πλάνα που θα προάγουν την κοινωνική ενσωμάτωση των μελών των κοινωνικά ευπαθών ομάδων.

Οι ομάδες αυτές, εξαιτίας ακριβώς της ιδιότητάς τους ως μειονεκτούσες, βιώνουν συχνά διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού σε θέματα εκπαίδευσης, απασχόλησης και πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Η πραγματικότητα αυτή επιβαρύνει συχνά την ίδια τους την σωματική και ψυχική υγεία, σε τέτοιο βαθμό που η αυξημένη θεωρητικά επικινδυνότητα για προσβολή της υγείας τους να αποτελεί τελικά στατιστικά αποδεδειγμένο παράγοντα κοινωνικού αποκλεισμού.

ii) <u>Οι επιπτώσεις στην υγεία των μεταναστών που βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό.</u>

Επειδή οι σύγχρονες ανθρώπινες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων, οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι επίσης άνισα κατανεμημένοι σε κάθε πληθυσμό[77]. Δυστυχώς, οι επιστημονικές μελέτες που καταγράφουν την διάσταση αυτού του φαινομένου με τη βοήθεια στατιστικών στοιχείων είναι ελάχιστες στο σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η Ελλάδα δεν θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση, δεδομένου ότι το φαινόμενο της μετανάστευσης έκανε σχετικά πρόσφατα την εμφάνισή του στη χώρα μας. Επίσης, δεν υπάρχουν υπηρεσίες ή φορείς οι οποίοι να ασχολούνται αποκλειστικά με την μελέτη των θεμάτων υγείας που αφορούν στους μεταναστευτικούς πληθυσμούς, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στα υπόλοιπα κράτη-μέλη.

Πολλές μελέτες, παρόλα αυτά, γύρω από το θέμα της μετανάστευσης καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι αυτοί οι οποίοι αποφασίζουν τελικά να μεταναστεύσουν αντιμετωπίζουν σωματικά και ψυχικά προβλήματα υγείας σε ποσοστό αισθητά μεγαλύτερο από αυτούς που αποφασίζουν να μην ξενιτευτούν. Αυτό είναι απολύτως λογικό, αφού τα προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού στις χώρες προέλευσης και ιδίως η μη προσβασιμότητα σε (αξιοπρεπείς) υπηρεσίες υγείας, μπορεί να αποτελέσουν ένα από τα πολλά κίνητρο ώστε τα μέλη των κατωτέρων κοινωνικοοικονομικών τάξεων, να λάβουν την οριστική απόφαση για τη μετανάστευση.

Για τους κοινωνικά αποκλεισμένους πολίτες των γειτονικών-βαλκανικών χωρών, η Ελλάδα, αποτελεί μεταξύ άλλων, και έναν τόπο όπου είναι εφικτή η περίθαλψη και η

[76] Σε σχέση με τους μεταφραστές των προξενείων, των πρεσβειών ή την μεταφραστική υπηρεσία του Υπουργείου Εξωτερικών.

[77] Τούντας Γ., "Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία", Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Ιούλιος-Αύγουστος 2000, σελ. 351-354.

ίαση ασθενειών και αναπηριών που στην Αλβανία, για παράδειγμα, είναι αδύνατη. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που οικογένειες ολόκληρες μετακινούνται προς την Ελλάδα με απώτερο στόχο την απόλαυση ενός υψηλότερου επιπέδου ιατροφαρμακευτικής θεραπείας. Στο σημείο αυτό πρέπει να γίνει η εξής διευκρίνιση.

Στην ως άνω κατηγορία εντάσσονται μετανάστες, οι οποίοι επιδιώκουν την εγκατάσταση και την εξασφάλιση επίσημα μιας απασχόλησης, ώστε να τους επιτρέπεται η νόμιμη πρόσβαση στις δημόσιες[78] υπηρεσίες υγείας. Δεν πρόκειται δηλαδή για περιστατικά σαν αυτά που χωρίς καμία τεκμηρίωση περιλαμβάνονται στην εισήγηση της εγκυκλίου του Υπουργείου Υγείας τον Ιούλιο του 2000.

Οι μετανάστες οι οποίοι διαμένουν και εργάζονται στην Ελλάδα, ανεξάρτητα από τους αρχικούς λόγους μετακίνησής τους στη χώρα μας, αντιμετωπίζουν αυξημένα προβλήματα ιατρικής φύσης και κατ' επέκταση μεγαλύτερη ανάγκη για θεραπεία. Η κυβερνητική οργάνωση "Γιατροί του κόσμου", λειτουργούν στην Αθήνα μια πολυκλινική για τις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες. Κατά το έτος 1997[79], από τους συνολικά 5147 ασθενείς, το 74% ήταν ανεπίσημοι μετανάστες, το 19% καταγεγραμμένοι αλλοδαποί και το 7% έλληνες πολίτες.

Δεν είναι, βεβαίως, τυχαίο το γεγονός ότι το 39% των μεταναστών ασθενών εργαζόταν εποχιακά και το 30% ήταν άνεργοι. Ο αποκλεισμός από την διαδικασία εύρεσης σταθερής απασχόλησης καθιστά (και) τους μετανάστες πιο ευάλωτους σε ασθένειες σωματικής ή ψυχολογικής φύσης. Το 21% των ασθενών της πολυκλινικής ζήτησαν οδοντιατρικές υπηρεσίες και το 7% επικαλέστηκε αμιγώς ψυχολογικά[80] προβλήματα, εκ των οποίων η μεγάλη πλειοψηφία ήταν γυναίκες από την Βουλγαρία και την Ρουμανία.

Όσον αφορά στις εγκύους μετανάστριες, μία πρόσφατη έρευνα που πραγματοποίησε το Τμήμα Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου της Αθήνας, απέδειξε ότι στο σύνολο 500 εγκύων από την Αλβανία, το 25% είχαν προσβληθεί από ηπατίτιδα, την στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό μεταξύ των ελληνίδων εγκύων ήταν μόλις 2%.

Υψηλά ποσοστά επιπολασμού των ηπατιτίδων Β και C, της HIV λοίμωξης και φυματίωσης σε άστεγους μετανάστες των Αθηνών απέδειξε μια ακόμη έρευνα[81] στα μέσα της δεκαετίας του '90. Πηγή προέλευσης των ασθενών αυτών ήταν ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός και οι Κοινωνικές του Υπηρεσίες και σε σύνολο 198 αλλοδαπών δέχθηκαν να εξεταστούν οι 158. Μετά τις εργαστηριακές εξετάσεις διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Το 10% ήταν φορείς του HBV
- ANTI- HCV ανιχνεύθηκαν στο 6,3%

[78] Η ακόμη και σε ιδιωτικές.

[79] Τα στοιχεία αυτά εκθέτονται στο Mestheneos Elizabeth, "Migrants in the Balkans- some health related aspects from a Greek perspective", in Ritsatakis A., Levett J., Kyriopoylos J., "Neighbors in the Balkans: initiating a dialogue for health." WHO, eds 1999.

[80] Βλ. σχετικά Μπουφίδης Σταύρος, "Ματαίωση ονείρων, ψυχασθένειες και μετανάστες", διαθέσιμο στην ιστοσελίδα της ΜΚΟ "Γιατροί χωρίς Σύνορα" www.msf.gr.

[81] Δρίτσας Σ., Αδρακτα Γ., Χατζηγεωργίου Α.Μ., Σαρρής Γ., Χαλκιαδάκη Δ., Γούλας Α., Λουζώτη Α., Τσερπέ Π., Κεχαγιόγλου Κ., "Επιπολασμός των ηπατιτίδων Β και C, της HIV λοίμωξης και της φυματίωσης σε άστεγους λαθρομετανάστες των Αθηνών", Ιατρική, 70 (4), 347-350,1996.

- Συλλοίμωξη του με HBV και HCV διαπιστώθηκε στο 1,2%

- Το 1,2% ήταν φορείς του HIV.

Στα συμπεράσματα αναφέρεται ότι ο επιπολασμός των ηπατιτίδων Β και C και της HIV λοίμωξης και φυματίωσης φαίνεται πως είναι σημαντικός στην κατηγορία αυτή των συνανθρώπων μας και πρέπει να προβληματίσει τις υγειονομικές αρχές για τον καταρτισμό συγκεκριμένου προγράμματος. Η΄ έστω, θα συμπλήρωνε κανείς, για αλλαγή φιλοσοφίας των υπευθύνων σε σχέση με την προσβασιμότητα των ανθρώπων αυτών στις κατά τόπους υπηρεσίες υγείας.

Οι διαφορές της συχνότητας της νόσου ανάμεσα σε διαφορετικούς πληθυσμούς σε σύγκριση με τον ελληνικό είναι τεράστιες και οφείλονται εν μέρει στις άθλιες συνθήκες κάτω από τις οποίες διαβιούν χιλιάδες μετανάστες και κυρίως πολιτικοί πρόσφυγες[82]. Σε ομάδα μεταναστών από την Ασία το ποσοστό των φορέων της ηπατίτιδας C φτάνει στο 23%,όταν το αντίστοιχο στον ελληνικό πληθυσμό είναι 1-1,5%. Σε άλλη ομάδα μεταναστών το ποσοστό της ηπατίτιδας Β φτάνει το 14,6% όταν αντίστοιχο στον ελληνικό πληθυσμό δεν ξεπερνά το 2%[83].

Τέλος σε ανάλογα συμπεράσματα καταλήγει και μια εξίσου πρόσφατη επιστημονική έρευνα με τίτλο “Επιπολασμός των δεικτών ηπατιτίδων Β και C σε αλλοδαπούς μετανάστες των Αθηνών”[84]. Αναφέρεται συγκεκριμένα ότι η ηπατίτιδα Β φαίνεται να αποτελεί σημαντικό υγειονομικό πρόβλημα σε αλλοδαπούς μετανάστες της περιοχής των Αθηνών και ιδιαίτερα σε αυτούς οι οποίοι προέρχονται από την Αλβανία και την Ασία. Κατά συνέπεια προβάλλει επιτακτική η ανάγκη για υγειονομική παρέμβαση στις πληθυσμιακές αυτές ομάδες. Αν και η ηπατίτιδα C δεν εμφανίζει ιδιαίτερα υψηλό επιπολασμό στον πληθυσμό των μεταναστών, απαιτούνται μεγαλύτερες επιδημιολογικές μελέτες για την εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων.

Η ίδια ανάγκη ανακύπτει, τέλος, για ένα ακόμη υπαρκτό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν σε καθημερινή βάση οι μετανάστες. Το υψηλό ποσοστό των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών που πλήττουν περισσότερο αυτή τη κατηγορία των εργαζόμενων λόγω αφενός, της υπερεντατικής και υπερωριακής τους απασχόλησης και αφετέρου, της έλλειψης εξειδίκευσης και εκπαίδευσης πάνω στις εργασίες που αναλαμβάνουν[85].

Τόσο η μαύρη όσο και επίσημη εργασία έχουν ιδιαίτερες επιπτώσεις στην υγεία και την ασφάλεια των μεταναστών, ενώ η παράμετρος αυτή θα πρέπει να συμπεριληφθεί σε οποιαδήποτε πολιτική μέριμνα και πρωτοβουλία γύρω από το θέμα του κοινωνικού αποκλεισμού και της υγείας των μετακινούμενων, εν γένει, πληθυσμών. Σε αυτή την ομάδα ανήκουν, όμως, και οι πολιτικοί πρόσφυγες.

[82] Περισσότερα για το θέμα αυτό στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο.

[83] Βέργου Ντανι, “Θερίζει η ηπατίτιδα”, Ελευθεροτυπία 27/02/2003. Βλ. επίσης, αν και όχι ιδιαίτερα επιτυχημένος σαν τίτλος “Η μετανάστευση φέρνει και ηπατίτιδα”, Ελευθεροτυπία 28/03/2003, σελ. 49.

[84] Ρούσσος Α., Γκορίτσας Κ., Παππάς Θ., Παπαδάκη Μ., Σπανάκη Π., Φέρτη Α., “Επιπολασμός δεικτών ηπατίτιδας Β και C σε αλλοδαπούς μετανάστες των Αθηνών», Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων, 35, 2001, σελ. 161-165.

[85] Βλ σχετικά Τέλλογλου Τάσος, “Ο ‘Μινώταυρος’ του Ολυμπιακού χωριού”, Το Βήμα, 17/06/2002.



β) Οι αιτούντες άσυλο και οι πολιτικοί πρόσφυγες.

i) Το νομικό πλαίσιο που διέπει την πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνεται στην Συνθήκη της Γενεύης της 28ης Ιουλίου 1951, όπως συμπληρώθηκε από το πρωτόκολλο της Νέας Υόρκης της 31ης Ιανουαρίου 1967, πρόσφυγας είναι "...κάθε πρόσωπο, το οποίο επειδή έχει δικαιολογημένο φόβο διωγμού λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, πολιτικών πεποιθήσεων ή συμμετοχής σε ορισμένη κοινωνική ομάδα, βρίσκεται έξω από τη χώρα της υπηκοότητάς του και δεν μπορεί, ή εξαιτίας αυτού του φόβου, δεν θέλει να προσφύγει στην προστασία της χώρας αυτής".

Σε όλη την υφήλιο, σύμφωνα με τα στοιχεία που παραθέτει το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες (ΕΣΠ) στις 31/3/2001, υπήρχαν συνολικά 11.803.016 πρόσφυγες εκ των οποίων οι 2.708.886 στην Ευρώπη. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης στις 31/12/2001 ο συνολικός αριθμός των πολιτικών προσφύγων έφτασε τις 7.000. Το ποσοστό, όμως, της επίσημης αναγνώρισης της ιδιότητας του πρόσφυγα βάσει των εξεταθέντων αιτήσεων μειώθηκε δραματικά τα τελευταία 2 χρόνια[86].

Το 2001, επί συνόλου 5.499 αιτήσεων, εξετάσθηκαν μόλις 1.312 και αναγνωρίστηκαν 147 άτομα (11,2%), ενώ οι εγκρίσεις για ανθρωπιστικούς λόγους έφτασαν τις 148 ανεβάζοντας έτσι το συνολικό ποσοστό αναγνώρισης στο 22,4% (295 άτομα). Για το 2002 το συνολικό ποσοστό αναγνώρισης του καθεστώτος του πρόσφυγα αγγίζει μόλις το 1%[87].

Όσον αφορά στο θεσμικό τουλάχιστον πλαίσιο που περιβάλλει τη δυνατότητα πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, η κατάσταση δεν παρουσιάζει τις δυσκολίες της προηγούμενης κατηγορίας των οικονομικών μεταναστών. Η αναγνώριση της ιδιότητας του πρόσφυγα λύνει πολλά επιμέρους προβλήματα για το συγκεκριμένο πρόσωπο και την οικογένειά του. Πολλά από τα στοιχεία που περιγράφηκαν προηγουμένως σε σχέση γενικότερα με την υγεία των μεταναστών είναι σίγουρα κοινά και στη περίπτωση των προσφύγων εκτός, βέβαια, από τη σχετική νομοθεσία.

Η Ελλάδα έχει κυρώσει τη Σύμβαση της Γενεύης το 1959 και το πρωτόκολλο της Νέα Υόρκης το 1968. Το άρθρο 24 της

[86] Βλ. επίσης, Κατσορίδας Δημήτρης και Καψάλης Απόστολος, "Η υποδοχή προσφύγων στην Ελλάδα", Τετράδια του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ, Τεύχος 24, Απρίλιος 2003.

[87] Για περισσότερα στοιχεία βλ. http:// greece.flash.gr/soon/2002/10/11/21019id/

Συνθήκης[88] ορίζει στην παρ. 1 ότι οι συμβαλλόμενες χώρες πρέπει ομοίως να επιφυλάσσουν στους πρόσφυγες που διαμένουν νόμιμα σ' αυτές την ίδια μεταχείριση που επιφυλάσσουν και στους υπηκόους τους σχετικά με την κοινωνική ασφάλιση αυτών και ειδικότερα σχετικά με τις νομοθετικές διατάξεις που αναφέρονται στα εργατικά ατυχήματα, τις επαγγελματικές ασθένειες, τη μητρότητα, την ασθένεια, την αναπηρία, το γήρας και σε κάθε άλλο κίνδυνο που καλύπτεται κατά την νομοθεσία της χώρας από σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.

Ρητά, επίσης, προβλέπεται η δωρεάν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας για τους πολιτικούς πρόσφυγες και στο κείμενο[89] της εγκυκλίου της 13ης Ιουλίου 2000, στην οποία έγινε εκτενής αναφορά κατά την εξέταση της κατηγορίας των οικονομικών μεταναστών. Για την παροχή δωρεάν περίθαλψης γίνεται δεκτό αποκλειστικά το δελτίο ταυτότητας πρόσφυγα, το δελτίο αιτήσαντος άσυλο αλλοδαπού ή το ειδικό δελτίο παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους αλλοδαπού.

Όσον αφορά στη χορήγηση φαρμάκων από τα φαρμακεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ σε εξωτερικούς ασθενείς, η εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας της 21ης Ιουλίου 2000 αναφέρεται εκτενώς σε αυτή την κατηγορία αλλοδαπών. Δικαιούχοι δωρεάν χορήγησης φαρμάκων είναι αποκλειστικά όσοι φέρουν δελτίο ταυτότητας πρόσφυγα, το δελτίο αιτήσαντος άσυλο αλλοδαπού ή το ειδικό δελτίο παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους αλλοδαπού. Επειδή οι πρόσφυγες δεν εφοδιάζονται με συνταγολόγιο, η συνταγογράφηση γίνεται σε μεμονωμένα έντυπα ιατρικών συνταγών.

Στο σημείο αυτό διευκρινίζεται μία σημαντική εξαίρεση[90]: στην περίπτωση των πολιτικών προσφύγων γράφεται μόνο μία συνταγή το μήνα, εκτός αν ειδικοί λόγοι επείγοντος που αναφέρονται ειδικά και εμπεριστατωμένα στη συνταγή, επιβάλλουν την χορήγηση και δεύτερης συνταγής στο ίδιο πρόσωπο κατά τον ίδιο μήνα, ενώ επαναλαμβανόμενες συνταγές δεν χορηγούνται.

Ωστόσο, η ΜΚΟ "Γιατροί χωρίς Σύνορα", στην ανοιχτή επιστολή προς τον Υπουργού Υγείας στις 11 Αυγούστου 2000, με αφορμή την πρώτη από τις δύο εγκυκλίους, παρατηρεί στο συγκεκριμένο σημείο μία σημαντική παράλειψη. Δεν υπάρχει πρόβλεψη για τους πολλούς κατόχους υπηρεσιακού σημειώματος υποβολής του αιτήματος ασύλου, καθώς το σχετικό έγγραφο είναι το μόνο που έχουν στην κατοχή τους μέχρι οι σχετικές υπηρεσίες του Γραφείου Ασύλου να τους χορηγήσουν το δελτίο αιτήσαντος ασύλου αλλοδαπού, διαδικασία η οποία τις περισσότερες φορές καθυστερεί σημαντικά.

Για τους αιτούντες άσυλο καθιερώνεται στα κείμενα πολλών διεθνών νομικών κειμένων[91] το δικαίωμά τους για ιατρική φροντίδα, τόσο με την άφιξή τους όσο και στο στάδιο της διαδικασίας καθορισμού του καθεστώτος του πρόσφυγα. Η ιατρική περίθαλψη περιλαμβάνει εξίσου τη θεραπεία λόγω βασανιστηρίων ή άλλων σοβαρών τραυματικών βιωμάτων και την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης.

[88] Ο τίτλος του άρθρου είναι "Εργατική νομοθεσία και κοινωνική ασφάλιση".

[89] Πρόκειται για την περ. 5 της εγκυκλίου.

[90] Κατά τα λοιπά ισχύει ότι και στην περίπτωση των οικονομικά αδυνάτων.

[91] Για παράδειγμα το άρθρο 25 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του ανθρώπου.

Σε κοινοτικό επίπεδο, υιοθετήθηκε πρόσφατα μία οδηγία η οποία αφορά στις ελάχιστες απαιτήσεις για την υποδοχή των αιτούντων άσυλο στις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης[92]. Πολλές από τις ρυθμίσεις της οδηγίας αυτής υπάγονται στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας, όπως ούτως ή άλλως συμβαίνει και σήμερα βάσει μιας σειράς από διατάξεις[93] της εσωτερικής έννομης τάξης. Με πλήθος προεδρικών διαταγμάτων, υπουργικών αποφάσεων και εγκυκλίων καθορίζονται οι όροι υποδοχής και ιατρικής παρακολούθησης των προσφύγων, οι συνθήκες λειτουργίας και φιλοξενίας στα κέντρα προσφύγων, η σίτιση και η στέγαση τους ή η παροχή προνοιακών οικονομικών ενισχύσεων κλπ.

ii) Οι διαδικασίες που τηρούνται στην πράξη σχετικά με την παροχή ιατρικής φροντίδας στους αιτούντες άσυλο.

Οι υπηρεσίες υγείας αναλαμβάνουν δράση ταυτόχρονα με την άφιξη ενός οι περισσοτέρων προσφύγων στην ελληνική επικράτεια. Για την Ελλάδα πρέπει να γίνει ειδική μνεία στις λεγόμενες "καραβιές" που σε καθημερινή βάση, είναι βέβαιο, προσεγγίζουν κάποια από τις ελληνικές παραλίες. Με τον όρο αυτό έχει καθιερωθεί να περιγράφεται η μαζική άφιξη προσφύγων, με την καθοδήγηση ως επί το πλείστον δουλεμπόρων, από τα παράλια της Τουρκίας προς τα αντίστοιχα της χώρας μας.

Στα πλοιάρια αυτά χωρητικότητας λίγων μόνο ατόμων, στοιβάζονται για πολλές μέρες εκατοντάδες πρόσφυγες κάτω από άθλιες συνθήκες και χωρίς καν πόσιμο νερό. Αν και δεν μπορεί κανείς εκ των προτέρων να γνωρίζει εάν πρόκειται όντως για πρόσφυγες ή για οικονομικούς μετανάστες, δικαιολογημένα στο καθημερινό λεξιλόγιο γίνεται λόγος για καραβιές προσφύγων. Στην Ελλάδα οι οικονομικοί μετανάστες προέρχονται κύρια από το Βορρά, από τις γειτονικές βαλκανικές χώρες. Δεν είναι τυχαίο ότι εξ ανατολών, η συντριπτική πλειοψηφία των αλλοδαπών προέρχονται από εστίες πολεμικών συρράξεων όπως το Αφγανιστάν, το Ιράκ, το Κουρδιστάν, το Πακιστάν, η Παλαιστίνη ή η Σομαλία.

Οι δράσεις του Υπουργείου Υγείας είναι συνοπτικά οι εξής: κατά την αρχική άφιξη οι μεγάλες ομάδες φιλοξενούνται σε χώρους καθ' υπόδειξη των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων[94], οι οποίες μεριμνούν για την διαμονή και την σίτιση. Οι πλησιέστερες δημόσιες υπηρεσίες υγείας ειδοποιούνται άμεσα και πραγματοποιούνται επί τόπου οι πρώτες ιατρικές εξετάσεις, ενώ παραπέμπονται στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας τα περιστατικά για τα οποία εκτιμάται ότι δεν επαρκούν οι πρώτες βοήθειες.

Στην πραγματικότητα πρέπει να καλούνται οι μονάδες του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, και συγκεκριμένα οι επιτελείς του νεοσύστατου[95] Γραφείου Μετακινουμένων Πληθυσμών, κάτι όμως που δεν συμβαίνει σε όλες τις περιπτώσεις. Ο υπεύθυνος του Γραφείου αυτού, κος Βασίλης Τσούτσος, στην έκθεση που συνέταξε[96] και παρέδωσε για τις ανάγκες της παρούσης

[92] Πρόκειται για την οδηγία 2003/9 της 27ης Ιανουαρίου 2003.

[93] Για τις ανάγκες αυτής της έκθεσης και ελλείψει του απαιτούμενου χώρου προτιμότερο θα ήταν να παρουσιαστούν οι γενικές γραμμές των ρυθμίσεων που προβλέπουν, παρά να γίνει ξεχωριστή αναφορά σε κάθε μία από αυτές.

[94] Σύμφωνα με το πρόγραμμα "Ποσειδώνας".

[95] Το Γραφείο συστήθηκε το 2001.

[96] Με ημερομηνία 22/04/2003.

μελέτης αναφέρει ότι από τις αρχές του 2002 μέχρι σήμερα το ΚΕΕΛ παρενέβη -είτε κατόπιν εκκλήσεως είτε ιδία πρωτοβουλία- σε 11 αφίξεις πλοίων με πρόσφυγες.

Εξετάστηκαν συνολικά 1017 άνδρες, γυναίκες και παιδιά και παραπέμφθηκαν για νοσηλεία 68 άτομα για διάφορες αιτίες, δηλαδή το 6,7%. Επίσης, από τον Ιούνιο μέχρι και τον Αύγουστο 2002 ύστερα από επισκέψεις σε καταυλισμούς της περιοχής του Έβρου εξετάστηκαν 2000 ενήλικες και 450 παιδιά χωρίς να αναφέρονται περιστατικά παραπομπών σε νοσοκομεία. Σε όλες τις προηγούμενες παρεμβάσεις του Γραφείου ο παιδικός πληθυσμός εμβολιάστηκε από παιδίατρο.

Συνολικά από το Υπουργείο επιχορηγούνται 13 κέντρα προσωρινής φιλοξενίας από το Λαύριο μέχρι τον Έβρο, η δυναμικότητα των οποίων ανέρχεται μεν σε 1400 άτομα, αλλά σήμερα εξυπηρετούνται τουλάχιστον 2000. Ο αριθμός αυτός όμως, παραμένει πολύ μικρότερος από τις πραγματικές ανάγκες του ελληνικού χώρου. Στα κέντρα αυτά συγκαταλέγονται, εκτός από τα ελεγχόμενα από την ελληνική πολιτεία, και κέντρα τα οποία έχουν οργανωθεί από μη κυβερνητικές οργανώσεις.

Στα κέντρα αυτά εντοπίζονται πολλά πρακτικά προβλήματα[97] ελλείψει κοινωνικής και στεγαστικής υποδομής, τα οποία καθιστούν τις συνθήκες διαβίωσης των προσφύγων το λιγότερο απαράδεκτες. Χαρακτηριστικό είναι το πόρισμα[98] του Συνηγόρου του Πολίτη, το οποίο αφορά σε έκθεση αυτοψίας σε χώρους κράτησης οικονομικών μεταναστών και προσφύγων στο νησί της Κω, έπειτα από σχετική αίτηση των "Γιατρών χωρίς Σύνορα". Στο πόρισμα αυτό αναφέρονται, μεταξύ άλλων σοβαρές ελλείψεις ως προς την ιατρική περίθαλψη και την σίτιση των αλλοδαπών.

Το ίδιο ισχύει και για τα "άτυπα" κέντρα προσωρινής κράτησης και φρούρησης από την αστυνομία, για τη λειτουργία των οποίων δεν λαμβάνεται καμία επίσημη κρατική μέριμνα. Από τα πάμπολλα, δυστυχώς, παραδείγματα αρκεί να υπενθυμίσει κάποιος ενδεικτικά την περίπτωση του Νομού Ροδόπης το καλοκαίρι του 2002. Εκατοντάδες πρόσφυγες-μετανάστες παρέμεναν για εβδομάδες σε παλιές αποθήκες του ελληνικού στρατού κάτω από υψηλότατες θερμοκρασίες έως και 49 βαθμών Κελσίου στο εσωτερικό των κτηρίων και χωρίς να πληρούνται οι στοιχειώδεις προϋποθέσεις υγιεινής.

Το γεγονός αυτό είδε το φως της δημοσιότητας[99] όταν τα τηλεοπτικά συνεργεία έσπευσαν να καταγράψουν τις επιχειρήσεις σύλληψής τους καθώς έτρεχαν στην εθνική οδό. Προηγουμένως οι άνθρωποι αυτοί είχαν εξεγερθεί και ξεφύγει από τον αστυνομικό κλοιό λόγω των αυξημένων περιστατικών θερμοπληξίας και διαρροιών[100].

Ακόμη και στην περίπτωση που τελικά εγκρίνονται κάποια χρήματα από την ελληνική πολιτεία, αυτά χάνονται μυστηριωδώς,

[97] Βλ. Κατσορίδας Δημήτρης και Καψάλης Απόστολος, "Η υποδοχή προσφύγων στην Ελλάδα", Τετράδια του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ, υπό δημοσίευση.

[98] Το κείμενο του πορίσματος βρίσκεται στην "Επετηρίδα Δικαίου Προσφύγων και Αλλοδαπών", Εκδόσεις Σάκκουλα 2001. σελ 491-505.

[99] Ενδεικτικά μόνο βλ. επίσης και "Το μαρτύριο δεν έχει τελειωμό. 75 πρόσφυγες ζουν επί 16 μέρες κάτω από άθλιες συνθήκες με τον κίνδυνο ασθενειών να παραμονεύουν", εφημ. Έθνος της Κυριακής, 6 Οκτωβρίου 2002, σελ. 34.

[100] Βλέπε επίσης το memorandum της ΜΚΟ 'Human Rights' Watch του Δεκεμβρίου 2000, με τίτλο: "Urgent concerns: conditions of detention for foreigners in Greece".

παρόλο που υποτίθεται ότι έχουν διατεθεί για την βελτίωση των συνθηκών κράτησης των προσφύγων. Με μία πρόχειρη εκτίμηση υπολογίζεται ότι έχουν συνολικά δαπανηθεί περί τα 280 εκατομμύρια δραχμές, τα οποία δεν έφτασαν ποτέ εκεί που προορίζονταν[101].

Το μεγαλύτερο βάρος της φροντίδας και της περίθαλψης των πολιτικών προσφύγων ανήκει στις μη κυβερνητικές οργανώσεις, οι δυνατότητες ουσιαστικής παρέμβασης των οποίων είναι φυσικά περιορισμένες. Πολύ συχνά η συστηματική ενασχόληση με το θέμα της υγείας των προσφύγων καταλήγει σε συγκεκριμένες προτάσεις προς τους αρμοδίους φορείς, οι οποίες σπάνια γίνονται δεκτές. Το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες σε σχέδιο προτάσεων σχετικά με τις αφίξεις αλλοδαπών και την δημιουργία κέντρων υποδοχής έχει προτείνει στο Υπουργείο Εσωτερικών:

- την δημιουργία κέντρων υποδοχής σε περιοχές των συνόρων όπου παρατηρούνται κατά κανόνα πολυάριθμες αφίξεις μεταναστών,
- ο χρόνος διαμονής στα κέντρα αυτά να είναι ορισμένος μέχρι να γίνει ο διαχωρισμός των οικονομικών μεταναστών από τους αιτούντες άσυλο,
- κατά τη διάρκεια διαμονής σε αυτά τα κέντρα οι αλλοδαποί να υποβάλλονται σε ιατρικές εξετάσεις και εμβολιασμούς,
- τη στελέχωση των κέντρων με εξειδικευμένο προσωπικό.

Το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες, παράλληλα με το Κέντρο Ημερησίας Φροντίδας και Περίθαλψης, έχει θέσει σε εφαρμογή το πρόγραμμα "Ιόλαος" για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση Προσφύγων, στα πλαίσια του οποίου λειτουργεί και ο ανάλογος ξενώνας, με απώτερο στόχο την πλήρη κοινωνική ενσωμάτωσή τους.

Το ζήτημα της προστασίας της υγείας των προσφύγων αποκτά ιδιαίτερη σημασία λόγω του ότι οι άνθρωποι αυτοί φτάνουν στην Ελλάδα από πολύ μακριά, και μετά από ένα μεγάλο και επικίνδυνο ταξίδι τις περισσότερες φορές είναι ήδη εξουθενωμένοι και άρρωστοι ή τραυματισμένοι. Ο κίνδυνος για την υγεία τους και την ίδια τους τη ζωή επιβαρύνεται και από τα αυστηρά μέτρα φύλαξης των θαλασσίων και χερσαίων συνόρων της χώρας μας. Προκειμένου να μην γίνουν αντιληπτοί από τις διωκτικές αρχές και επαναπροωθηθούν στην Τουρκία επιλέγουν διαδρομές επικίνδυνες, κατά τη διάρκεια της νύχτας και του χειμώνα.

Δεκάδες είναι οι νεκροί και εκατοντάδες οι ακρωτηριασμένοι κάθε χρόνο στα παγωμένα νερά του Αιγαίου ή τις χιονισμένες και ναρκοθετημένες περιοχές της βορείου Ελλάδος. Είναι απορίας άξιο ότι αυτή η παράμετρος που πλήττει άμεσα την υγεία[102] των προσφύγων και των οικονομικών μεταναστών δεν αναφέρεται σε κανένα κοινοτικό κείμενο που αφορά στην αποτελεσματική φύλαξη των εξωτερικών της Ένωσης συνόρων και κατ' επέκταση και των ελληνικών.

Συμπερασματικά, το θεσμικό πλαίσιο της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας

[101] Μπαλάσκας Στρατής, "Χρυσοφόροι πρόσφυγες", Ελευθεροτυπία, 20 Φεβρουαρίου 2003, σελ.48.

[102] Βλ. ενδεικτικά μόνο για κάθε μία πιθανή εκδοχή, "Νεκρός από νάρκη στον Έβρο", Ελευθεροτυπία, 26 Μαρτίου 2003, σελ. 49, "Πάγωσαν τα όνειρα 17χρονου στα ορεινά της Καστοριάς", Τα Νέα, 14 Ιανουαρίου 2003, σελ. 17, "Λαθρομετανάστευση: όνειρο και εφιάλτης/ 24 οι πνιγμένοι μόνο σε μία εβδομάδα", Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία, 5 Ιανουαρίου 2003.

κρίνεται επαρκές πλην όμως, στην πράξη παρατηρούνται φαινόμενα γκετοποίησης και άθλιων συνθηκών διαβίωσης, τα οποία προσπαθούν να αντιμετωπίσουν με τα πενιχρά μέσα που διαθέτουν οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις που παρεμβαίνουν. Η εικόνα δεν είναι εντελώς διαφορετική και για τα μέλη της επόμενης ομάδας-στόχου.

γ) Οι πολιτιστικές μειονότητες.

Ως γνωστόν στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επίσημα αναγνωρισμένες εθνικές μειονότητες. Παρόλα αυτά υπάρχουν κάποιοι πληθυσμοί οι οποίοι διακρίνονται με βάσει κάποια άλλα χαρακτηριστικά, ώστε να μπορούμε να μιλάμε για ξεχωριστές ομάδες εντός της ελληνικής επικράτειας. Η μία από αυτές είναι αναμφίβολα η επισήμως αναγνωρισμένη μουσουλμανική μειονότητα της Δυτικής Θράκης (2) και οι Τσιγγάνοι που μόνο ως ιδιαίτερη πολιτιστική μειονότητα μπορεί να ορισθεί (1).

Οι δύο αυτές ομάδες παρουσιάζουν αρκετά κοινά σημεία ως προς τα θέματα του κοινωνικού αποκλεισμού γενικότερα, αλλά και όσον αφορά στην υγεία ειδικότερα. Για λόγους, όμως, πρακτικούς θα ήταν προτιμότερο να εξεταστούν χωριστά οι δύο αυτές περιπτώσεις.

1. Οι Τσιγγάνοι

Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία ζουν περίπου 250.000 τσιγγάνοι και αποτελούν το 4% περίπου του πληθυσμού της χώρας, αν και τα ανεπίσημα στοιχεία εκτιμούν ότι ο συνολικός αριθμός είναι πολύ υψηλότερος. Ο μισός πληθυσμός των τσιγγάνων είναι μόνιμα εγκατεστημένος, κυρίως στην περιοχή γύρω από την Αθήνα, ενώ ο υπόλοιπος μισός είναι μετακινούμενος, συνήθεια η οποία δεν είναι πλέον τόσο έντονη όσο παλαιότερα[103]. Παράλληλα με τον ευρέως γνωστό όρο Τσιγγάνοι, χρησιμοποιούνται και οι προσδιορισμοί Γύφτοι, Γκατζέ, Κατσίβελοι, Ρόμι, και Σίντι σε μικρότερη βεβαίως συχνότητα στην Ελλάδα από ότι ενδεχομένως συμβαίνει σε άλλες χώρες.

Οι πληθυσμοί αυτοί κατοικούν ως επί το πλείστων σε καταυλισμούς μέσα σε αυτοσχέδια οικήματα και σκηνές σε περιοχές κοντά σε μικρά ή μεγάλα αστικά κέντρα. Τα φαινόμενα γκετοποίησής είναι πολύ έντονα, ενώ παράλληλα οι τσιγγάνοι υφίστανται σε μεγάλο βαθμό πράξεις αστυνομικής βίας και απόπειρες διώξεων και απομακρύνσεως των κατασκηνώσεών τους από τις δημοτικές αρχές του τόπου τους.

Ακόμη, η έλλειψη κρατικής μέριμνας επί σειρά ετών, έχει ως αποτέλεσμα τις άσχημες συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης στο τόπο κατοικίας τους, απόρροια βεβαίως και των παρενεργειών του συνολικού αποκλεισμού από όλες τις κοινωνικές δραστηριότητες. Στην περίπτωση των Ρομ έχει εκπονηθεί ένας σημαντικός αριθμός μελετών και προγραμμάτων, που αναδεικνύουν, μέσα από στατιστικά καταγεγραμμένα δεδομένα, τις καταστάσεις απόλυτης φτώχειας και τις διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού από την αγορά εργασίας και την εκπαίδευση τις οποίες οι άνθρωποι αυτοί βιώνουν καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους.

Δεν συμβαίνει, ασφαλώς, το ίδιο αναφορικά με την υγεία ως παράγοντα κοινωνικής ενσωμάτωσης των τσιγγάνων. Οι έρευνες πάνω σε αυτή την διάσταση εί-

[103] Lykovardi Kalliopi, "General overview of discrimination in Greece", IOM-LEGAL TRAINING PROJECT, December 2002.



ναι λιγότερες και τα στοιχεία που δίνονται στη δημοσιότητα περιορισμένα. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην πλέον πρόσφατη επιστημονικά αξιόλογη προσέγγιση[104] του θέματος του κοινωνικού αποκλεισμού των τσιγγάνων έκτασης 200 σελίδων, στο κεφάλαιο με τίτλο "Εμπόδια ως προς την πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη και στα κοινωνικά ευεργετήματα" αφιερώνεται μόλις μισή σελίδα.

Έχει, λοιπόν, ιδιαίτερο ενδιαφέρον να καταγραφούν αφενός, οι επιπτώσεις στην υγεία των τσιγγάνων από τον κοινωνικό αποκλεισμό και αφετέρου, η δυνατότητα πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Αναφορικά με την δεύτερη πτυχή του θέματος και σε θεσμικό τουλάχιστον επίπεδο, τα πράγματα φαινομενικά είναι απλά.

i) Το νομικό πλαίσιο και η πραγματικότητα όσον αφορά στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Ως έλληνες πολίτες δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης χωρίς καμία απολύτως εις βάρος τους διάκριση. Εντούτοις, ο βαθμός ένταξης τους στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης παραμένει σε πολύ χαμηλά επίπεδα ενώ μελέτες αναφέρουν ότι αγνοούν τα περισσότερο από τα δικαιώματα τους στο τομέα της περίθαλψης. Όλες οι άλλες συνιστώσες του κοινωνικού αποκλεισμού των τσιγγάνων φαίνεται ότι έχουν κλονίσει σημαντικά και την εμπιστοσύνη τους απέναντι στο δημόσιο σύστημα υγείας.

Ενδεικτικά αξίζει να αναφερθεί ότι παρόλο που συνήθως οι τσιγγάνες γεννούν σε ένα δημόσιο νοσοκομείο[105] δεν είναι σχεδόν ποτέ πρόθυμες να αναπτύξουν μία σταθερή σχέση με το προσωπικό των κλινικών μετά την γέννα. Όσον αφορά στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, ένα μικρό ποσοστό των εγκύων υποβάλλεται σε προγεννητικό ιατρικό έλεγχο σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε από την "Εύξεινη Πόλη" ανάμεσα σε επαγγελματίες της υγείας[106].

Στα πλαίσια μιας άλλης έρευνας βασισμένης αποκλειστικά σε συνεντεύξεις με τσιγγάνους και τσιγγάνες διαφόρων περιοχών προκύπτουν ανάλογα συμπεράσματα[107]. Σε σχετικές ερωτήσεις αποκλειστικά σε τσιγγά-

[104] "Cleaning operations, excluding Roma in Greece", European Roma Rights Center/ Greek Helsinki Monitor, April 2003.

[105] Μόνο στο Νοσοκομείο "Αλεξάνδρα" καταγράφηκαν το έτος 2002, 200 γέννες από ανύπαντρες αθίγγανες μητέρες, (στοιχεία της έκθεσης της κας Χαραλάμπους).

[106] Το ποσοστό κυμαίνεται ανάμεσα στο 20%-30%. Τα στοιχεία αυτά παρατίθενται στο "The health status of Roma in Greece", Efxini Poli/ Sastipen Network Health Information, Initial Report, Athens 2003.

[107] Πρόκειται για την "Πανελλαδική απογραφική μελέτη διερεύνησης κοινωνικών, οικιστικών συνθηκών και αναγκών των ελλήνων τσιγγάνων πολιτών", Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/ Πανελλαδικό διαδημοτικό δίκτυο για την υποστήριξη των ελλήνων τσιγγάνων, Δεκέμβριος 2000.

νες δόθηκαν οι εξής απαντήσεις: το 96% δηλώνει ως τόπο τοκετού το Νοσοκομείο, ενώ το 3,5% το σπίτι. Το 46% παρακολουθούνταν από γιατρό του Νοσοκομείου, το 20% από ιδιώτη γιατρό και το 32% δεν είχε καμία παρακολούθηση. Το 60% γνωρίζει τι είναι το Τεστ-Παπ και οι μισές το έχουν κάνει τουλάχιστον μία φορά, τη μαστογραφία γνωρίζει το 45% και την έχει κάνει μόνο το 10%.

Στην μελέτη που εκπόνησε το Κέντρο Πληροφόρησης και Υποστήριξης η "Εύξεινη Πόλη" εκτιμάται ότι σε γενικές γραμμές οι βασικοί λόγοι για τους οποίους οι Ρομ δεν επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων είναι η δυσπιστία απέναντι στις υπηρεσίες υγείας, η μη ιδιαίτερα φιλική υποδοχή[108], η προκατάληψη και η άγνοια σε σχέση με τα κοινωνικά τους δικαιώματα. Παρόλα αυτά στη προαναφερθείσα έρευνα του Υπουργείου Εργασίας, το 70% των ερωτηθέντων απάντησε ότι έχει βιβλιάριο υγείας ενώ το 77,8% δηλώνει ότι έχει βιβλιάριο υγείας των παιδιών του.

Οι λόγοι αυτοί αποτελούν παράγοντες που συντείνουν σε μία διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού με ανυπολόγιστες συνέπειες για την σωματική και ψυχική υγεία των τσιγγάνων[109].

ii) Οι επιπτώσεις στην υγεία των τσιγγάνων που βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Στις απαντήσεις που δόθηκαν στα πλαίσια της προαναφερθείσης έρευνας του Υπουργείου Εργασίας, σημειώνεται ότι ένα στα δύο άτομα των νοικοκυριών στα οποία έγινε η έρευνα πάσχει από χρόνιο πρόβλημα υγείας. Συγκεκριμένα οι συνηθέστερες παθήσεις είναι οι καρδιοπάθειες σε ποσοστό 18,1%, οι ασθένειες του αναπνευστικού και κυρίως το άσθμα (13,9%), οι ψυχικές ασθένειες, κυρίως μελαγχολία και κατάθλιψη (12,1%) και οι νευρολογικές ασθένειες, κυρίως επιληψία σε ποσοστό 6,8%. Επίσης, το 70% δηλώνει ότι έχει σοβαρά προβλήματα με τα δόντια του και μόλις το 10% επισκέπτεται τακτικά οδοντίατρο.

Η ηπατίτιδα είναι ένα μείζον πρόβλημα στους αθιγγάνους της Αττικής. Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγει μία ιατρική έρευνα[110] που διενεργήθηκε σε 395 αθιγγάνους της περιοχής στους οποίους διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός των δεικτών μόλυνσης HAV και HBV παραμένει πολύ υψηλός σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό της χώρας και ιδιαίτερα του HBV, ο οποίος προκαλεί πολύ σοβαρό πρόβλημα. Αντίστοιχα, μια άλλη μελέτη καταλήγει στο ότι θα πρέπει να οργανωθούν στρατηγικές πρόληψης ασθενειών που έχουν να κάνουν με τις πνευμονικές λειτουργίες των τσιγγάνων στη Ελλάδα, ύστερα από εξετάσεις που πραγματοποιήθηκαν σε συνολικά 121 Ρομ.

Πολλά από αυτά τα προβλήματα υγείας των τσιγγάνων οφείλονται, όπως ήδη αναφέρθηκε, στις κακές συνθήκες υγιεινής και σίτισης που επικρατούν στους καταυλισμούς τους, αποτέλεσμα της παρατεταμένης ανεργίας και της φτώχειας που πλήττουν ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού. Μέτρα για την πρόληψη των

[108] Βλ. επίσης ένα χαρακτηριστικό case study, "Roma suffer discrimination in access to health care in Greece", ERRC, Greek Helsinki Monitor, 31 July 2002.

[109] Ενδιαφέροντα στοιχεία παραθέτει σχετικά και ο Ντούσας Δημήτρης, "Rom και φυλετικές διακρίσεις", εκδόσεις Gutenberg, 1997, στις σελίδες 167-170.

[110] Νικολάου Α., Μανωλάκου Κ., Καψάλη Ε., Σερέτη Ε., Λιώση Β., Χαιδάς Α., Παπανδρέου Φ., "Η ηπατίτιδα μείζον πρόβλημα στους αθιγγάνους της Αττικής", Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 12 (2), 1995, σελ. 138-141.

ασθενειών και την προστασία εν τέλει του δικαιώματος στην υγεία για τους τσιγγάνους στην Ελλάδα είναι αφενός, οι εμβολιασμοί -ιδίως στα παιδιά- και αφετέρου, η πολυδιάστατη κρατική παρέμβαση για την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης.

Αναφορικά με το πρώτο σκέλος, παρατηρείται μεγάλη διαφοροποίηση από κοινότητα σε κοινότητα με τα ποσοστά εμβολιασμού των παιδιών να κυμαίνονται από 70% ως σχεδόν 0%. Το γραφείο μετακινουμένων πληθυσμών του ΚΕΕΛ σε έκθεσή του για τις ανάγκες αυτής εδώ της έκθεσης αναφέρει ότι, κατά τη διάρκεια του 2002 διενήργησε 4 παρεμβάσεις σε καταυλισμούς όλης της Ελλάδος, όπου εμβολιάστηκαν συνολικά 925 παιδιά. Ασφαλώς οι απαιτήσεις είναι πολύ μεγαλύτερες και δεν μπορούν να ικανοποιηθούν με τόσο μικρό αριθμό επισκέψεων-εμβολιασμών.

Σχετικά με την στέγαση των τσιγγάνων ως μέτρο προληπτικής προστασίας πρέπει να τονιστεί ότι το τελευταίο διάστημα παρατηρούνται αξιόλογα βήματα προόδου, από την πλευρά της πολιτειακής συνδρομής[111]. Αξιοπρεπές κατάλυμα συνεπάγεται θέρμανση, πρόσβαση σε καθαρό νερό και δωμάτιο υγιεινής και όχι παράγκες από χαρτόνια και νάιλον, χωρίς φως, νερό, τουαλέτα και αποχέτευση, όπως αυτές στις οποίες μένουν οι περισσότερες τσιγγάνικες οικογένειες σήμερα.

Προς αυτή την κατεύθυνση κινείται και η κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών-Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης με αριθμό 18830/ 17.05.2002 με την οποία καθορίζονται οι όροι ενίσχυσης 3.500 στεγαστικών δανείων σε έλληνες τσιγγάνους ύψους μέχρι 45.000 ευρώ το καθένα. Με νέα κοινή υπουργική απόφαση, την με αριθμό 13576/ 04.04.2003 ο συνολικός αριθμός των στεγαστικών δανείων ανέρχεται πλέον σε 4.500 ύψους μέχρι και 60.000 ευρώ το καθένα.

Εάν δεν επαναληφθούν φαινόμενα σαν αυτό στις αρχές του έτους, όταν αποδόθηκαν σε μη δικαιούχους λυόμενα που προορίζονταν για τη στέγαση τσιγγάνων[112], τότε ένα από τα βασικότερα προβλήματα σχετικά με την υγεία των τσιγγάνων αναμένεται να περιορισθεί άμεσα. Μένει αρκετή δουλειά στα υπόλοιπα πεδία της υγείας, όπου παρατηρείται κίνδυνος για το κοινωνικό αποκλεισμό αυτού του πληθυσμού.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός σε θέματα υγείας των τσιγγάνων δεν οφείλεται σε νομοθετικές ρυθμίσεις που τους φράζουν το δρόμο για μια ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Το φαινόμενο έχει τις ρίζες του σε κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες που ταυτόχρονα τους απομονώνουν και τους επιβαρύνουν την υγεία.

2. Η Μουσουλμανική μειονότητα.

Με την Συνθήκη της Λοζάννης αναγνωρίζεται ως θρησκευτική μειονότητα, ο τουρκικής καταγωγής πληθυσμός της Δυτικής Θράκης, ο οποίος σήμερα αποτελείται από τις εξής εθνοτικές ομάδες: τους Τουρκογενείς, τους Πομάκους και τους Τσιγγάνους[113]. Κριτήριο για αυτή τη διάκριση είναι

[111] Παρόλα αυτά, Alexandridis Theodoros, "Not enough action: government policy on Roma in Greece", διαθέσιμο στην ιστοσελίδα www.greekhelsinki.gr.

[112] Νοδάρος Μάκης, "Η 'παράγκα' των λυομένων", Ελευθεροτυπία, 29 Ιανουαρίου 2003, σελ. 48.

[113] Lykovardi Kalliopi, "General overview of discrimination in Greece", IOM-LEGAL TRAINING PROJECT, December 2002.

εκτός από επιστημονικές εθνολογικές μελέτες και ο ίδιος ο αυτό-προσδιορισμός των μελών της καθεμιάς από αυτές τις ομάδες.

Εκτός από την Δυτική Θράκη μικρότερες κοινότητες μουσουλμάνων απαντώνται στην Ρόδο, στη Κω, ενώ στην Αθήνα κατοικούν πάνω από δέκα χιλιάδες έλληνες μουσουλμάνοι, οι οποίοι κατά κύριο λόγο έχουν μεταναστεύσει από την Δ. Θράκη. Όλοι αυτοί οι πληθυσμοί, εξαιτίας ακριβώς της εθνοτικής-θρησκευτικής τους ταυτότητας αντιμετωπίζουν διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού από την αγορά εργασίας και την εκπαίδευση, ενώ σε ένα αρκετά υψηλό ποσοστό, σε σύγκριση με τους μη μουσουλμάνους συμπολίτες τους, ζουν υπό το καθεστώς της φτώχειας.

Σε πόλεις όπως η Κομοτηνή και η Ξάνθη κατοικούν σε ξεχωριστές συνοικίες, όπου η διαφορά στο βιοτικό επίπεδο είναι περισσότερο από εμφανής για τον επισκέπτη των περιοχών αυτών. Εγκλωβισμένοι επί σειρά ετών σε διπλωματικές στρατηγικές για λόγους εθνικών πολιτικών συμφερόντων, μόλις πρόσφατα οι μουσουλμάνοι της Θράκης γνωρίζουν κάποιες πρώτες απόπειρες στήριξης με μέτρα που επιδιώκουν να προάγουν την κοινωνική ενσωμάτωση, κυρίως στο τομέα της εκπαίδευσης και της απασχόλησης.

Στο θέμα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, δεν υπάρχουν ιδιαίτερες παρατηρήσεις αφού ως έλληνες πολίτες δεν υφίστανται κανενός είδους διάκρισης νομικής φύσης. Η θρησκεία, ιδιαίτερα για το γυναικείο πληθυσμό ίσως παίζει κάποιο ρόλο κατά το στάδιο του τοκετού ή της γυναικολογικής εξέτασης αλλά δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία διαθέσιμα.

Η ίδια έλλειψη παρατηρείται και σε σχέση με τις επιπτώσεις στην υγεία των μουσουλμάνων της Θράκης λόγω του κοινωνικού αποκλεισμού που εντοπίζεται στους άλλους τομείς της δραστηριότητάς τους. Μπορεί κανείς να υποθέσει πως η οικονομική αδυναμία, η απουσία προληπτικής ιατρικής, οι άσχημες συνθήκες εργασίας και στέγασης αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα προσβολής από κάποιες ασθένειες, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τις προηγούμενες ομάδες-στόχους.

Ακόμη, όμως, και στην περίπτωση που δεν παρατηρείται υψηλότερος δείκτης επικινδυνότητας για την εμφάνιση προβλημάτων υγείας στους έλληνες μουσουλμάνους από ότι στους χριστιανούς, ενδεχομένως οι παρενέργειες μιας αρρώστιας να διαφέρουν ανάλογα με το πολιτιστικό προφίλ του ασθενούς. Έτσι, οι μουσουλμάνοι της περιοχής του Ίασμου που πάσχουν από ψυχολογικές διαταραχές έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν σωματικά συμπτώματα συγκριτικά με τους χριστιανούς συμπατριώτες τους[114].

Το ίδιο πιθανόν να ισχύει και για την περίπτωση των ομογενών που εγκαταστάθηκαν πρόσφατα στον ελλαδικό χώρο.

δ) Οι ομογενείς.

i) Ιστορικά στοιχεία.

Πολλοί είναι οι έλληνες πολίτες που αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τις εστίες τους από τις αρχές, ήδη, του προηγούμενου αιώνα, ο οποίος έχει χαρακτηριστεί σαν “αιώνας των προσφύγων”. Η προσφυγιά ήταν αποτέλεσμα των Βαλκανικών

[114] Androutsopoulou C., Livaditis M., Xenitidis X., Trypsianis G., Samakouri M., Pastelmatxi A., Tzavaras N., “Psychological problems in Christian and Moslem primary care patients in Greece”, International Journal of Psychiatry in Medicine, 32 (2) 2002, p. 285-294.

πολέμων (1912-1913), του Ά Παγκοσμίου Πολέμου (1914-1918) και του Ελληνοτουρκικού Πολέμου (1919-1922).

Ο αναγκαστικός εκπατρισμός των Ποντίων από την πρώην Οθωμανική αυτοκρατορία κατέστησε τους έλληνες Πόντιους ένα λαό-πρόσφυγα και δημιούργησε πολυάριθμες κοινότητες Ποντίων στις χώρες της Πρώην Σοβιετικής Ένωσης, όπου και κατέφυγαν. Σύμφωνα με την απογραφή που πραγματοποιήθηκε τα 1989 στην Σοβιετική Ένωση, ο ελληνικός πληθυσμός ανέρχονταν σε 358.068 άτομα[115], αν και ο πραγματικός αριθμός είναι σίγουρα μεγαλύτερος, αφού κάποιοι σίγουρα δεν δήλωσαν έλληνες.

Αποτέλεσμα Πολέμου και συγκεκριμένα του επαναπροσδιορισμού των συνόρων ανάμεσα στην Ελλάδα και τις γειτονικές τις χώρες, είναι και οι ελληνικής καταγωγής κάτοικοι στα Νότια της Αλβανίας. Ένα χρόνο μετά την δημιουργία του αλβανικού Κράτους υπογράφεται το Πρωτόκολλο της Φλωρεντίας το 1913. Μετά την υπογραφή του, όσοι έλληνες κάτοικοι των βορείων περιοχών της Ηπείρου παρέμειναν σε αυτά τα εδάφη, αποτελούν μέχρι και σήμερα την ελληνική κοινότητα της Αλβανίας. Η αλβανική πολιτεία υπολόγιζε πριν το 1991 την ελληνική μειονότητα σε 58.000 άτομα την στιγμή που οι ελληνικοί σύλλογοι μιλούσαν για ένα πληθυσμό ανάμεσα σε 300.000 και 500.000 ανθρώπους.

Στην Ελλάδα έχουν σήμερα επιστρέψει πάρα πολλοί ομογενείς από την Αλβανία και την πρώην Ε.Σ.Σ.Δ. Ο υπολογισμός του ακριβή αριθμού δεν είναι δυνατός ενώ συχνά τα επίσημα στοιχεία δεν συμφωνούν με τα αποτελέσματα στατιστικών μελετών. Ένας λόγος είναι βέβαια η δυνατότητα απόκτησης της ελληνικής ιθαγένειας, κάτω από κάποιες προϋποθέσεις[116], για τους έλληνες ομογενείς γεγονός που μπορεί να διαφοροποιήσει την κατηγορία κατάταξης. Μπορούμε παρόλα αυτά να μιλάμε για 200.000 περίπου επαναπατρισθέντες από την Ε.Σ.Σ.Δ. και για 150.000 τουλάχιστον βορειοηπειρώτες ομογενείς[117].

Από τα πρώτα χρόνια της επιστροφής των Ποντίων η ελληνική νομοθεσία τους χαρακτήρισε ως "παλιννοστούντες"[118] και όχι ως πρόσφυγες αν και σε διάφορα νομοθετικά κείμενα έχουν χρησιμοποιηθεί και όροι όπως, "έλληνες που έρχονται για μόνιμη εγκατάσταση από κράτη της Ανατολικής Ευρώπης", "Παλιννοστούντες", "Έλληνες Πόντιοι παλιννοστούντες της Πρώην Ε.Σ.Σ.Δ.", Έλληνες Πόντιοι", και "Ομογενείς από το εξωτερικό και επαναπατριζόμενοι Έλληνες". Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως από το 1980 μέχρι και σήμερα ο όρος "Παλιννοστούντες" χρησιμοποιείται για τους Έλληνες Παλιννοστούντες Ομογενείς Ποντίους που προέρχονται από τα Κράτη της Πρώην Ε.Σ.Σ.Δ.[119] Για τους ομογενείς από την Αλβανία χρησιμοποιείται είτε ο όρος "Ομογενείς από την Β. Ήπειρο", είτε ο όρος "Ομογενείς από την Αλβανία".

ii) Το γενικότερο θεσμικό πλαίσιο που διέπει τους ομογενείς.

Η νομική αντιμετώπιση των δύο αυτών κατηγοριών δεν είναι απολύτως η ίδια. Η ισχύουσα νομοθεσία συμπεριφέρεται στους

[115] Περισσότερα στοιχεία στο Efxini Poli, "Repatriated, migrants, refugees in Greece", September 2002, p.10 επομ.

[116] Βλ Νόμος 2910/2001 σε συνδυασμό με Νόμο 2790/2000 (ΦΕΚ Α 24, 16/02/2000).

[117] Περισσότερα στοιχεία στο Efxini Poli, "Repatriated, migrants, refugees in Greece", September 2002, p.5-42.

[118] Βλ. και άρθρο 8 παρ. 1 του Νόμου 1893/90 ΦΕΚ Ά 106 της 16/08/1990.

[119] Ε.Ι.Υ.Α.Π.Ο.Ε, "Το νομικό καθεστώς των παλιννοστούντων", Αθήνα 1996, σελ. 15-20.

έλληνες από την Αλβανία σαν μετανάστες έλληνες από το εξωτερικό τη στιγμή που αντιμετωπίζει τους έλληνες από την πρώην Ε.Σ.Σ.Δ. σαν επαναπατρισθέντες.

Η κρατική νομική προστασία για τους βορειοηπειρώτες έλληνες είναι μικρότερης διάρκειας από αυτή που αποδίδεται στους Πόντιους με αποτέλεσμα να βιώνουν εντονότερα τον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού. Πολλά νομικά κείμενα[120] αποδίδουν διάφορα ευεργετήματα στους Ομογενείς του Πόντου ενώ συστήνονται και κρατικοί φορείς υποδοχής όπως το Εθνικό Ίδρυμα Υποδοχής και Αποκατάστασης Παλιννοστούντων Ομογενών Ελλήνων (Ε.Ι.Υ.Α.Π.Ο.Ε) το 1990, και η Νομαρχιακή Επιτροπή Συμπαράστασης Παλιννοστούντων Ομογενών (Ν.Ε.Σ.Π.Ο.) το 1994.

Οι ομογενείς από όπου και αν προέρχονται αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες προσαρμογής, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του πρώτου διαστήματος μετά την μετεγκατάσταση τους στην Ελλάδα. Μέχρις ότου αποκτήσουν και επίσημα την ιδιότητα του ομογενούς, η οποία τους εξισώνει με τους υπόλοιπους έλληνες πολίτες, υπάγονται στο νομικό καθεστώς που διέπει τους μετανάστες εργαζόμενους. Είναι δηλαδή υποχρεωμένοι να εφοδιάζονται με την άδεια παραμονής και εργασίας και να την ανανεώνουν σε ετήσια βάση.

Κατά συνέπεια, όσον αφορά στο θέμα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας ισχύουν τα εξής: έως ότου αποκτήσουν την ελληνική ιθαγένεια διέπονται από το καθεστώς του μετανάστη αλλοδαπού όπως περιγράφηκε νωρίτερα. Ταυτόχρονα με την ελληνική ιθαγένεια αποκτούν και όλα τα δικαιώματα ενός έλληνα πολίτη. Δεν αποκλείονται, φυσικά, οι de facto διακρίσεις εις βάρος τους από δημόσιες υπηρεσίες υγείας, όπως η περίπτωση της άρνησης χορήγησης του επιδόματος ατόμων με ειδικές ανάγκες από διευθύνσεις πρόνοιας των νομαρχιών σε ομογενείς από τη Νότιο Αλβανία[121].

Κατά το παρελθόν, βέβαια, έγιναν ξεχωριστές συγκεκριμένες νομοθετικές παρεμβάσεις για το θέμα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Με την υπ' αριθμό Υ4α/7472/1995[122] εγκύκλιο του Υπουργού Υγείας καθορίζονται οι όροι για την περίθαλψη των Ομογενών από την Β. Ήπειρο: "Χορηγούμε στους ομογενείς εξ Αλβανίας δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη από τα Κρατικά Νοσοκομεία. Για την παροχή της παραπάνω περίθαλψης απαιτείται έκδοση βιβλιαρίου ανασφάλιστου". Για τους Πόντιους Ομογενείς αναγνωρίζεται το ίδιο δικαίωμα αφενός με το άρθρο 23 του νόμου 1070/1980 αφετέρου, με την Υπουργική Απόφαση Α3γ/Φ.15/Οικ.9336/12.05.1986.

Ανεξάρτητα από την χώρα προέλευσης η εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας της 13ης Ιουλίου 2000 προβλέπει για τους ομογενείς[123] τα εξής: για την παροχή δωρεάν νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ομογενείς απαιτείται βιβλιάριο οικονομικής αδυναμίας σε ισχύ, συνοδευόμενο υποχρεωτικά από το Ειδικό Δελτίο Ταυτότητος ομογενούς. Σε περί-

[120] Βλ. σχετικά και Γεωργούλας Στράτος, "Η νέα μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα και η νομιμοποίησή της", στο 'Μετανάστες στην Ελλάδα', 2001, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Ιδίως Σελ . 211-213.

[121] Το περιστατικό προκάλεσε την παρέμβαση του Συνηγόρου του Πολίτη. Βλ. "Επετηρίδα Δικαίου Προσφύγων και μεταναστών", όπως ανωτ. σελ 508-509.

[122] ΦΕΚ Β' 887/95.

[123] Κεφάλαιο Β., σελ 6 της εγκυκλίου.

πτωση που δεν έχει ακόμη εκδοθεί αυτό το Δελτίο, προσκομίζεται η βεβαίωση της κατάθεσης δικαιολογητικών για την χορήγηση του μαζί με άλλα νομιμοποιητικά στοιχεία από τα οποία προκύπτει η ιδιότητα του ομογενούς.

Στις γενικές παρατηρήσεις της Εγκυκλίου[124] ορίζεται ότι φάρμακα χορηγούνται από τα Νοσοκομεία μόνο στους ομογενείς κατόχους βιβλιαρίων οικονομικής αδυναμίας, όπως άλλωστε ισχύει και για όλους τους έλληνες πολίτες. Η ίδια ρύθμιση επαναλαμβάνεται και στην Εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας με ημερομηνία 21 Ιουλίου 2000 σχετικά με την χορήγηση φαρμάκων από τα φαρμακεία των Νοσοκομείων του ΕΣΥ σε εξωτερικούς ασθενείς.

Στοιχεία διαθέσιμα σχετικά με την πραγματικότητα που ισχύει κατά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δεν υπάρχουν, δεν ισχύει, όμως, το ίδιο και για τις συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού στην υγεία αυτών των ανθρώπων.

iii) Οι επιπτώσεις στην υγεία των ομογενών που βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Οι ομογενείς συχνά είναι θύματα διακρίσεων στους τομείς της απασχόλησης και της εκπαίδευσης, κάτι που επηρεάζει αρνητικά την οικονομική τους κατάσταση, την προσπάθειά τους για εξεύρεση κατοικίας και εν γένει τις συνθήκες διαβίωσης τους. Μία κλινική μελέτη του Νοσοκομείου "Παπανικολάου" της Θεσσαλονίκης, η οποία στηρίχθηκε στην εξέταση 720 ασθενών με φυματίωση στη Βόρεια Ελλάδα, εκ των οποίων οι 79 ήταν ομογενείς Πόντιοι, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι επισημάνθηκε στατιστικά σημαντική ανοδική τάση, στη διαχρονική πορεία της αναλογίας των μεταναστών/ ομογενών στο σύνολο των ασθενών[125].

Σύμφωνα με μία άλλη έρευνα, αυτή τη φορά του "Ιπποκράτειου" Νοσοκομείου της Συμπρωτεύουσας[126], τα ποσοστά των ετερόζυγων φορέων αιμο-γλοβινοπάθειας είναι ιδιαίτερα υψηλά για τον μη γηγενή πληθυσμό, με τους έλληνες ομογενείς από την Νότιο Αλβανία να συγκεντρώνουν ένα ποσοστό 13,3% τη στιγμή που τα αντίστοιχα μεγέθη ήταν 4,9% για τους αλβανούς μετανάστες και 3,6% για τους έλληνες από τον Πόντο. Κατά τη διάρκεια της έρευνας (1993-2000) εξετάστηκαν 27.466 άτομα εκ των οποίων 2106 ήταν μετανάστες και ομογενείς (το 7,6% των εξετασθέντων). Η επιστημονική ομάδα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι προκύπτει επείγουσα ανάγκη μιας δημόσιας πολιτικής που να επιδιώκει την πρόληψη αυτής της κληρονομικής διαταραχής στις τάξεις των μεταναστών που ζουν στην Ελλάδα.

Τέλος, ανάλογο είναι και το πόρισμα μιας ακόμη έρευνας που αφορά στην ηπατίτιδα C σε παλιννοστούντες ομογενείς[127]. Σε σύ-

[124] Περίπτωση δ.

[125] Κωνσταντινίδης Θ.Κ., Χριστλακι Π., Τσάρα Β., Καπετανγιώργης Α., Κατσουγιαννόπουλος Β.Χ., "Επιδημιολογικοί και κλινικοί χαρακτήρες της φυματίωσης σε μετανάστες στη Βόρεια Ελλάδα κατά την περίοδο 1988-1997", Πνεύμων (13) 1, 2000, σελ 73-83.

[126] Manitsa Anna, Theodoridoy Stamatia, Stamna Katerina, Alemayehou Michael, "Incidence of heterozygous carriers of haemoglobinopathies among immigrants in Northern Greece", Haema, 5 (2), 2002, p.115-117.

[127] Γρηγοριάδου Α., Δελίδου-Τσόγια Κ., Δαρδαβέσης Θ., Πηγάδας Α., Τυρόδημος Η., Κατσουγιαννόπουλος Β., "Επιπολασμός της ηπατίτιδας C σε παλιννοστούντες ομογενείς», Δελτίον Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας, 44(1) 1999, σελ. 46-50.

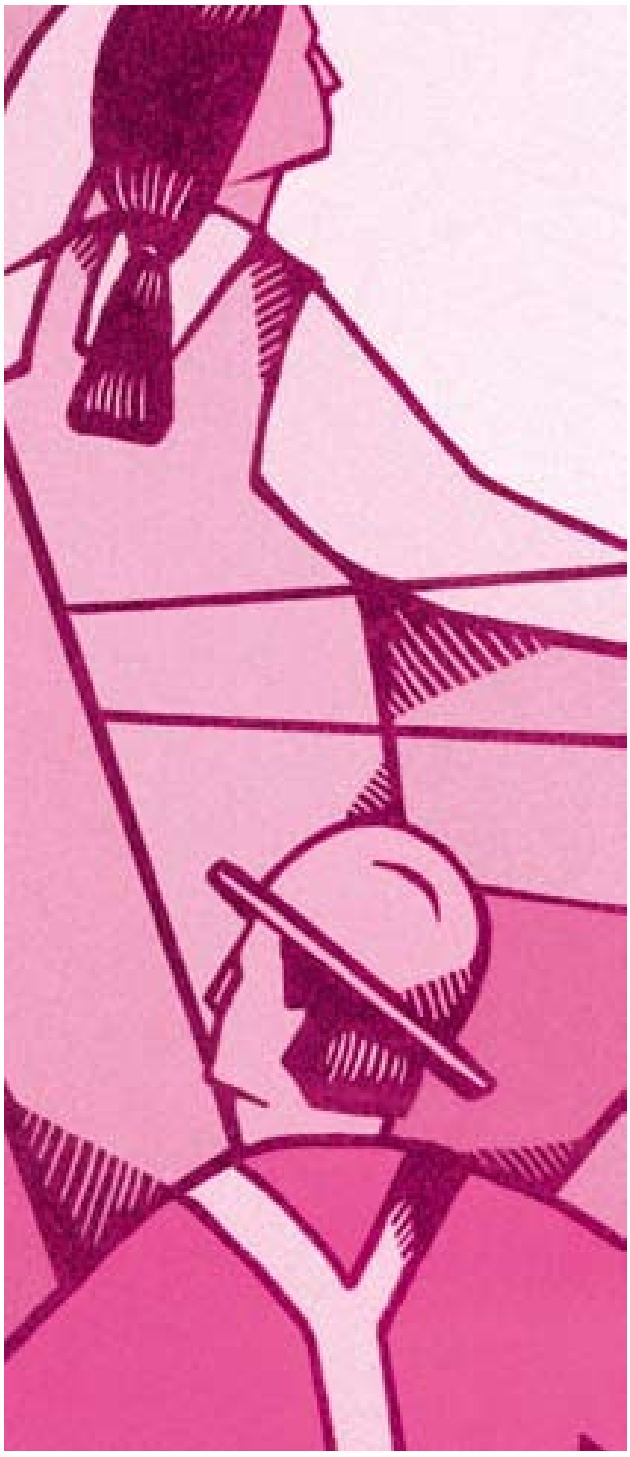
νολο 728 ατόμων που εξετάσθηκαν τα αντισώματα HCV ανιχνεύθηκαν σε ποσοστό 2,5%. Το ποσοστό των οροθετικών είναι υψηλό συγκρινόμενο με αυτό του ελληνικού πληθυσμού, που κυμαίνεται από 0,4% έως 0,58%. Δεδομένου ότι πρόκειται για μια νέα πληθυσμιακή ομάδα, κρίνεται απαραίτητη από τους επιστήμονες η ανάπτυξη προγραμμάτων ελέγχου και πρόληψης της ηπατίτιδας C για την εξασφάλιση της προάσπισης της δημόσιας υγείας.

Δεν υπάρχουν πολλές ανάλογες έρευνες ή στατιστικά στοιχεία που να μας επιτρέπουν να αξιολογήσουμε την εμπιστοσύνη των ομογενών στο δημόσιο σύστημα υγείας ή την αυξημένη ή μη πιθανότητα να ασθενήσουν. Εύκολα, όμως, μπορεί κανείς να υποθέσει ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός και η φτώχεια για αυτή την ομάδα των πολιτών αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά το δικαίωμα τους στην υγεία και προς τις δύο αυτές κατευθύνσεις[128].

ΑΝΤΙ-ΕΠΙΛΟΓΟΥ

Για τους μετανάστες και τις υπόλοιπες κοινωνικές ομάδες η υγεία αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολυσύνθετο ζήτημα, η εξέταση του οποίου δεν μπορεί να περιοριστεί σε μια έκθεση περιορισμένης έκτασης σε σύντομο χρονικό διάστημα. Έστω, όμως, και η απόπειρα συλλογής των διαθέσιμων στοιχείων για την καταγραφή της κατάστασης που επικρατεί στην Ελλάδα μας επιτρέπει να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα.

Πρώτον, ότι πραγματικά οι πληθυσμοί αυτοί αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα κατά την πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Τα εμπόδια αυτά είναι σε αρκετές περιπτώσεις νομικής φύσης αλλά τις περισσότερες φορές εμφανίζονται ως συμπτώματα διάφορων κοινωνικών πρακτικών και αντιλήψεων.



[128] Βλ σχετικά Μαυρέας Κωνσταντίνος, “Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού: οι πόντιοι πρόσφυγες στην Ελλάδα”, στο “Οι μετανάστες και η απασχόληση,V-PRC”.

Ταυτόχρονα, ο κοινωνικός αποκλεισμός τον οποίο βιώνουν έτσι κι αλλιώς τα μέλη των λεγόμενων και “μειονεκτουσών” ομάδων, έχει τελικά ανυπολόγιστες συνέπειες στην υγεία τους. Η παρατεταμένη ανεργία, οι κακές συνθήκες διαβίωσης και η φτώχεια, επηρεάζουν αρνητικά την ψυχοσωματική ευεξία των μελών των μετακινούμενων πληθυσμών και των μειονοτήτων της χώρας μας.

Ένα ακόμη αξιοσημείωτο στοιχείο είναι αναμφίβολα η έλλειψη επιστημονικής προσέγγισης και ανάλυσης του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού στο τομέα της υγείας των μεταναστών. Πρόκειται για ένα πεδίο το οποίο κατά το παρελθόν δεν έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους αρμοδίους για την χάραξη και την υλοποίηση της κοινωνικής πολιτικής, ίσως επειδή είναι ένα δύσκολο ζήτημα.

Προβάλλει, λοιπόν, επιτακτική η ανάγκη να ανιχνευθούν και να αναλυθούν οι παράγοντες που οδηγούν σε διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού ούτως ώστε να ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τον περιορισμό ή και την ουσιαστική καταπολέμηση τους έως τα τέλη του 2010. Το πρώτα βήμα όσον αφορά σε αυτό το στόχο επιχειρήθηκε κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης του αντίστοιχου κοινωνικού προγράμματος που ολοκληρώνεται με τις πέντε εθνικές εκθέσεις.

Κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης αναμένεται να προστεθεί ακόμη ένα λιθαράκι στο μεγαλόπνοο έργο της θέσπισης ενός ευρωπαϊκού χώρου χωρίς διακρίσεις με βάση την καταγωγή ή την εθνικότητα, για όλους τους πολίτες σε όλους τους τομείς.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

Ανθογαλίδου Θεοπούλα, Καρακατσάνη Πέρσα, Παπανικολάου Ελένη, "Μετανάστες Πόντιοι από την Ρωσία: Ιστορίες ζωής", 1998, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.auth.gr

ASOUN MAN (Άκουσέ με), "Προωθώντας την κοινωνική ένταξη των πληθυσμών Roma/Travallers", Τελική Έκθεση Αθήνα, 2000.

Βεϊκου Μαριαγγέλα, "Αναγκαστική μετανάστευση: στοιχεία κοινωνικού αποκλεισμού και εθελοντικής αποδοχής ανισοτήτων", στο 'Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός', Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, Αθήνα 1998, Εξάντας, σελ. 479-487.

Γαλάνης Γ, "Εθνικές - μεταναστευτικές μειονότητες και κοινωνικός αποκλεισμός", Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών, τομ. ΣΤ΄, 25-26, 1999, σελ. 46-66.

Γεωργούλας Στράτος, "Η νέα μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα και η νομιμοποίησή της", στο 'Μετανάστες στην Ελλάδα', 2001, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα σελ. 119-226.

Δημοπούλου-Λαγωνίκα Μαρία, "Μετανάστευση και διαπολιτισμικό τραύμα στην Εφηβεία: κοινωνική προσαρμογή εφήβων προσφύγων στην Ελλάδα", Κοινωνική Εργασία, 54, 1999, σελ. 62-69.

Δικαίου Μ. "Μειονοτικές ομάδες: Έρευνα και παρέμβαση στην σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα", Ψυχολογία, 6 (2), 1999, σελ. 247-253.

Δικ. Συλ. Αθ., Ελ. Συμβ. Προσφ & Υπατ. Αρμ. ΟΗΕ. Προσφ., "Η νομική προστασία των Προσφύγων / Αιτούντων Άσυλο και η Συμβολή των Δικηγόρων", Συλλογή εισηγήσεων της Ημερίδας που πραγματοποιήθηκε στον ΔΣΑ στις 29 Νοεμβρίου 1996.

Δρίτσας Σ., Αδρακτά Γ., Χατζηγεωργίου Α. Μ., Σαρρής Γ., Χαλκιαδάκη Δ., Γούλας Α., Λουζώτη Α., Τσερπέ Π., Κεχαγιόγλου Κ., "Επιπολασμός των ηπατιτίδων Β και C, της HIV λοίμωξης και της φυματίωσης σε άστεγους λαθρομετανάστες των Αθηνών", Ιατρική, 70 (4), 347-350,1996.

Ε.Ι.Υ.Α.Π.Ο.Ε, "Το νομικό καθεστώς των παλιννοστούντων", Αθήνα 1996.

ΕΟΔΜ, "Ρομά/ Τσιγγάνοι: μία ευρωπαϊκή μειονότητα", ΕΤΕΠΕ Αθήνα, 2002.

Ε.Π.Σ.Ε., "Ελλάδα: Οι Ρομά 'Κίνδυνος για την Υγεία' και θύματα θεσμοποιημένου Απαρτχάιντ", Δήλωση προς τη Συνεδρία Εργασίας για τους Ρομά της Συνάντησης 2001 για την Επισκόπηση της Υλοποίησης των Συμφωνιών του ΟΑΣΕ, 20 Σεπτεμβρίου 2001, διαθέσιμη στην ιστοσελίδα www.greekhelsinki.gr.

Ιωακείμογλου Ηλίας & Σουμέλη Ευαγγελία, "Χαμηλοί μισθοί και εργαζόμενοι φτωχοί στην Ελλάδα", ΙΝΕ-ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ, Νοέμβριος 2002.

Καβουνίδη Τζένη & Χατζάκη Λουκία, "Αλλοδαποί που υπέβαλλαν αίτηση για κάρ-

τα προσωρινής παραμονής: υπηκοότητα, φύλο, και χωροθέτηση, Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας, Αθήνα, 1999.

Κασσιμάτη Κούλα (επιμ.), "Κοινωνικός αποκλεισμός: ελληνική εμπειρία", Gutenberg/ ΚΕΚΜΟΚΟΠ, Αθήνα 2001.

Κασσιμάτη Κούλα, "Πολιτικοί πρόσφυγες από τις ανατολικές χώρες: κοινωνική και οικονομική τους ένταξη", Πάντειο Πανεπιστήμιο, ΚΕΚΜΟΚΟΠ & Γενική Γραμματεία Απόδημου Ελληνισμού, 1993.

Κασσιμάτη Κούλα, "Πόντιοι στην Ελλάδα και κοινωνικός αποκλεισμός", στο (επιμ.) 'Κοινωνικός αποκλεισμός. Η ελληνική εμπειρία', Αθήνα Gutenberg & ΚΕΚΜΟΚΟΠ, 1998,σελ. 275-305.

Κατσαδήμα Ευθαλία-Έφη, "Μειονοτικές ομάδες και νοσηλευτικές μονάδες: οι διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στον τομέα της υγείας", διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://medlab.cs.uoi.gr

Κατσορίδας Δημήτρης και Καψάλης Απόστολος, "Η σύγχρονη ελληνική μεταναστευτική πολιτική: περιεχόμενο και αποτελέσματα", Τετράδια του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ/ ΑΔΕΔΥ, Τεύχος 24, Απρίλιος 2003.

Κατσορίδας Δημήτρης και Καψάλης Απόστολος, "Η υποδοχή των προσφύγων στην Ελλάδα", Τετράδια του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ, Τεύχος 24, Απρίλιος 2003.

Καψάλης Απόστολος, "Ο νόμος 2910/ 2001 και η απασχόληση των μεταναστών", Επιθεώρηση Εργασιακών Σχέσεων, τεύχος 28, Οκτώβριος 2002, σελ. 39-52.

Καψάλης Απόστολος, "Συμπεράσματα της διημερίδας της ΓΣΕΕ με θέμα 'Για μια κοινή μεταναστευτική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης'", Ενημέρωση του ΙΝΕ - ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ, τεύχος 92, Φεβρουάριος 2003, σελ. 2-9.

Κολλιάς Γιώργος και Κατσορίδας Δημήτρης, "Η φτώχεια στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση", Επιθεώρηση Εργασιακών Σχέσεων, Τεύχος 28, Οκτώβρης 2002, σελ. 21-26.

Κωνσταντινίδης Θ.Κ., Χριστάκη Π., Τσάρα Β., Καπετανγιώργης Α., Κατσουγιαννόπουλος Β.Χ., "Επιδημιολογικοί και κλινικοί χαρακτήρες της φυματίωσης σε μετανάστες στη Βόρεια Ελλάδα κατά την περίοδο 1988-1997", Πνεύμων (13) 1, 2000, σελ 73-83.

Λαμπριανίδης Λόης & Λυμπεράκη Αντιγόνη, "Αλβανοί μετανάστες στην Θεσαλλονίκη", εκδ.Παρατηρητής, 2001.

Ληξουριώτης Ιωάννης, "Το νομικό καθεστώς του μετανάστη μισθωτού στην Ελλάδα", εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή 1998.

Μαλκίδης Φάνης, "Προβλήματα κοινωνικής ένταξης των Ποντίων από την τέως Σοβιετική Ένωση στη Θράκη", στο 'Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός', Ίδρυμα Σάκης Καράγιωργα, Αθήνα 1998, Εξάντας, σελ. 433-443.

Μαρβάκης Αθ., Παρσάνογλου Δ., & Παύλου Μ.(επιμ.), "Μετανάστες στην Ελλάδα", Εταιρεία Πολιτικού Προβληματισμού 'Νίκος Πουλαντζάς', εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2001.

Μαυρέας Κωνσταντίνος, "Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού: οι Πόντιοι Πρόσφυγες στην Ελλάδα", στο 'Οι Μετανάστες και η απασχόληση V-PRC'.

Μπάκαβος Χρήστος, Παπαδοπούλου Δέσποινα, "Μεταναστευτικές τάσεις και ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική", Μελέτες ΙΝΕ-ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ 2003.

Νικολάου Α., Μανωλάκου Κ., Καψάλη Ε., Σερέτη Ε., Λιώση Β., Χαιδάς Α., Παπανδρέου Φ., "Η ηπατίτιδα μείζον πρόβλημα στους αθιγγάνους της Αττικής, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 12 (2), 1995, σελ. 138-141.

Ντούσας Δημήτρης, "Rom και φυλετικές διακρίσεις", εκδόσεις Gutenberg, 1997.

Παπαδοπούλου Δέσποινα (Επιστ. Υπεύθυνος), "Από την κοινωνική ευπάθεια στον κοινωνικό αποκλεισμό", ΙΝΕ-ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ 2002.

Πετρονώτη Μαρίνα, "Η φιλανθρωπία και η αρωγή ως συμβολικοί μηχανισμοί κοινωνικού αποκλεισμού", Ο Πολίτης, τ.22, 1996, σελ.43-45.

Πολίτης Χάρης, "HIV/AIDS - Δημόσια υγεία και ανθρώπινα δικαιώματα, Νομοθετικά κείμενα και ρυθμίσεις", ΚΕΕΛ, Αθήνα 2002.

Ρούσσος Α., Γκορίτσας Κ., Παππάς Θ., Παπαδάκη Μ., Σπανάκη Π., Φέρτη Α., "Επιπολασμός δεικτών ηπατίτιδας Β και C σε αλλοδαπούς μετανάστες των Αθηνών», Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων, 35, 2001, σελ. 161-165.

Τερζίδης Κ. "Όψεις του προβλήματος κοινωνικής και οικονομικής ολοκλήρωσης παλιννοστούντων ελληνοποντίων", Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 88, 1995, σελ. 100-121.

Τούντας Γ., "Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία", Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Ιούλιος-Αύγουστος 2000, σελ. 351-354.

Τριχοπούλου Άννα, "Κοινωνικά προβλήματα που προκύπτουν από την εγκατάσταση των προσφύγων και των παλιννοστούντων στην Ελλάδα", Κοινωνική Εργασία, 26, 1992, σελ. 121-128.

Τσιάκαλος Γιώργος, "Κοινωνικός αποκλεισμός: Ορισμοί, πλαίσιο και σημασία" σε Κασιμάτη Κούλα (επιμ.), "Κοινωνικός αποκλεισμός: Η ελληνική εμπειρία", ΚΕΚΜΟΚΟΠ, εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2001.

΄Υπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, "Επετηρίδα Δικαίου Προσφύγων και Αλλοδαπών", Εκδόσεις Σάκκουλα 2001. σελ 491-505.

΄Υπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, "Κατευυντήριες γραμμές για την προστασία των γυναικών προσφύγων", Γενεύη, Ιούλιος 1991.

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/ Κοινοτική Πρωτοβουλία "Employment" & Πανελλαδικό Διαδημοτικό Δίκτυο για την Υποστήριξη των ελλήνων τσιγγάνων/ Δίκτυο "ΡΟΜ", "Πανελλαδική απογραφική μελέτη διερεύνησης κοινωνικών, οικιστικών συνθηκών και αναγκών των ελλήνων τσιγγάνων πολιτών", Δεκέμβρης 2000.

Φούρα Γαλήνη, "Τι θα γίνουν οι λαθρομετανάστες με έιτζ;", Καθημερινή της Κυριακής, 22 Οκτωβρίου 2000, σελ. 32.

Χατζηβαρνάβα Ε., "Κοινωνικός αποκλεισμός και Ομογενείς από την πρ. ΕΣΣΔ", εκδ. Παπαζήση 2001.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Alexandridis Theodoros, “Not enough action: government policy on Roma in Greece”, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα www.greekhelsinki.gr.

Androutsopoulou C., Livaditis M., Xenitidis X., Trypsianis G., Samakouri M., Pastelmatxi A., Tzavaras N., “Psychological problems in Christian and Moslem primary care patients in Greece”, International Journal of Psychiatry in Medicine, 32 (2) 2002, p. 285-294.

Black Richard, “Livelihood and vulnerability of foreign refugees in Greece. A preliminary report of research on Iranian and Iraqi refugees in Greater Athens, London: Department of Geography, King’s College London, 1992 (unpublished).

Broring Georg & Clarke Kris, “HIV/AIDS care and support for migrant and ethnic minority communities in Europe”, AIDS & Mobility, February 2000.

Efxini Poli, “Repatriated, migrants, refugees in Greece”, September 2002,

Efxini Poli, “The health status of Roma in Greece”, Efxini Poli/ Sastipen Network Health Information, Initial Report, Athens 2003.

EUMC, “Roma woman and access to health care”, Equal Voices, 11, 2003.

ERRC, “Roma suffer discrimination in access to health care in Greece”, 31 July 2002.

ERRC, “Cleaning operations, excluding Roma in Greece”, European Roma Rights Center/ Greek Helsinki Monitor, April 2003.

Glytsos Nicholaos, “problems and policies regarding the socio-economic integration of returnees and foreign workers in Greece”, International Migration XXXIII, 2, 1995, p. 155-176.

Iosifides Theodoros & King Russel, “socio-spatial dynamics and exclusion of three immigrant groups in the Athens conturbation”, South European Society & Politics,3, 3, 1998.

Kesidis Th., “Territorial disposition of the Greeks in Soviet Union”.

Klanfer Jules, “L’exclusion sociale, étude sur la marginalité dans les sociétés occidentales”, Bureau des recherches sociales, Paris 1965.

Lamara Farid, “L’accès aux soins et à la santé de populations roms/tsiganes migrantes en situation de grande exclusion dans trois pays d’ Europe: Espagne, France, Grèce, Etude qualitative-Approche ethno-sociologique, Projet ROM EUROPE, juin 1999.

Lamara Farid, “La minorité rom/tsigane en Europe, d’hier à aujourd’hui, in Champ Psychosomatiques, 20, 2000, p. 75-85

Lenoir René, “Les exclus, un français sur dix”, Paris ed. Le Seuil, 1974.

Lykovardi Kalliopi, “General overview of discrimination in Greece”, IOM-LEGAL TRAINING PROJECT, December 2002.

Malamitsi-Puchner A., Papacharitos S., Sotos D., Tzala E., Psichogios G., Hatzakis A. et al., “Prevalence study of different hepatitis markers among pregnant Albanian refugees in Greece”, European Journal of Epidemiology, 12, 1996, p.297-301.

Manitsa Anna, Theodoridoy Stamatia, Stamna Katerina, Alemayehou Michael, “Incidence of heterozygous carriers of haemoglobinopathies among immigrants in Northern Greece”, Haema, 5 (2), 2002, p.115-117.

Massé Pierre, “Les dividendes du progrès. Rapport du secrétaire général du Plan”, Paris 1964.

Mestheneos Elizabeth, “Migrants in the Balkans- some health related aspects from a Greek perspective”, in Ritsatakis A., Levett J., Kyriopoylos J., “Neighbors in the Balkans: initiating a dialogue for health.” WHO, eds 1999.

Mestheneos Elizabeth, “The protection of human rights of refugees and foreigners in Greece”, Athens 1989, unpublished.

Mestheneos Elizabeth, “A report on the education, employment and living conditions of refugees in Greece and possibilities on self-employment”, Athens UNHCR, 1988, unpublished.

Mestheneos Elizabeth, Ioannidi Elli & Tselepi Chrysa, “The traditional and the modern coexisting: social exclusion in Greece”, SOSTRIS Working Paper 1.

Mestheneos Elizabeth & Ioannidi Elli, “Autochthonous and new minorities in Greece”, Greek national report, SOSTRIS Working Paper 4.

OIM, «Etat de la migration dans le monde en 2000», Organisation Internationale pour les Migrations 2000.

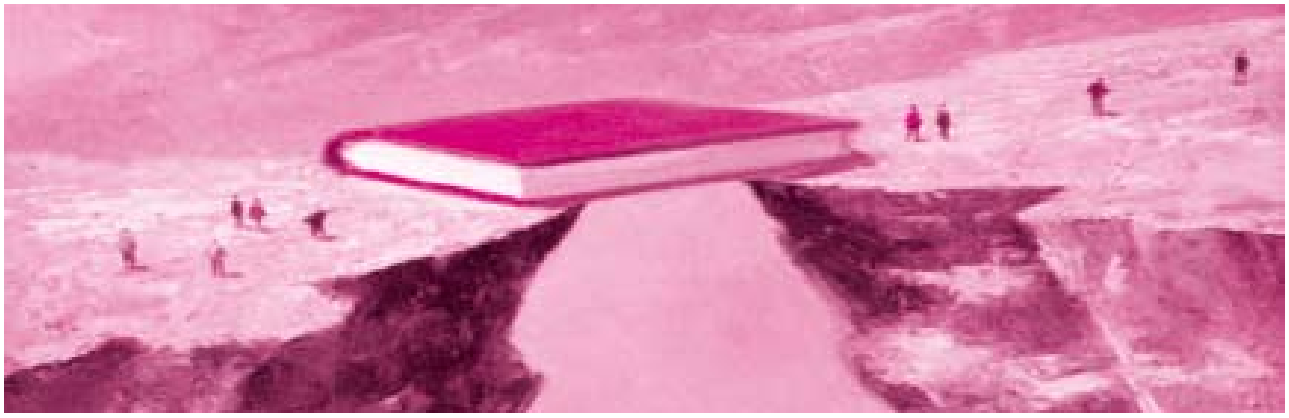
Putter (de) Jeanette, “AIDS & STDs and migrants, ethnic minorities and other mobile groups; the state of affairs in Europe”, AIDS & Mobility, June 1998.

Robolis Savas, “L’immigration en Grèce”, rapport, Système d’Observation Permanente des Migrations (SOPEMI), réunion du 4 au 6 décembre 2002, Paris.

Santantonio T., Lo Caputo S., Germinario C., Squarcione S., Greco D., Laddago V et al., “Prevalence of hepatitis virus infections in Albanian refugees”, European Journal of Epidemiology, 9, 1993, p.537-540.

Vergeti Maria, “Pontic Greeks from Asia Minor and the Soviet Union: problems of integration in modern Greece”, Journal of refugee studies,4, 4, 1999, p. 382-399.

Voutira Effie, “Pontic Greeks today: migrants or refugees?”, Journal of refugee studies, 4,4, 1991, p. 400-420.



Δραστηριότητες ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ

➤ 18-19 Νοεμβρίου 2004.

Το ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ συμμετείχε σε (Γ. Ρωμανιάς) σε σεμινάριο συνδικαλιστής επιμόρφωσης στη Κύπρο με θέμα «Ευρωπαϊκός κοινωνικός διάλογος υπό το κράτος ισχύος του νέου Ευρωπαϊκού Συντάγματος».

➤ 26 Νοεμβρίου 2004.

Το ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ συμμετείχε σε (Γ. Ρωμανιάς) σε σεμινάριο συνδικαλιστής επιμόρφωσης στη Κύπρο με θέμα «Ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική και το νέο Ευρωπαϊκό Σύνταγμα».

➤ 24-26 Νοεμβρίου 2004.

Το ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ συμμετείχε (Χ. Τριανταφύλλου) σε σεμινάριο συνδικαλιστικής επιμόρφωσης στη Κύπρο με θέμα: «Ελεύθερη διακίνηση εργαζομένων».

➤ 26 Νοεμβρίου 2004.

Το ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ συμμετείχε (Άντα Σταμάτη) σε συνέδριο που διοργάνωσε στη Κομοτινή το Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης, και η Γενική Επιτροπεία της Επικράτειας των Τακτικών Διοικητικών Δικαστηρίων, με θέμα «Ο ρόλος του δικαστικού συστήματος».Το θέμα εισήγησης της εκπροσώπου του ΙΝΕ ήταν, «Απασχόληση και Ανεργία - Προτάσεις και Μέτρα για τις Γυναίκες και την Ενσωμάτωση των Αλλοδαπών».

➤ 30 Νοεμβρίου & 1 Δεκεμβρίου 2004.

Το ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ συμμετείχε (Γ. Ρωμανιάς) σε σεμινάριο συνδικαλιστικής επιμόρφωσης που διοργάνωσε το Εργατικό Κέντρο (Ε.Κ) Καλαμάτας με θέμα: «Επίκαιρα ζητήματα κοινωνικής ασφάλισης».

➤ 2 Δεκεμβρίου 2004.

Το ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ συμμετείχε (Γ. Ρωμανιάς) σε σεμινάριο συνδικαλιστικής επιμόρφωσης που διοργάνωσε το Ε.Κ Τρίπολης με θέμα: «Επίκαιρα ζητήματα κοινωνικής ασφάλισης».

➤ 8-11 Δεκεμβρίου 2004.

Συμμετοχή του Καθ. Σ. Ρομπόλη στην ετήσια σύνοδο εμπειρογνωμόνων του ΟΟΣΑ (SOPEMI) για τα σύγχρονα μεταναστευτικά ρεύματα στην Ευρώπη.

➤ 17 Δεκεμβρίου 2004.

Το ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ συμμετείχε (Ε. Κρέτσος) σε σεμινάριο συνδικαλιστικής επιμόρφωσης στη Κύπρο με θέμα: «Οργάνωση του εργάσιμου χρόνου και επιπτώσεις στην απασχόληση».

