

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΧΩΡΙΣ ΝΟΜΙΜΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ¹

Γιατροί του Κόσμου²

Εισαγωγή

Αποτελεί κοινή παραδοχή ότι δεν είναι ακόμη επαρκώς γνωστή η κατάσταση των μεταναστών που ζουν στην Ευρώπη χωρίς άδεια παραμονής. Είναι γνωστό όμως ότι η κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση είναι πολύ αβέβαιη³. Αρκετές μαρτυρίες επιβεβαιώνουν επίσης τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν για να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους και να επωφεληθούν της αρωγής του συστήματος υγείας⁴. Σε γενικές γραμμές, τα εθνικά προγράμματα περίθαλψης πραγματοποιούν συχνά διακρίσεις στους «προσωρινούς» μετανάστες (οι περισσότεροι μετανάστες ανήκουν κάποια χρονική στιγμή σε αυτήν την κατηγορία), στους αιτούντες πολιτικό άσυλο⁵ και σ' εκείνους οι οποίοι, αρχικά ή εν τέλει, δεν διαθέτουν νόμιμη άδεια παραμονής⁶. Για τα άτομα αυτά, τα εμπόδια για μια καλή κατάσταση υγείας είναι πολλά και συχνά σημαντικά, κυρίως λόγω των διακρίσεων, της νομικής τους κατάστασης, των γλωσσικών και πολιτιστικών διαφορών, ποικίλων κοινωνικών και οικονομικών διαφορών και σε γενικές γραμμές, λόγω των εξαιρετικά δύσκολων συνθηκών διαβίωσής τους⁷. Όμως, μη λαμβάνοντας υπόψη τους αλλοδαπούς χωρίς έγγραφα παρα-

1. Επιστημονική επιμέλεια του άρθρου με βάση τα ερευνητικά δεδομένα που διατέθηκαν από την Εθνική Αντιπροσωπεία Ελλάδος των «Γιατρών του Κόσμου», Παναγιώτης Αλιάνης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
2. Οι «Γιατροί του Κόσμου» είναι μια διεθνής ιατρική ανθρωπιστική οργάνωση σκοπός της οποίας είναι η παροχή περίθαλψης στους πιο ευάλωτους πληθυσμούς που βρίσκονται σε κατάσταση κρίσης και αποκλεισμού σε όλη την υφήλιο αλλά και σε κάθε χώρα όπου βρίσκεται εθνική αντιπροσωπεία. Η οργάνωση «Γιατροί του Κόσμου» είναι σήμερα παρούσα σε 12 ευρωπαϊκές χώρες: Γερμανία, Βέλγιο, Κύπρος, Ισπανία, Γαλλία, Ελλάδα, Ιταλία, Ολλανδία, Πορτογαλία, Ηνωμένο Βασίλειο, Σουηδία, Ελβετία.
3. Chauvin P, (2002). The Europromed Working Group, (eds.) *Prevention and Health Promotion for the Excluded and the Destitute in Europe*. Amsterdam, IOS Press, 198 p.
4. Brixi O. Santé et Migration. In : Lebas J, Chauvin P. *Précarité et Santé*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, p. 99-102. Όσον αφορά, για παράδειγμα, το δικαίωμα παραμονής για ιατρικούς λόγους, υπάρχει η αναφορά 2003 του Παρατηρητηρίου Δικαιωμάτων της Υγείας των Αλλοδαπών (Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers). (http://www.odse.eu.org/rubrique.php3?id_rubrique=14)
5. Silove D, Stelle Z, Mollica RF. (2001). Detention of Asylum Seekers: assault on health, human rights and social development. *Lancet*, vol. 357: 1436-37.
6. Verbruggen N, ed. (2001). *Health Care for Undocumented Migrants: Germany, Belgium, the Netherlands, United Kingdom*. Brussels, Platform for International Cooperation in Undocumented Migrants (PICUM).
7. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Organisation Mondiale de la Santé). (2005). *Migrations Internationales, Santé et Droits Humains*. Genève, OMS.

μονής στη μεγάλη πλειοψηφία των εθνικών ερευνών, παρατηρείται μια σημαντική έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσής τους, την κατάσταση της υγείας τους και την πρόσβασή τους στην περίθαλψη⁸.

Το 2005-06, το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για την Πρόσβαση στην Ιατρική Περίθαλψη των Γιατρών του Κόσμου πραγματοποίησε, ταυτόχρονα σε 7 χώρες της Ευρώπης (το Βέλγιο, την Ισπανία, τη Γαλλία, την Ελλάδα, την Ιταλία, την Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο), μια έρευνα σε άτομα χωρίς νόμιμη άδεια παραμονής. Τα αποτελέσματα της έρευνας θεωρήθηκαν ως μια «στατιστική μαρτυρία» των καταστάσεων που παρατηρήθηκαν στα διάφορα κέντρα του «Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου» και δεν φιλοδοξούν να παρουσιασθούν ως μια αντιπροσωπευτική «φωτογραφική απεικόνιση» των δυσκολιών πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη όλων των ατόμων χωρίς άδεια παραμονής στην Ευρώπη. Αυτό κυρίως εξ αιτίας του γεγονότος ότι τα άτομα στα οποία διενεργήθηκε η έρευνα κατόρθωσαν τουλάχιστον να έρθουν σε επαφή με τις δομές περίθαλψης στα κέντρα όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Άλλωστε, λόγω της έλλειψης αντιπροσωπευτικών ερευνών (η πραγματοποίηση των οποίων μοιάζει πολύ δύσκολη ή δεν υπάρχουν καν), τα ποσοτικά αποτελέσματα που παρουσιάζονται εδώ επιτρέπουν μόνο την απεικόνιση ορισμένων έντονων τάσεων και ορισμένων διαφορών σε διεθνές επίπεδο, οι οποίες, με όλη την προσοχή που δόθηκε στην ερμηνεία τους, πληροφορούν και απεικονίζουν την έκταση των δυσκολιών της πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη που συναντά αυτός ο πληθυσμός.

Παρουσίαση έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Ιούλιο 2005 έως τον Φεβρουάριο 2006. Συνολικά ερωτήθηκαν 835 άτομα χωρίς άδεια παραμονής, σε 7 χώρες: το Βέλγιο (202) την Ισπανία (201), τη Γαλλία (152), την Ελλάδα (112), την Ιταλία (136), την Πορτογαλία (17) και το Ηνωμένο Βασίλειο (15). Οι ασθενείς περιέγραψαν την κατάστασή τους και συγκεντρώθηκαν πληροφορίες σχετικά με τις εθνικές νομοθεσίες που καθορίζουν την πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη. Το ερωτηματολόγιο⁹ χορηγήθηκε από τα μέλη (έμμισθοι και εθελοντές) των Κέντρων Υποδοχής και Περίθαλψης των Γιατρών του Κόσμου (κοινωνικοί λειτουργοί, γιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, προσωπικό υποδοχής) ή, σε πιο σπάνιες περιπτώσεις, από συναδέλφους άλλων οργανώσεων – εταιρών των Γιατρών του Κόσμου.

Στο συνολικό δείγμα των ερωτηθέντων (835 άτομα), 53,4% είναι άνδρες και 46,6% γυναίκες (αναλογία φύλου Α/Γ= 1,13), ηλικίας από 0 έως 72 ετών (μέσος

8. Lamara F. (2005). Migration et Santé Publique dans l'Union Européenne : une mise en chantier qui se fait attendre. In: Chauvin P, Parizot I, eds. *Santé et Recours aux Soins des Populations Vulnérables*. Paris, Editions Inserm, p. 305-321.

9. Ομάδα σχεδιασμού των μεθοδολογικών εργαλείων: Dr Emmanuel Condé (Βέλγιο), Dr Guillaume Fauvel (Γαλλία), Sonia Fernandes (Πορτογαλία), Pablo Traspas (Ισπανία), Χρήστος Βελισσαρόπουλος (Ελλάδα) και Michel Verdier (Γαλλία).

όρος = 33,9 ετών). Τα τρία τέταρτα των ατόμων που ερωτήθηκαν είναι ηλικίας από 20 έως 44 ετών – η μέση ηλικία είναι 34 έτη (34,5 έτη για τις γυναίκες και 33,5 έτη για τους άνδρες). Οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν τους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας, εφόσον το 12,6 % αυτών είναι πάνω από 50 ετών, έναντι μόνο 7,7% των ανδρών. Μόνο τα Κέντρα στην Ελλάδα, το Βέλγιο και την Ισπανία συμπεριέλαβαν στο δείγμα τους ασθενείς κάτω των 18 ετών και συγκεκριμένα 20 άτομα (17,9% του δείγματος) στην Ελλάδα, 7 άτομα στο Βέλγιο (δηλαδή 3,5% του δείγματος) και ένα μόνο άτομο στην Ισπανία. Όσον αφορά τις μεγαλύτερες ηλικίες, το ισπανικό δείγμα δεν περιλαμβάνει κανέναν ασθενή μεγαλύτερο των 60 ετών. Η γεωγραφική προέλευση των ερωτηθέντων ατόμων ποικίλλει, συγκεκριμένα καταγράφηκαν συνολικά 85 διαφορετικές χώρες¹⁰ (βλ. Πίνακα 1).

Πίνακας 1

Κατανομή ανάλογα με τη χώρα έρευνας (στις 5 από τις 7)* των συμμετοχόντων μεταναστών στην έρευνα, ανά ήπειρο προέλευσης σε (%)**

	ΒΕΛΓΙΟ	ΓΑΛΛΙΑ	ΙΣΠΑΝΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΙΤΑΛΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
Ευρώπη (εκτός ΕΕ)	14,5	15,9	10,9	47,7	34,8	22,3
Υποσαχάρια Αφρική	32,0	49,7	22,8	18,9	25,9	29,9
Μάγκρεπ	12,0	25,8	14,0	5,4	9,6	13,5
Εγγύς/Μέση Ανατολή	2,5	2,0	0,5	23,4	6,7	5,5
Ασία	7,0	0,7	0,0	4,5	4,4	3,9
Αμερικανική Ήπειρος	32,0	6,0	51,8	0,0	18,5	24,9
ΣΥΝΟΛΟ	100% (N=200)	100% (N=151)	100% (N=193)	100% (N=111)	100% (N=135)	100% (N=822)

* Παρουσιάζονται στατιστικά δεδομένα μόνο από τις 5 χώρες όπου διεξήχθη η έρευνα λόγω του μικρού δείγματος των άλλων 2 χωρών (της Πορτογαλίας και του Ηνωμένου Βασιλείου)

** Περιλαμβάνονται τα άτομα που δήλωσαν τη σχετική πληροφορία

Στην Ελλάδα κατά την έρευνα αυτή, το 2005, ερωτήθηκαν 112 άτομα, σε 2 προγράμματα των Γιατρών του Κόσμου. Πρόκειται για 2 «Πολυκλινικές» (Πολυϊατρεία) και 14 Κέντρα Υποδοχής και Περίθαλψης, ανοικτές σε όλα τα άτομα με δυσκολίες πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη. Στην Αθήνα, ερωτήθηκαν 58 άτομα και πραγματοποιήθηκαν 13.590 ιατρικές επισκέψεις και στη Θεσσαλονίκη, ερωτήθηκαν 54 άτομα και πραγματοποιήθηκαν 3.363 ιατρικές επισκέψεις.

10. Δεν έχει καταγραφεί η εθνικότητα 13 ατόμων.

Κύρια ευρήματα της έρευνας¹¹

1. Κοινωνική κατάσταση ερωτηθέντων

Οι δείκτες κοινωνικής κατάστασης των ερωτηθέντων ατόμων αναδεικνύουν στο σύνολό τους την επισφαλή κατάστασή τους στους τομείς της συγκεκριμένης έρευνας, συμπεριλαμβανομένης της στέγασης, της οικογενειακής ζωής, της εργασίας, και των οικονομικών πόρων.

Οι συνθήκες στέγασης

Οι περισσότερες έρευνες που διεξάγονται στην Ευρώπη αναδεικνύουν ότι η κατάσταση των αλλοδαπών σχετικά με τη στέγαση είναι συνολικά πιο δυσμενής από αυτήν των ημεδαπών – τόσο σε ότι αφορά στη νομική μορφή της χρήσης όσο και αναφορικά με την άνεση των χώρων κατοικίας¹². Για τους αλλοδαπούς χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής, τα εμπόδια στην πρόσβαση στη στέγαση είναι ακόμα μεγαλύτερα: χαμηλά ή ασταθή έσοδα, έλλειψη εγγράφων που να νομιμοποιούν την παραμονή τους στη χώρα υποδοχής, διακρίσεις και πρακτικές εκμετάλλευσης εκ μέρους των ιδιοκτητών, έλλειψη δικαιώματος στην κοινωνική στέγαση, αδυναμία των κοινωνικών δικτύων, φόβος καταγγελίας κτλ. Πέρα από το θέμα της παροδικότητας της συστέγασης σε διαμερίσματα φιλικών προσώπων, αναγκαστικού υπερπληθυσμού ή τα προβλήματα εξοπλισμού και υγιεινής, οι περιοχές «εξορίας» όπου ζουν συχνά οι αλλοδαποί χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής παρουσιάζουν τις περισσότερες φορές κινδύνους για την υγεία και την ευημερία των κατοίκων τους¹³.

Η στέγαση αποδεικνύεται πράγματι πολύ επισφαλής. Λιγότερο από το ήμισυ του δείγματος (48,4%) δηλώνει ότι έχει «μόνιμη» κατοικία – ενώ ο ίδιος ο ορισμός της «μόνιμης κατοικίας» στην έρευνα αυτή είναι πολύ ευρύς (περισσότερο από ότι στις συνήθεις εθνικές στατιστικές έρευνες¹⁴), εφόσον αντιστοιχεί στην κατοχή προσωπικής κατοικίας, πιθανώς μοιραζόμενη, αλλά και στις καταστάσεις συστέγασης με φιλικά πρόσωπα. Ωστόσο έχει ληφθεί υπ' όψη ο χαρακτηρισμός που έδωσε για τη στέγασή του ο ίδιος ο ερωτηθείς.

Περίπου 40% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι η στέγασή του είναι πρόσκαιρη και αβέβαιη (στο σπίτι συγγενών, φίλων, σε κτίρια υπό κατάληψη με νερό και ηλεκτρικό, σε τροχόσπιτα, σε αυτοκινούμενη κατοικία, σε ξενώνα κτλ.). Τέλος, το 11,5% δήλωσε ότι δεν διαθέτει καμία στέγαση: κοιμάται στο δρόμο, σε κέντρα υπο-

11. Η αναφορά των αποτελεσμάτων της έρευνας συντάχθηκε από: Pierre Chauvin και Isabelle Parizot: Ερευνητική ομάδα επί των Κοινωνικών Προσδιοριστικών Παραγόντων για την Υγεία και την Περιθαλψη, UMRS 707 (Inserm – Πανεπιστήμιο Pierre et Marie Curie), Παρίσι και Nadège Drouot, Nathalie Simonnot και Anne Tomasino: Γιατροί του Κόσμου - Τμήμα Συντονισμού Εσωτερικών Αποστολών Γαλλίας.

12. Για την Γαλλία για παράδειγμα, cf. INSEE. *Les Immigrés en France*. Paris, INSEE, 2005.

13. Braunshweig S, Caballo M. (2001): *Health and Human Rights of Migrants*. Γενεύη, Διεθνές Κέντρο για την Μετανάστευση και την Υγεία.

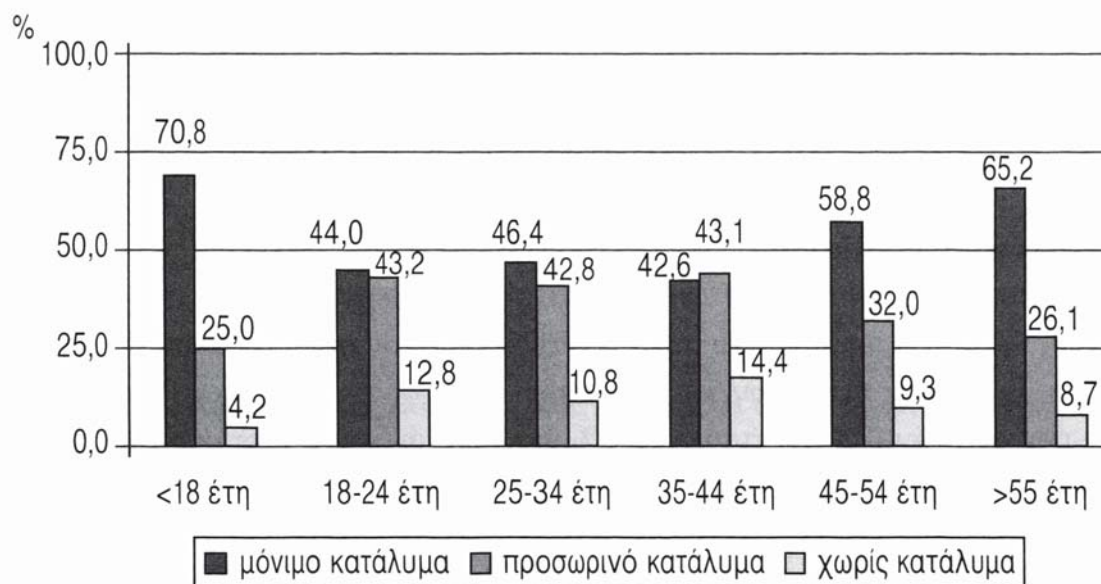
14. Ο ορισμός της μορφής στέγασης είναι πολύ διαφορετικός ανάλογα με τη χώρα. Για παράδειγμα, τα άτομα που διαμένουν με φίλους ή συγγενείς, θεωρούνται στις περισσότερες εθνικές έρευνες ως «μη έχοντες μόνιμη κατοικία», και σε ορισμένες ακόμα και ως «άστεγα». Βλέπε για παράδειγμα: Avramov D. Ed. (1998). *Coping with Homelessness: Issues to be Tackled and Best Practices in Europe*. Ashgate Publishing.

δοχής, σε κτίρια υπό κατάληψη χωρίς νερό και ηλεκτρικό ή σε καταλύματα εκτάκτου ανάγκης. Αναλογικά με τα αποτελέσματα των αντιπροσωπευτικών ερευνών στους πληθυσμούς των αστέγων¹⁵, οι άνδρες συχνά υπερτερούν των γυναικών. Σχεδόν ένας άντρας στους πέντε βρίσκεται στην κατάσταση της πρόσκαιρης στέγασης (18,2%) έναντι 4,0% των γυναικών ($p < 0,001$). Αντίθετα, από τις γυναίκες που ερωτήθηκαν το 56,2% έχει σταθερή κατοικία, έναντι μόνο 41,6% των ανδρών ($p < 0,001$).

Η κατάσταση στέγασης είναι κρίσιμότερη στις ηλικιακές ομάδες που κυμαίνονται από τα 18 ως τα 44. Τα άτομα ηλικίας 55 ετών και άνω διαθέτουν στέγαση (65,2% μόνιμο κατάλυμα και 26,1% προσωρινό κατάλυμα). Μεταξύ των ανηλίκων κάτω των 18 ετών, έξι έχουν προσωρινό κατάλυμα¹⁶ και ένας είναι άστεγος¹⁷. (βλ. Σχεδιάγραμμα 1).

Σχεδιάγραμμα 1

Στέγαση ανάλογα με την ηλικία (σε %)



Οι διαφορές που παρατηρήθηκαν ανά χώρα οφείλονται χωρίς αμφιβολία στις ειδικές κατηγορίες των αιτημάτων των ατόμων που ερωτήθηκαν σε ορισμένα κέντρα αλλά και στις συνθήκες μετανάστευσης – μόνοι ή με την οικογένεια κυρίως – αλλά και στις μεταναστευτικές ομάδες, οι οποίες διαφέρουν από χώρα σε χώρα (βλ. Πίνακα 2).

15. Για παράδειγμα: Marpsat M. Un avantage sous contrainte: le risqué moindre pour les femmes de se trouver sans abri. *Population*, 54 (6) : 885-932.

16. Ορισμένοι εξ' αυτών είναι πολύ νέοι. Ένας είναι μόνο δύο ετών (έρευνα Βελγίου), δύο είναι 10 ετών και οι άλλοι αντίστοιχα 13, 14 και 17 ετών.

17. Πρόκειται για ένα 17χρονο αγόρι από την Αλβανία που ζει στην Ελλάδα, χωρίς συγγενείς ή φίλους και χωρίς οικονομικούς πόρους.

Πίνακας 2

Στέγαση σε διάφορες χώρες της έρευνας (σε %)*

	ΒΕΛΓΙΟ	ΙΣΠΑΝΙΑ	ΓΑΛΛΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	ΙΤΑΛΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
Μόνιμη στέγαση	54,5	31,7	39,9	69,8	56,8	48,2
Προσωρινή στέγαση	36,5	56,8	52,0	20,8	26,5	40,3
Χωρίς κατάλυμα	9,0	11,6	8,1	9,4	16,7	11,5
ΣΥΝΟΛΟ	100% (N=200)	100% (N=199)	100% (N=148)	100% (N=106)	100% (N=132)	100% (N=817)

* Τα στατιστικά στοιχεία αφορούν τις 5 από τις 7 χώρες όπου διεξήχθη η έρευνα λόγω μικρού δείγματος συμμετοχόντων στην Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Οικογενειακή κατάσταση

Το ήμισυ των ερωτηθέντων ατόμων ζει με την οικογένειά του ή με φίλους (50,6%), το 32,2% ζει μόνο και το 17,2% ζει με την/τον σύντροφό του. Η συχνότητα των γυναικών που ζουν με σύντροφο είναι δύο φορές μεγαλύτερη από αυτήν των ανδρών (23,0% έναντι 12,2% για τους άνδρες), ενώ οι άνδρες ζουν πιο συχνά μόνοι (37,2% βρίσκονται στην κατηγορία αυτή, έναντι 26,4% των γυναικών) ($p < 0.001$).

Η οικογενειακή κατάσταση συνδέεται στατιστικά σημαντικά με την ηλικία των ατόμων ($p < 0.001$). Το ποσοστό «ζει κανείς μόνος», όπως και το ποσοστό «ζει με σύντροφο», αυξάνει με την ηλικία, για να φτάσει τη μέγιστη συχνότητα στην ηλικιακή κατηγορία των 35-44 ετών (38,7% των ατόμων αυτών ζουν μόνοι και το 22,1% με σύντροφο), πριν μειωθεί στις μεγαλύτερες ηλικίες. Αντίθετα, το να ζει κανείς με την οικογένειά του ή με φίλους είναι συχνότερο στις οριακές ηλικίες, με ένα ελάχιστο ποσοστό σ' αυτήν την ίδια την κατηγορία των 35-44 ετών (39,2% έναντι 50,6% κατά μέσο όρο για το σύνολο του δείγματος). Σημειώνεται ότι οι ανήλικοι που ερωτήθηκαν ζουν με την οικογένειά τους ή με φίλους τους, εκτός από έναν που ζει μόνος του. Παρατηρούμε επίσης σημαντικές διαφορές ανάλογα με τη χώρα έρευνας. Τα άτομα που ρωτήθηκαν στη Γαλλία και το Βέλγιο, ζουν μόνα τους σε μεγάλο ποσοστό: 41,5% και 36,9% αντίστοιχα. (βλ. Πίνακα 3).

Πίνακας 3**Οικογενειακή κατάσταση ανάλογα με τη χώρα έρευνας (σε %)***

	Ζει μόνος	Ζει με σύντροφο	Ζει με συγγενείς, φίλους	ΣΥΝΟΛΟ
ΒΕΛΓΙΟ	41,5%	24,5%	34,0%	100% (N=200)
ΙΣΠΑΝΙΑ	30,7%	20,6%	48,7%	100% (N=199)
ΓΑΛΛΙΑ	36,9%	11,4%	51,7%	100% (N=149)
ΕΛΛΑΔΑ	15,6%	6,4%	78,0%	100% (N=109)
ΙΤΑΛΙΑ	25,8%	17,4%	56,8%	100% (N=132)
ΣΥΝΟΛΟ	32,0%	17,3%	50,7%	100% (N=821)

* Τα στατιστικά στοιχεία αφορούν τις 5 από τις 7 χώρες όπου διεξήχθη η έρευνα λόγω μικρού δείγματος συμμετοχόντων στην Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Η οικογενειακή κατάσταση συνδέεται άμεσα με την κατάσταση στέγασης ($p < 0.001$). Σχεδόν τα τρία τέταρτα των ατόμων χωρίς κατάλυμα ζουν μόνα τους (73,4%), και μόνο το 2,1% ζει με σύντροφο. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που έχουν πρόσκαιρο κατάλυμα ζουν επίσης κατά μεγάλο ποσοστό (31,4%) μόνα τους. Αντίθετα, τα άτομα που έχουν μόνιμο κατάλυμα ζουν στην πλειοψηφία τους με συγγενείς ή με φίλους (55,7%).

Συνολικά, σχεδόν το ήμισυ των ατόμων που ερωτήθηκαν έχουν παιδιά (46,8% των ατόμων ηλικίας από 15 ετών και πάνω). Ένας ανήλικος έχει παιδί: πρόκειται για μία γυναίκα 16 ετών από τον Ισημερινό η οποία ερωτήθηκε στο Βέλγιο. Οι γονείς που ερωτήθηκαν έχουν κατά μέσο όρο 2,5 παιδιά (μεταξύ 1 και 10 παιδιών). Όμως σχεδόν τρία τέταρτα των γονέων δεν ζουν με όλα τα παιδιά τους (73,2%) – είτε επειδή τα παιδιά είναι ανεξάρτητα, είτε διότι ζουν με τον έναν από τους δυο γονείς σε περίπτωση διαζυγίου ή διάστασης, ή ακόμα γιατί η κοινωνική κατάσταση των ερωτηθέντων τους εμποδίζει να ζουν με τα παιδιά τους¹⁸. Συμπε-

18. Πρόκειται για εμπειρικές υποθέσεις. Οι πληροφορίες δεν εξήχθησαν κατ' ευθείαν από το ερωτηματολόγιο, αλλά από την καταγραφή μαρτυριών.

ρασματικά, ο αριθμός των παιδιών που ζουν με τους ερωτηθέντες γονείς ποικίλλει από 0 έως 6, με τον μέσο όρο να βρίσκεται στο 0,8.

Διαχωρίζοντας τα άτομα που ζουν με το σύνολο των παιδιών τους από αυτά που ζουν μόνο με μέρος αυτών ή με κανένα, διαπιστώνεται σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών. Πράγματι, οι γυναίκες που ζουν με όλα τα παιδιά τους είναι συγκριτικά περισσότερες από τους άνδρες, (31,1% των γυναικών ηλικίας πάνω από 15 ετών που έχουν παιδιά βρίσκονται στην κατηγορία αυτή, έναντι μόνο 19,5% των ανδρών, $p = 0,02$). Επίσης, όπως είναι αναμενόμενο, οι νεότεροι (οι οποίοι έχουν και υποθετικά πιο μικρά παιδιά) ζουν σε μεγαλύτερη αναλογία με όλα τα παιδιά τους ($p = 0,08$), πρέπει όμως να τονιστεί ότι αυτή η κατάσταση δεν αποτελεί την πλειοψηφία: ακόμα και πριν την ηλικία των 25 ετών, η πλειοψηφία (52,2%) των γονέων δεν ζουν με όλα τα παιδιά τους. Μεταξύ των ατόμων κάτω των 40 ετών, μόνο το ένα τέταρτο (26,5%) των γονέων ζουν με τα παιδιά τους, ενώ το 72,5% ζουν μόνο με μερικά απ' αυτά, ή δεν ζουν καθόλου μαζί τους.

Η πλειοψηφία (66,4%) των ατόμων που ζουν με παιδιά έχουν μόνιμη κατοικία. Αλλά σχεδόν το ένα τρίτο των ατόμων που ζουν με παιδιά έχουν μόνο προσωρινό κατάλυμα και 2,4% (δηλαδή 5 από τα 211 άτομα) είναι άστεγα. Με άλλα λόγια, από τα 425 παιδιά που ζουν με τα άτομα που ερωτήθηκαν, τα 132 (δηλαδή 31,1%) ζουν σε προσωρινό κατάλυμα και 20 παιδιά (4,7%) είναι άστεγα (τα παιδιά αυτά προέρχονται από 3 οικογένειες που ερωτήθηκαν στο Βέλγιο και από 2 οικογένειες που ερωτήθηκαν στη Γαλλία)¹⁹.

Εργασία

Η επαγγελματική κατάσταση αντικατοπτρίζει επίσης την επισφαλή κατάσταση των ερωτηθέντων. Μεταξύ αυτών που είναι 16 ετών και άνω²⁰, σχεδόν το ήμισυ έχει κάποια εργασία (47,1%) – χωρίς να υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών. Στη Γαλλία, την Ελλάδα και το Βέλγιο οι ερωτηθέντες που εργάζονται είναι οι λιγότεροι σε αριθμό: μόνο το 34,0% έχει μια επαγγελματική δραστηριότητα στη Γαλλία, 39,3% στην Ελλάδα και 39,4% στο Βέλγιο.

Αντίθετα, σχεδόν το 60% έχει μια επαγγελματική δραστηριότητα στην Ιταλία και την Ισπανία (59,8% και 58,8% αντίστοιχα), όπου η παράνομη και «ανεπίσημη» εργασία είναι πιο ανεπτυγμένη από ότι στη Γαλλία ή το Βέλγιο²¹ (σε παραδοσιακούς τομείς όπως η γεωργία, τα κατασκευαστικά έργα και τα δημόσια έργα, οι ξενοδοχειακές επιχειρήσεις, η εστίαση και ο εποχιακός τουρισμός, αλλά και σε αναπτυσσόμενους τομείς όπως η οικιακή βοήθεια²²). Είναι πιθανό αυτού του είδους οι δραστηριότητες να δηλώνονται πιο εύκολα από τους ερωτηθέντες σε σύγκριση με τις άλλες χώρες.

Εισόδημα

Το ερώτημα σχετικά με το εισόδημα που διαθέτει κάθε ερωτηθέν νοικοκυριό αποδεικνύεται δύσκολα αξιοποιήσιμο, λόγω του ποσοστού άρνησης (ή της συχνότητας

19. Μπορεί να αναφερθεί σαν παράδειγμα η κατάσταση ενός άνδρα 36 ετών, προερχόμενου από τη Δημοκρατική Δημοκρατία του Κονγκό, ο οποίος ερωτήθηκε στο Κέντρο ειδικευμένων ιατρών Βρυξελλών και δήλωσε ότι είναι άστεγος και ζει με 10 παιδιά.

20. Στο δείγμα κανένας ανήλικος μικρότερος των 16 ετών δεν εργαζόταν.

21. Tapinos, G. Immigration et marché de travail. *L'Observateur de l'OCDE*, n. 219, Décembre 1999.

22. Garson JP. Où travaillent les clandestins? *L'Observateur de l'OCDE*, n. 219, Décembre 1999.

ελλειμματικών στοιχείων) που ήταν σημαντικό σε ορισμένες χώρες. Η δυσκολία αυτή συνδέεται πιθανώς με την εμπειρία και την πρακτική των Κέντρων σχετικά με την υποβολή του. Ορισμένα Κέντρα, πράγματι, θέτουν συστηματικά αυτό το ερώτημα σε όλους τους ασθενείς (στην Ελλάδα και την Γαλλία για παράδειγμα) ενώ σε ορισμένες χώρες, όπου η απόκτηση κοινωνικής ασφάλισης εξαρτάται από το επίπεδο των πόρων, το ερώτημα αυτό καθίσταται εξαιρετικά ευαίσθητο και «προκαλεί καχυποψία για τον λόγο υποβολής του» (στο Βέλγιο για παράδειγμα). Συνολικά, μόνο το 55,7% των ερωτηθέντων απάντησε στο ερώτημα αυτό και ο μέσος όρος του διαθέσιμου εισοδήματος μηνιαίως είναι 205,00€ ανά μονάδα κατανάλωσης²³. Το δηλωθέν εισόδημα είναι μηδενικό για το 22,4% των ατόμων που απάντησαν στο ερώτημα και το ήμισυ των ερωτηθέντων έχει μηνιαίο εισόδημα μικρότερο των 145,00€ ανά μονάδα κατανάλωσης. Για τους λόγους που αναφέρονται πιο πάνω, το ποσοστό άρνησης είναι υψηλό στην Ισπανία (84,4% των ερωτηθέντων δεν απάντησε) και το Βέλγιο (82,7%). Τα δεδομένα σχετικά με τα εισόδημα μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο στη Γαλλία (ποσοστό απάντησης: 62,5%), την Ελλάδα (ποσοστό απάντησης: 67,0%) και την Ιταλία (ποσοστό απάντησης: 83,1%). Στις τρεις αυτές χώρες όμως, πρέπει να ερμηνευτούν με τη συνήθη επιφύλαξη, δεδομένου ότι αποτελούν προσωπική δήλωση (πιθανότητα εκούσιας παράλειψης ή μη των εισοδημάτων που απορρέουν από μη δηλωθείσες, παράνομες δραστηριότητες, οικονομικά βοηθήματα, κακή γνώση των εισοδημάτων των υπολοίπων μελών του νοικοκυριού, κτλ.).

Το όριο της φτώχειας που θέσαμε είναι εκείνο που υπολόγισε η Eurostat το 2004²⁴, που αντιστοιχεί στο 60% ενός μέσου εισοδήματος σε κάθε χώρα. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, το 92,6% των ερωτηθέντων (το 2005-2006) στην Ελλάδα ζει κάτω από το όριο της φτώχειας, 97,3% στην Γαλλία και 98,0% στην Ιταλία. Υπενθυμίζουμε ότι το 2001, το ποσοστό φτώχειας, σε εθνικό επίπεδο, στις 3 αυτές χώρες ήταν 21% στην Ελλάδα, 19% στην Ιταλία και 12% στη Γαλλία²⁵. Συνολικά, στις 3 χώρες στις οποίες μπορέσαμε να θέσουμε το ερώτημα, σχεδόν όλα τα άτομα ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας (οι υπόλοιποι δεν έχουν καν εισοδήματα που να πλησιάζουν το όριο αυτό).

Διοικητική κατάσταση

Η διάρκεια παραμονής σε μια από τις χώρες έρευνας χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής ποικίλλει ανάλογα με τα άτομα, μιας και κυμαίνεται από 1 μήνα έως 24 χρόνια, με ένα μέσο όρο 2 ετών. Η διάμεση τιμή είναι 13 μήνες, γεγονός που σημαίνει ότι το μισό των ερωτηθέντων ζει στη χώρα χωρίς άδεια παραμονής λιγότερο από 13 μήνες. Το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που ζει παράνομα σε μια χώρα περισσότερο από 10 χρόνια βρίσκεται στη Γαλλία (3,8%): πρόκειται για τα «μη απελάσιμα και μη νομιμοποιήσιμα άτομα», που είναι θύματα της γαλλικής νομοθεσίας. Επί του συνόλου του δείγματος, το 22,2% των ερωτηθέντων έχει λάβει εντολή απέλασης από τη χώρα στην οποία βρίσκεται. Το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα αυξημένο στο

23. Ο αριθμός μονάδων κατανάλωσης σε ένα νοικοκυριό υπολογίστηκε εφαρμόζοντας σταθερή κλίμακα: ο 1ος ενήλικας του νοικοκυριού αντιπροσωπεύει 1 μονάδα, οι υπόλοιποι ενήλικες 0,7 και τα παιδιά 0,5.

24. 762,00€ αντίστοιχα ανά μονάδα κατανάλωσης (ΜΚ) στη Γαλλία, 442 ευρώ/ ΜΚ στην Ελλάδα και 635,00€/ ΜΚ στην Ιταλία (στοιχεία της Eurostat για νοικοκυριό που αποτελείται από ένα μόνο άτομο, εκτιμήσεις του 2004).

25. Guio AC.(2005). Pauvreté monétaire et exclusion sociale dans l'UE25. *Eurostat, Statistiques en bref*, nr. 13.

Βέλγιο, όπου το 40,6% των ερωτηθέντων έχει ήδη λάβει διαταγή απέλασης. Σε γενικές γραμμές, η πιθανότητα εντολής απέλασης είναι ανάλογη με τη διάρκεια παράνομης διαμονής στην χώρα. Επίσης, οι άνδρες λαμβάνουν εντολή απέλασης συχνότερα από τις γυναίκες (αντίστοιχα 26,7% των ανδρών έναντι 16,8% των γυναικών, $p=0,001$).

2. Πρόσβαση στην κάλυψη της υγείας

Διάφοροι όροι χρησιμοποιούνται, ανάλογα με τη χώρα, για να χαρακτηριστούν τα έγγραφα που επιτρέπουν την πρόσβαση στην κάλυψη της ιατρικής περίθαλψης. Κάρτα υγείας, κάρτα κοινωνικής ασφάλισης, κάρτα του συστήματος υγείας, κάρτα ιατρικής βοήθειας, πιστοποιητικό, ή ιατρική βοήθεια. Για χάρη απλοποίησης, και για να καταστεί ευκολότερη η κατανόηση των ευρημάτων, επιλέχθηκε η χρήση του όρου «κάλυψη υγείας».

Οι νομοθεσίες των Ευρωπαϊκών χωρών που αφορούν στην πρόσβαση των μεταναστών χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής στην ιατρική περίθαλψη διαφέρουν μεταξύ τους σε μεγάλο βαθμό. Ορισμένες είναι πολύ περιοριστικές και δεν τους αναγνωρίζουν σχεδόν κανένα δικαίωμα (όπως στην Ελλάδα για παράδειγμα), ενώ άλλες τους παρέχουν περισσότερα δικαιώματα. Είναι αυτονόητο, ότι οποιοσδήποτε διαμένει σε μια χώρα θα πρέπει να έχει ουσιαστική πρόσβαση στην κατάλληλη πρόληψη και θεραπεία. Στην Ευρώπη, αυτό σημαίνει τη δωρεάν κάλυψη υγείας για τις πιο ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, δηλαδή για εκείνους που δεν έχουν τα οικονομικά μέσα για να ανταποκριθούν στα έξοδα ιατρικής φροντίδας τους. Όπως δηλώνεται και στην Ευρωπαϊκή Κοινωνική Χάρτα στο άρθρο 13, «κάθε άτομο που δε διαθέτει επαρκείς οικονομικούς πόρους, έχει δικαίωμα στην κοινωνική και ιατρική βοήθεια».

Τα θεωρητικά δικαιώματα για την κάλυψη της υγείας

Από τους ερωτηθέντες, το 78,3% δικαιούται θεωρητικά και σύμφωνα με τη νομοθεσία, της κάλυψης υγείας, χωρίς κάποια σημαντική διαφορά όσον αφορά το φύλο. Αυτό το ποσοστό κρύβει σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών στις οποίες πραγματοποιήθηκε η έρευνα – και θα πρέπει να υπογραμμιστεί ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ζει σε χώρες όπου η νομοθεσία σε αυτό το θέμα είναι πιο ευνοϊκή για τους μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής από τη νομοθεσία άλλων χωρών όπου δεν πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Η Ελλάδα αποτελεί μια ιδιαίτερη περίπτωση, γιατί σύμφωνα με τη νομοθεσία, οι μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής δεν έχουν κανένα δικαίωμα στην κάλυψη υγείας, με εξαίρεση μερικές ιδιαίτερες περιπτώσεις (περιγεννητική περίθαλψη και θεραπεία ορισμένων λοιμωδών νοσημάτων) με αποτέλεσμα μόνο το 6,9% των ερωτηθέντων δικαιούται θεωρητικά της κάλυψης υγείας. Σε τρεις χώρες, οι ερωτηθέντες δικαιούνται σε γενικές γραμμές της κάλυψης υγείας, η οποία περιλαμβάνει και τη δωρεάν θεραπεία: Στο Βέλγιο, στην Ιταλία και σε μικρότερο βαθμό, στην Γαλλία, όπου το 10% των ερωτηθέντων δεν έχει αυτό το δικαίωμα.

Στο Βέλγιο, η «*Aide Médicale Urgente* » (AMU, Επείγουσα Ιατρική Βοήθεια) αναγνωρίζεται θεωρητικά ως δικαίωμα για όλους τους μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής, με ανεπαρκείς οικονομικούς πόρους και σε κατάσταση υγείας που έχει πιστοποιηθεί από γιατρό ότι απαιτεί επείγουσα φροντίδα. Η AMU αναλαμβάνει τα έξοδα για όλες τις θεραπείες που περιλαμβάνονται στον κατάλογο της Κοινωνικής Ασφάλισης.

Στην Ιταλία, όλοι οι μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής έχουν θεωρητικά πρόσβαση στην «επείγουσα» ή τη «πρωτοβάθμια» ιατρική περίθαλψη που παρέχεται σε δημόσια ή εγκεκριμένα νοσοκομεία, όπως επίσης και σε ιατρικά προγράμματα πρόληψης και σε υπηρεσίες που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό (με την παρουσίαση μιας Ειδικής Κάρτας Υγείας που εκδίδεται από όλα τα νοσοκομεία, ακόμα και εάν ο ασθενής δεν έχει αποδεικτικά στοιχεία της ταυτότητάς του). Εάν δηλώσουν άποροι κατά την έκδοση της κάρτας υγείας (χωρίς να απαιτείται παρουσίαση αποδεικτικών στοιχείων), υποχρεούνται να πληρώσουν μόνο μια συμμετοχή (εισιτήριο) στα έξοδα ορισμένων ιατρικών θεραπειών. Ωστόσο, οι έγκυες γυναίκες, τα παιδιά κάτω των 6 ετών και τα άτομα άνω των 75 ετών δικαιούνται να έχουν εντελώς δωρεάν επείγουσα φροντίδα και θεραπεία.

Στη Γαλλία, οι μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής έχουν πρόσβαση στην «*Aide Médicale Etat* » (ΑΜΕ, Κρατική Ιατρική Βοήθεια) εάν το εισόδημά τους είναι χαμηλότερο των 587,00€ (το 2005), αλλά μόνο εάν μπορούν να αποδείξουν ότι διαμένουν μόνιμα στη χώρα -δηλαδή τουλάχιστον τρεις μήνες- και να δηλώσουν μια διεύθυνση κατοικίας²⁶. Η ΑΜΕ αναλαμβάνει το κόστος του εισιτηρίου και τα έξοδα παραμονής στο δημόσιο νοσοκομείο και απαλλάσσει τον ασθενή από οποιαδήποτε προκαταβολή. Μόνο οι οδοντικές προσθετικές εργασίες και τα γυαλιά οράσεως δεν καλύπτονται.

Στην Ισπανία, μόνο το 70.4% των ερωτηθέντων έχει δικαίωμα στην κάλυψη υγείας, γιατί όσοι δεν ήταν καταχωρημένοι στους δημοτικούς καταλόγους την ημέρα της έρευνας δεν καταμετρήθηκαν ως δυνητικοί δικαιούχοι. Το ποσοστό αυτό εμφανίζεται χαμηλότερο από ότι στο Βέλγιο, την Ιταλία και τη Γαλλία αλλά (βασικά) συσχετίζεται με την εγγραφή στους δημοτικούς καταλόγους²⁷. Η εγγραφή στα δημοτικά μητρώα είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την απόκτηση της κάρτας υγείας που εξασφαλίζει τη δωρεάν πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη στην Ισπανία. Η διαδικασία αυτή καταγραφής δεν απαιτεί κανένα πιστοποιητικό άδειας παραμονής, αλλά από το 2003 οι υπόλοιπες διοικητικές υπηρεσίες (συμπεριλαμβανομένης της Αστυνομίας) έχουν νόμιμα τη δυνατότητα να αντλούν δεδομένα από τα δημοτικά αρχεία, γεγονός που αποτρέπει αρκετούς μετανάστες που δεν έχουν νόμιμα έγγραφα παραμονής από την εγγραφή τους σε αυτά²⁸. Η ιατρική φροντίδα που παρέχεται στο πλαίσιο της εθνικής υπηρεσίας υγείας είναι δωρεάν.

Στην Πορτογαλία, το δικαίωμα στην κάλυψη υγείας απαιτεί ένα πιστοποιητικό που να βεβαιώνει την παραμονή του ασθενή στη χώρα για τουλάχιστον τρεις μήνες, ανε-

26. Η αίτηση για την ΑΜΕ προαπαιτεί την κατάθεση αποδεικτικών στοιχείων για τη διεύθυνση διαμονής. Όσοι ασθενείς δεν μπορούν να παρέχουν αποδεικτικά στοιχεία στο όνομά τους (απόδειξη ενοικίου, λογαριασμό ηλεκτρικού ρεύματος, κτλ) πρέπει να προσκομίσουν μια διοικητική διαμονή.

27. Οι ερευνητές στην Ισπανία και τη Γαλλία επομένως ερμήνευσαν με διαφορετικό τρόπο το ζήτημα του θεωρητικού δικαιώματος στην κάλυψη υγείας. Στην Ισπανία, οι αλλοδαποί που δεν έχουν εγγραφεί στο δημαρχείο θεωρούνται παράνομοι, ενώ στη Γαλλία, θεωρούνται παράνομοι εκείνοι που δεν πραγματοποίησαν τις απαραίτητες διαδικασίες, ενώ, εάν τις είχαν ολοκληρώσει, θα είχαν νόμιμη πρόσβαση στην κάλυψη υγείας και θα είχαν χαρακτηριστεί νόμιμοι. Η απουσία αποδεικτικών στοιχείων της διεύθυνσης διαμονής στη Γαλλία θεωρείται εμπόδιο.

28. L'accès des étrangers en situation irrégulière au système de santé. Τα έγγραφα εργασίας της Γερουσίας, αρ. LC160, Μάρτιος 2006.

ξάρτητα από την διοικητική του κατάσταση στο Πορτογαλικό έδαφος, που μπορεί να εκδοθεί βάσει προφορικών δηλώσεων δύο ατόμων (οποιοδήποτε). Όμως, όσοι έχουν καταδικαστεί και φυλακιστεί χάνουν αυτό το δικαίωμα, γεγονός που συνεπάγεται προβλήματα για τους αλλοδαπούς υπηκόους που μόλις αποφυλακίστηκαν. Οι δικαιούχοι της κάρτας κοινωνικής ασφάλισης που εκδίδεται από την εθνική υπηρεσία υγείας, οφείλουν να πληρώσουν ένα μέρος των εξόδων. Ορισμένες κατηγορίες ασθενών, συμπεριλαμβανομένων και όσων δεν διαθέτουν οικονομικούς πόρους, μπορεί να εξαιρεθούν από την καταβολή του εισιτηρίου, αλλά για να γίνει αυτό, θα πρέπει να ακολουθήσουν δύσκολες και σύνθετες διαδικασίες.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο²⁹, η πρόσβαση των μεταναστών χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής στη δωρεάν παροχή ιατρικής φροντίδας περιορίζεται στην πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη (εξετάσεις γενικής ιατρικής, επείγουσα ιατρική φροντίδα, θεραπεία ορισμένων λοιμωδών νοσημάτων και σοβαρών ψυχιατρικών παθολογιών). Τα άτομα αυτά δεν έχουν δωρεάν πρόσβαση σε επιπρόσθετες εξετάσεις (συμπεριλαμβανομένων των ανιχνεύσεων ασθενειών), σε ειδικευμένη ιατρική φροντίδα και τα φαρμακευτικά τους έξοδα δεν καλύπτονται.

Η δυνατότητα δικαιώματος στην κάλυψη υγείας συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τη διάρκεια παραμονής στη χώρα υποδοχής: τα άτομα που έχουν θεωρητικά δικαίωμα σε αυτή, ζουν πράγματι στη χώρα μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κατά μέσο όρο από τους άλλους (37,5 μήνες και 23,2 μήνες³⁰ αντιστοίχως, $p < 10^{-6}$). Επίσης είναι σημαντικά διαφορετικά αναλογικά με τη διάρκεια παραμονής χωρίς άδεια στη χώρα υποδοχής. Σχεδόν το 90% των ερωτηθέντων, οι οποίοι βρίσκονται στη χώρα υποδοχής χωρίς άδεια για περισσότερο από ένα χρόνο, δικαιούνται να έχουν κάλυψη υγείας. Μόνο το 66,8% εκείνων που μένουν στη χώρα υποδοχής για λιγότερο από έναν χρόνο δικαιούνται μια τέτοια κάλυψη: κατά τον πρώτο αυτόν χρόνο «παράνομης» παραμονής στη χώρα, το ένα τρίτο των ατόμων δεν έχουν επομένως τη δυνατότητα πρόσβασης στην κάλυψη υγείας. Αυτή η αναλογία πέφτει στο 48,3% όταν η διάρκεια παραμονής χωρίς άδεια στη χώρα υποδοχής είναι μικρότερη των τριών μηνών.

Η πραγματική κάλυψη της ιατρικής ασφάλισης: το εμπόδιο της ενημέρωσης

Το να έχει κανείς το θεωρητικό δικαίωμα στην κάλυψη υγείας δεν σημαίνει αυτόματα ότι ο κόσμος το γνωρίζει ή ότι κατορθώνει να επωφεληθεί αυτού του δικαιώματος. Η έρευνα έφερε στο φως σημαντικές διαφορές (που υπάρχουν) μεταξύ των χωρών. Στο σύνολο των χωρών που περιλαμβάνονται στην έρευνα, παρατηρήθηκε ότι ανάμεσα στα άτομα που θεωρητικά έχουν το δικαίωμα πρόσβασης στην κάλυψη υγείας, μόνο τα δύο τρίτα γνωρίζουν ότι έχουν αυτό το δικαίωμα (67,8 %). Υπάρχει λοιπόν ένα 32,2% του πληθυσμού που, την ημέρα της έρευνας, δεν ήταν ενημερωμένοι για το δικαίωμά τους στην κάλυψη υγείας.

Από τις χώρες που πραγματοποιήθηκε η έρευνα, στην Ισπανία ο πληθυσμός ήταν καλύτερα ενημερωμένος για το δικαίωμα στην κάλυψη υγείας (πρακτικά σχεδόν το σύνολο των θεωρητικών δικαιούχων). Στην Ιταλία, σχεδόν το ένα τρίτο των θεωρητικών δικαιούχων δεν γνωρίζει ότι μπορεί να έχει πρόσβαση στην κάλυψη υγείας. Το ποσοστό φτάνει ακόμα και στο 40% στο Βέλγιο και στο 45% στη Γαλλία. Στο Βέλγιο

29. Δεν αναφέρονται συγκεκριμένα στοιχεία λόγω του χαμηλού αριθμού των ερωτηθέντων.

30. Αντίστοιχοι στατιστικοί μέσοι: 29 και 12 μήνες.

και τη Γαλλία, φαίνεται λοιπόν, ότι υπάρχει συχνά μια άγνοια όσον αφορά το δικαίωμα στην κάλυψη υγείας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Πορτογαλία, ο αριθμός των ερωτηθέντων ήταν πολύ χαμηλός για να μπορεί κανείς να ερμηνεύσει τα δεδομένα (με περιθώρια αξιοπιστίας υπερβολικά μεγάλα). Στην Ελλάδα, η ερώτηση είναι αδόκιμη, μιας και η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν έχει κανένα δικαίωμα.

Η πλειοψηφία των ατόμων που γνωρίζουν το δικαίωμά τους (76,9%) έχουν ξεκινήσει να κάνουν τις απαραίτητες κινήσεις για να αποκτήσουν στην πράξη κάλυψη υγείας. Σχεδόν οι μισοί (43,5%) από όσους θεωρητικά δικαιούνται την κάλυψη υγείας δεν είχαν ξεκινήσει τις απαραίτητες ενέργειες για να την αποκτήσουν, κυρίως λόγω έλλειψης ενημέρωσης και βοήθειας για να πραγματοποιήσουν τις απαιτούμενες διαδικασίες³¹. Η ενημέρωση για τα δικαιώματα του ατόμου είναι ένα προ-απαιτούμενο για τη διεκδίκησή τους. Γι' αυτό η έλλειψη ενημέρωσης για το δικαίωμα στην κάλυψη υγείας που παρατηρήθηκε στην Ιταλία, το Βέλγιο και τη Γαλλία αξίζει να τονιστεί.

Η αποτελεσματική πρόσβαση στο σύστημα υγείας: το εμπόδιο των διοικητικών διαδικασιών

Μεταξύ των ανθρώπων που είχαν ξεκινήσει τις διαδικασίες για να αποκτήσουν κάλυψη υγείας, περίπου οι μισοί δεν είχαν την ημέρα της έρευνας έγγραφα τα οποία να τους επιτρέπουν την πρόσβαση στη δωρεάν ιατρική φροντίδα (44,6%), χωρίς να υπάρχει συσχέτιση με τη διάρκεια παραμονής στη χώρα ή με το φύλο και την ηλικία του ατόμου. Αυτή η αναλογία είναι πολύ διαφορετική από χώρα σε χώρα. Η κατάσταση αυτή είναι πιο ευνοϊκή στην Ιταλία και σε μικρότερο βαθμό στην Ισπανία, όπου το 97,4 % και το 80,0 % αντιστοίχως των ατόμων που έχουν ξεκινήσει τις απαραίτητες διαδικασίες απέκτησαν το έγγραφο που τους δίνει το δικαίωμα στη δωρεάν ιατρική φροντίδα. Η κατάσταση είναι πολύ πιο κρίσιμη στη Γαλλία και το Βέλγιο, αφού μόνο μια μειοψηφία ανθρώπων που έχουν ξεκινήσει τις διαδικασίες για να αποκτήσουν κάλυψη υγείας, τις είχαν ολοκληρώσει την ημέρα της έρευνας (18,0% στη Γαλλία και 26,7% στο Βέλγιο). Η κατάσταση αυτή οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, αλλά κυρίως στην πολυπλοκότητα των διοικητικών διαδικασιών. Στη Γαλλία για παράδειγμα, η επεξεργασία των φακέλων των αιτούντων είναι χρονοβόρα, και επιπλέον χρειάζεται πολύς χρόνος να αποσταλεί το πιστοποιητικό με το ταχυδρομείο (κατάσταση που γίνεται ακόμα πιο προβληματική όταν η διεύθυνση κατοικίας είναι πρόσκαιρη). Είτε λόγω έλλειψης ενημέρωσης για τα δικαιώματά τους, είτε επειδή οι διοικητικές διαδικασίες δεν έφεραν αποτέλεσμα ή είναι ακόμη σε εξέλιξη, το 69,4% των θεωρητικών δικαιούχων δεν έχουν αυτή τη στιγμή (την ημέρα της έρευνας) πρόσβαση στην κάλυψη υγείας που να τους επιτρέπει τη δωρεάν περίθαλψη από το σύστημα υγείας. Με άλλα λόγια, λιγότερο από το ένα τρίτο των δυνητικά δικαιούχων έχει ουσιαστική πρόσβαση στην κάλυψη υγείας. Από όλο το δείγμα, μόνο το 24,0 % των ερωτηθέντων επωφελούνται στην πραγματικότητα του δικαιώματός τους στην κάλυψη υγείας.

Ποια είναι τα άτομα που, αν και δικαιούνται κάλυψης εξόδων υγείας, στην πραγματικότητα δεν επωφελούνται αυτής; Τι χαρακτηρίζει τους ανθρώπους που, αν και θεωρητικά δικαιούνται θεσμικά να έχουν κάλυψη υγείας (στο σύστημα υγείας), δεν έχουν

31. Το 23,1% των ατόμων που γνωρίζουν ότι έχουν αυτό το δικαίωμα.

αποκτήσει το πιστοποιητικό που αποδεικνύει ότι έχουν το δικαίωμα αυτό; Δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση ή την επαγγελματική κατάσταση. Όσον αφορά την ηλικία, τα άτομα που είναι 55 χρόνων και άνω είναι σε κρίσιμη κατάσταση: μόνο το 10,0% διαθέτει το πιστοποιητικό που του επιτρέπει την πρόσβαση στην κάλυψη υγείας (το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί περίπου στο ένα τρίτο των ενηλίκων που ανήκουν σε άλλες ηλικιακές ομάδες³²).

Από όλους τους θεωρητικά δικαιούχους, οι άστεγοι είναι λιγότερο πιθανό να αποκτήσουν ένα πιστοποιητικό που θα τους επιτρέπει την πρόσβαση στην κάλυψη υγείας: μόνο το 25,4 % εκείνων που δεν έχουν κατοικία το απέκτησαν, έναντι του 31,7 % των ατόμων που η κατοικία τους είναι πρόσκαιρη και του 31,8 % εκείνων που έχουν μόνιμη κατοικία. Αυτή η διαφορά υπογραμμίζει το πρόβλημα στέγασης, που είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την απόκτηση δικαιωμάτων σε πολλές χώρες. Ο χρόνος που έχει ζήσει ένα άτομο σε μια χώρα υποδοχής χωρίς άδεια παραμονής είναι ένας ακόμη παράγοντας. Μεταξύ των θεωρητικών δικαιούχων, τα άτομα που έχουν τη μικρότερη κάλυψη είναι αφ' ενός εκείνοι που έφτασαν πρόσφατα στη χώρα (ή που δεν διαθέτουν εδώ και λίγο καιρό άδεια παραμονής), και από την άλλη εκείνοι που βρίσκονται περισσότερο καιρό στη χώρα. Έτσι, το 75,0 % των ατόμων που ζουν στη χώρα (χωρίς άδεια παραμονής) για λιγότερο από έναν χρόνο δεν έχουν καταφέρει να αποκτήσουν το δικαίωμα στην κάλυψη υγείας. Το ποσοστό ανεβαίνει στο 84,9 % όταν η παράνομη παραμονή φτάνει στα τέσσερα ή και περισσότερα χρόνια (ουσιαστικά, $p < 0.001$). Αυτό πιθανότατα δείχνει μια πλάγια επιλογή. Στην πραγματικότητα, από τα άτομα που έχουν ζήσει στη χώρα υποδοχής για περισσότερα από τέσσερα χρόνια, οι περισσότεροι από αυτούς που επισκέπτονται δωρεάν κλινικές δεν έχουν κάλυψη υγείας. Διαφορετικά, θα είχαν εισαχθεί στο θεσμοθετημένο σύστημα περίθαλψης. Μόνο το 24,0% των ερωτηθέντων έχουν κάλυψη υγείας που τους επιτρέπει να έχουν πρόσβαση στη δωρεάν ιατρική φροντίδα στο θεσμοθετημένο σύστημα υγείας (δηλαδή εκτός των ανθρωπιστικών οργανώσεων). Αυτό το ποσοστό είναι πιθανότατα υψηλότερο μεταξύ των ανθρώπων με συγκεκριμένα προβλήματα υγείας, αλλά πολλοί από αυτούς ακόμα δεν έχουν κάλυψη υγείας. Έτσι, το 43,8% των ερωτηθέντων που υποφέρουν από χρόνια προβλήματα στην πραγματικότητα δεν καλύπτονται. Όταν τα προβλήματα υγείας δεν είναι χρόνια, ο αριθμός αυξάνεται ακόμη περισσότερο (59,1%).

3. Κατάσταση υγείας

Το πιο πρόσφατο αίτημα για ιατρική περίθαλψη

Αυτή η ερώτηση δεν αφορά το 38 % του συνόλου των ερωτηθέντων, γιατί δηλώνουν πως δεν αισθάνθηκαν άρρωστοι (37%) ή δεν απάντησαν (1%). Όταν αισθάνθηκαν άρρωστοι, τα τρία τέταρτα των ατόμων συμβουλευτήκαν έναν γιατρό ή έναν οδοντίατρο (76,0 %) ενώ το 19,5 % δεν συμβουλευτήκαν κανέναν. Η προσφυγή σε άλλες, μη κλασσικές θεραπείες, απλά αναφέρονται χωρίς κάποια επεξεργασία (η προσφυγή σε παραδοσιακούς πρακτικούς υπονοήθηκε και υποβιβάστηκε η σημασία της, όπως συμβαίνει σε όλες τις έρευνες των οποίων το κυρίαρχο θέμα είναι η προσφυγή στη σύγχρονη ιατρική).

32. Από τα 11 ενδιαφερόμενα παιδιά, κανένα δεν διαθέτει το έγγραφο που θα τους δώσει πρόσβαση στην κάλυψη υγείας.

Η ταξινόμηση του τελευταίου προβλήματος υγείας³³ κατά σύστημα, δείχνει την υπερίσχυση 5 βασικών τύπων:

- Το πεπτικό σύστημα (20,1 % των αναφερόμενων προβλημάτων και 12,0 % των ατόμων),
- Οσteo/αρθρώσεις (13,7 % και 8,1 % αντίστοιχα),
- Το αναπνευστικό σύστημα (10,0 % και 6,0 % αντίστοιχα),
- Η γυναικολογία (8,8 % και 5,3 % αντίστοιχα)
- Ενώ η κατηγορία «γενικό μη καθορισμένο» (που συγκεντρώνει ένα ετερογενές σύνολο συμπτωμάτων και συγκεκριμένων ασθενειών³⁴) αφορά το 15,3% των αναφερόμενων προβλημάτων και το 9,1% των ατόμων.

Συνολικά, το 70,8% των ατόμων που τους απασχολεί κάποιο πρόβλημα υγείας έλαβαν συνταγογραφημένα από γιατρό φάρμακα, το 13,2% τα πήραν από μόνοι τους και το 15,9% δεν ακολούθησε καμία θεραπευτική αγωγή. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικός συσχετισμός μεταξύ του τρόπου θεραπείας και του γεγονότος της απόρριψης της αίτησης για δωρεάν ιατρική φροντίδα. Το 85,5% των ατόμων που έλαβαν φάρμακα τα προμηθεύτηκαν στη χώρα όπου διεξήχθη η έρευνα, μια ελάχιστη μειοψηφία (2,9%) τα προμηθεύτηκαν από τη χώρα προέλευσής τους και ακόμη πιο σπάνιες είναι οι περιπτώσεις που τα προμηθεύτηκαν από κάποια τρίτη χώρα (1%).

Πρόσβαση στην ανίχνευση και στις θεραπείες που σχετίζονται με τη μόλυνση από τον HIV (λοίμωξη HIV)

Σε όλες τις χώρες που διεξήχθη η μελέτη, η εξέταση ανίχνευσης του HIV είναι θεωρητικά πιθανή και δωρεάν για οποιονδήποτε το επιθυμεί. Ωστόσο, από το εξεταζόμενο δείγμα, το 54,2% των ερωτηθέντων αγνοούν ότι μπορούν να επωφεληθούν δωρεάν της ανίχνευσης του HIV. Αυτό το ποσοστό διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με τη χώρα. Το ποσοστό αυτό στην Ελλάδα, είναι χαρακτηριστικά το χειρότερο. Σε αυτό, διαφαίνεται το αποτέλεσμα της άρνησης του δικαιώματος της πρόσβασης στην κάλυψη υγείας στους αλλοδαπούς που δεν έχουν νόμιμα έγγραφα παραμονής σε αυτήν τη χώρα: ο γενικός κανόνας είναι ότι δεν έχουν σχεδόν κανένα δικαίωμα στην ιατρική φροντίδα και τις σπάνιες εξαιρέσεις αυτού του κανόνα, (όπως εκείνη της πρόσβασης στη δωρεάν ανίχνευση του HIV) οι ενδιαφερόμενοι – φυσικά αλλά δυστυχώς - δεν τις γνωρίζουν.

33. Οι γιατροί χρησιμοποίησαν τη Διεθνή Ταξινόμηση Προβλημάτων Υγείας Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (ICPC-2) για την κωδικοποίηση των προβλημάτων υγείας.

34. Αυτή η κατηγορία συγκεντρώνει στην πραγματικότητα όλες τις ασθένειες και τα συμπτώματα που δεν μπορούν να ταξινομηθούν βάσει συστήματος ή οικογένειας οργάνων σύμφωνα με τη λογική της κωδικοποίησης ICPC-2.

Μπορούμε να βρούμε για παράδειγμα:

- Γενικά συμπτώματα (πυρετός, άλγος),
- Γενικά χαρακτηριστικά (συγκεκριμένα τους παράγοντες κινδύνου),
- Λοιμώδη νοσήματα (φυματίωση, ιλαρά, ανεμοβλογιά, κτλ., όταν δεν ταξινομούνται στις ασθένειες του ήπατος – ιογενής ηπατίτιδα – ή του ανοσολογικού συστήματος – λοίμωξη HIV – για παράδειγμα),
- Καρκίνοι όταν ο πρωταρχικός καρκίνος δεν έχει διαγνωστεί,
- Άλλα.

Το ευνοϊκότερο ποσοστό παρατηρείται στη Γαλλία. Σε αυτήν τη χώρα οι ερωτηθέντες είναι οι πιο ενημερωμένοι όσον αφορά τη δυνατότητα πρόσβασης στη δωρεάν ανίχνευση (ενώ ταυτόχρονα είναι οι λιγότερο ενημερωμένοι συνολικά όσον αφορά τη δυνατότητα πρόσβασής τους στην κάλυψη υγείας): το 59,0% γνωρίζει ότι υπάρχει αυτή η δυνατότητα, ενώ στο Παρίσι το ποσοστό ανέρχεται στο 68,8% (όπου έχουν πραγματοποιηθεί πολλές μεγάλες εκστρατείες αφισοκόλλησης και ενημέρωσης για την ανίχνευση του HIV). Ακόμα πιο συχνές είναι οι περιπτώσεις των ανθρώπων που αγνοούν πού μπορούν να απευθυνθούν για να κάνουν την εξέταση ανίχνευσης του HIV: 62,3% των ερωτηθέντων ανήκουν σε αυτήν την περίπτωση. Το ποσοστό αυτό είναι αρκετά υψηλότερο στο Ηνωμένο Βασίλειο³⁵, στην Ελλάδα και την Ιταλία ενώ είναι πολύ χαμηλότερο στην Ισπανία. Στη Γαλλία, το ποσοστό ταυτίζεται με τον γενικό μέσο όρο. Η κατάσταση όσον αφορά την περίθαλψη είναι παρόμοια: 63,1% των ατόμων αγνοούν ότι μπορούν να έχουν δωρεάν πρόσβαση στην περίθαλψη για τον HIV. Αυτό το ποσοστό είναι σημαντικά υψηλότερο στην Ελλάδα (κανένας από τους ερωτηθέντες δεν το γνώριζε) και είναι σημαντικά χαμηλότερο στην Ισπανία. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η ερώτηση δεν τέθηκε γιατί, σε αυτήν την χώρα, οι οροθετικοί που δεν έχουν τα νόμιμα έγγραφα παραμονής δεν μπορούν να επωφεληθούν της δωρεάν περίθαλψης.

4. Τα εμπόδια στην πρόσβαση και τη συνέχιση της περίθαλψης

(1) Τα εμπόδια που εκφράζουν οι ασθενείς

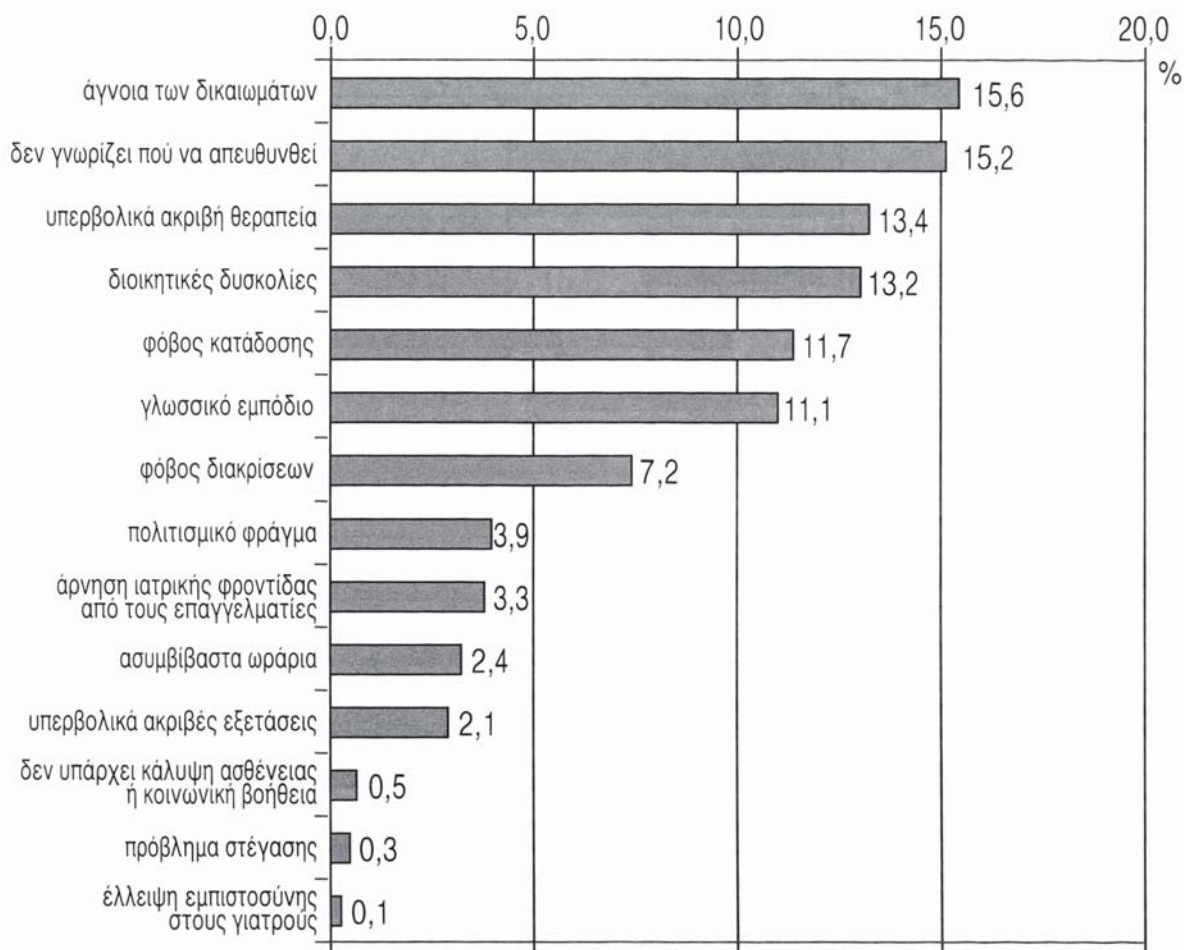
Μια από τις ερωτήσεις μελέτησε – με πολλαπλές επιλογές – τα εμπόδια που υπάρχουν όσον αφορά την πρόσβαση και τη συνέχιση της περίθαλψης. Συνολικά, αναφέρθηκαν 751 αιτίες. Οι πιο συχνές αφορούσαν κυρίως την άγνοια των δικαιωμάτων, την άγνοια των σημείων περίθαλψης όπου πρέπει να απευθυνθεί κανείς, το κόστος των θεραπειών, τις διοικητικές δυσκολίες, το φόβο της κατάδοσης και της διάκρισης, και τα γλωσσικά και πολιτισμικά εμπόδια (βλ. Σχεδιάγραμμα 2).

Το διάστημα παραμονής στη χώρα υποδοχής είναι συσχετισμένο με το είδος των εμποδίων που αναφέρονται. Τα πολιτισμικά εμπόδια, το κόστος των επισκέψεων και των θεραπειών αλλά και ο φόβος των διακρίσεων αναφέρονται από άτομα που, κατά μέσο όρο, ζουν στη χώρα 3,5 ή περισσότερα χρόνια, ενώ ο φόβος της κατάδοσης, τα διοικητικά προβλήματα, η άγνοια των δικαιωμάτων και τα προβλήματα στέγασης συσχετίζονται με διαστήματα παραμονής που κατά μέσο όρο είναι μικρότερα (αλλά που ωστόσο είναι από 1 μέχρι περισσότερο από 2 έτη).

35. Όπου, αφού δεν ισχύει η δωρεάν περίθαλψη (βλέπε πιο κάτω), δεν υπάρχει καμία εκστρατεία ενημέρωσης για την ανίχνευση του HIV για τα άτομα που δεν διαθέτουν τα νόμιμα έγγραφα παραμονής.

Σχεδιάγραμμα 2

Συχνότητα των βασικών εμποδίων όσον αφορά την πρόσβαση στην περίθαλψη (επί τοις % των αναφερόμενων εμποδίων).



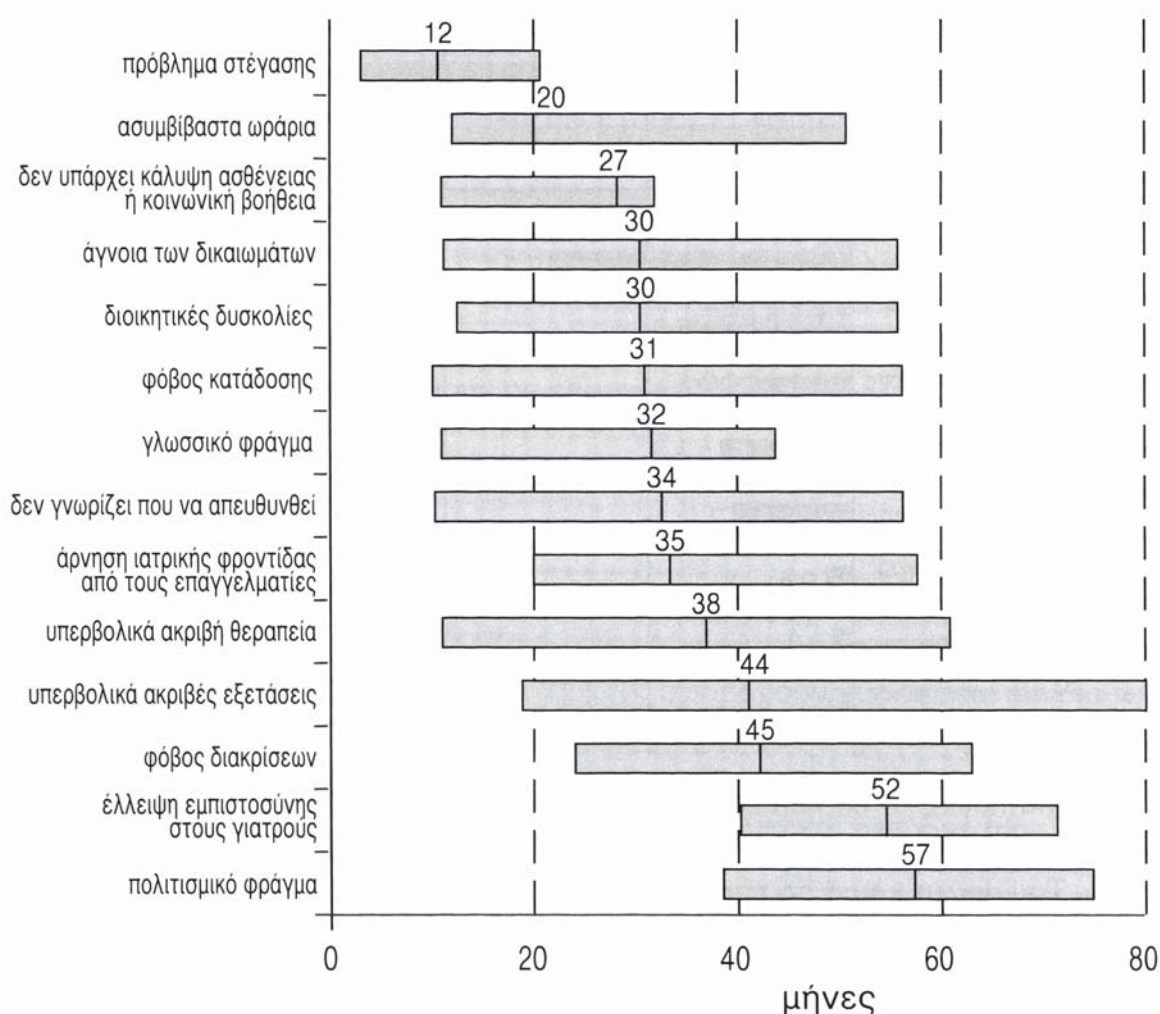
Με άλλα λόγια, τα βασικά εμπόδια όσον αφορά την πρόσβαση στην περίθαλψη εξελίσσονται μέσα στα χρόνια που περνούν χωρίς άδεια παραμονής στη χώρα υποδοχής. Τον πρώτο καιρό, τα εμπόδια αυτά αφορούν κυρίως ζητήματα στέγασης, μη προσαρμογής στα ωράρια εργασίας των γιατρών, κάλυψης ασθένειας, φόβου κατάδοσης στις αρχές, ή ακόμα και άγνοιας των σημείων όπου τα άτομα μπορούν να έχουν πρόσβαση στην περίθαλψη (βλ. Σχεδιάγραμμα 3).

Οι πολιτισμικές διαφορές δεν αναφέρονται σαν εμπόδια κατά τους πρώτους μήνες της μετανάστευσης. Μόνο μετά από πολλά χρόνια στη χώρα υποδοχής (ίσως όταν όλα τα άλλα εμπόδια πάψουν να υπάρχουν) αρχίζει να βιώνεται το πολιτισμικό φράγμα ως εμπόδιο για την περίθαλψη. Υπογραμμίζεται ότι τα οικονομικά εμπόδια (κόστος περίθαλψης και επισκέψεων στο γιατρό) εξακολουθούν να υπάρχουν ακόμα και με την πάροδο των χρόνων στη χώρα υποδοχής. Στην πραγματικότητα, τα άτομα που είχαν καθυστέρηση όσον αφορά την πρόσβασή τους στην περίθαλψη, αναφέρουν μεταξύ των άλλων εμποδίων στην πρόσβαση της περίθαλψης και τη συνέχισή της, την άρνηση των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας να τους αναλάβουν,

συχνότερα από οποιοδήποτε άλλο εμπόδιο (7,4 % έναντι 1,1 %, $p < 0.001$) καθώς και το ασυμβίβαστο ωράριο των υπηρεσιών υγείας (6,1 % έναντι 2,2 %, $p = 0,02$). Οι ασθενείς εκφράζουν επίσης τον φόβο της κατάδοσης ή της σύλληψής τους από την αστυνομία και προτιμούν να μην πηγαίνουν στους γιατρούς ή στο νοσοκομείο.

Σχεδιάγραμμα 3

Διάρκεια παραμονής σε μια χώρα υποδοχής ανά τύπο εμποδίων στην πρόσβαση στην περίθαλψη (διάμεσος και διατεταρτημότητα σε μήνες)³⁶



(2) Η άρνηση παροχής περίθαλψης από τους επαγγελματίες της υγείας

Στη διάρκεια του πλέον πρόσφατου προβλήματος υγείας, το 11,1 % των ενδιαφερόμενων ατόμων αντιμετώπισαν μια άρνηση παροχής περίθαλψης από την πλευρά των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας (για όλες τις περιπτώσεις κάλυψης ασθένειας συνολικά)³⁷. Το ποσοστό της άρνησης που παρατηρήθηκε στην έρευνα διαφέ-

36. Σημείωση για τον αναγνώστη: το σχεδιάγραμμα δίνει για κάθε αιτία τη διάμεσο και το διατεταρτημότητα της διάρκειας παραμονής σε μια χώρα υποδοχής των ατόμων που ανέφεραν τα εμπόδια.

37. Δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ούτε όσον αφορά την ηλικία.

ρει σημαντικά από χώρα σε χώρα ($p < 10^{-6}$): το υψηλότερο ποσοστό παρατηρείται στο Βέλγιο και το χαμηλότερο στην Ισπανία (βλ. Πίνακα 4).

Πίνακας 4

Ποσοστά άρνησης παροχής περίθαλψης από τους επαγγελματίες της υγείας ανά χώρα

	%	IC95%
ΒΕΛΓΙΟ	15,0	9,5-22,0
ΓΑΛΛΙΑ	10,6	5,2-18,7
ΕΛΛΑΔΑ	10,3	3,9-21,2
ΙΤΑΛΙΑ	7,5	3,1-14,9
ΙΣΠΑΝΙΑ	6,4	1,3-17,5
ΣΥΝΟΛΙΚΑ	11,1	8,3-14,3

* Τα στατιστικά στοιχεία αφορούν τις 5 από τις 7 χώρες όπου διεξήχθη η έρευνα λόγω μικρού δείγματος συμμετοχόντων στην Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Συνολικά, αναφέρθηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας 44 προβλήματα υγείας όπου υπήρξε άρνηση της προσφοράς περίθαλψης. Παρατηρούμε ότι ορισμένες από τις αναφερόμενες αιτίες αφορούν επείγοντα περιστατικά (κατάγματα και εγκαύματα, αλλά και εγκυμοσύνη ή διαταραχή προσωπικότητας), σοβαρές ασθένειες (ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαροδιαβήτης, ιογενής ηπατίτιδα) ή μολυσματικές ασθένειες (ιγμορίτιδα, πνευμονία).

Το γεγονός της άρνησης προσφοράς περίθαλψης στη διάρκεια του τελευταίου προβλήματος υγείας είναι σίγουρα δύο φορές λιγότερο συχνό όταν τα πρόσωπα έχουν ένα ουσιαστικό και αναγνωρισμένο δικαίωμα στην ιατρική κάλυψη (6,2 %) από ότι όταν δεν έχουν ουσιαστική ιατρική κάλυψη (13,0 %, $p = 0,04$). Αλλά δεν είναι ασφαλώς αμελητέο το ποσοστό των ατόμων που αντιμετώπισαν την άρνηση παροχής περίθαλψης που οφείλεται στην απροθυμία ορισμένων επαγγελματιών στον τομέα της υγείας. Στη Γαλλία για παράδειγμα, ορισμένοι γιατροί αρνούνται (άμεσα ή έμμεσα) να αναλάβουν τους δικαιούχους της AME (Aide Médicale Etat), κυρίως γιατί το σύστημα δεν είναι μηχανογραφημένο (γεγονός που μπορεί να επιβαρύνει τις διαδικασίες), αλλά επίσης γιατί υπάρχει ακόμα άγνοια από την πλευρά των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας όσον αφορά τα δικαιώματα. Αυτό φαίνεται από μια έρευνα που διεξήχθη από τους Γιατρούς του Κόσμου Γαλλίας στις αρχές του 2006 σε 725 παθολόγους: το 37% από αυτούς αρνούνται να δεχτούν

τους δικαιούχους της Κρατικής Ιατρικής Βοήθειας (Aide Médicale Etat)³⁸.

Γενικά, η επιστημονική βιβλιογραφία (ιατρική ή για τη δημόσια υγεία) για τις διακρίσεις στην περίθαλψη όσον αφορά τους μετανάστες είναι εντυπωσιακά σπάνια στην Ευρώπη: η έρευνα στη βάση των εκδόσεων Medline® γύρω από αυτό το θέμα έδειξε ότι υπάρχουν μόνο 3 άρθρα από το 1992 (από τα οποία μόνο το ένα περιλαμβάνει στατιστικά δεδομένα)³⁹. Αυτό δείχνει τη σπουδαιότητα των δεδομένων όπως παρουσιάζονται εδώ σχετικά με αυτό το θέμα.

Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για την Πρόσβαση στην Περίθαλψη των Γιατρών του Κόσμου έδωσε την ευκαιρία, παρά τις μεθοδολογικές δυσκολίες που σχετίζονται με την ανομοιογένεια των καταστάσεων που συναντήθηκαν και των ειδών των προγραμμάτων που διεξάχθηκαν από τις ομάδες εργασίας, να αποδειχθεί ότι είναι δυνατή η συσπείρωση γύρω από κοινούς στόχους, ώστε να προσεγγιστεί με ενιαία μεθοδολογία η κατάσταση της υγείας και οι δυσκολίες πρόσβασης στην περίθαλψη των μεταναστών και κυρίως εκείνων που είναι πλέον ευάλωτοι, των μεταναστών που δεν έχουν τα νόμιμα έγγραφα παραμονής. Για τις μεθοδολογικές δυσκολίες και διαπιστώσεις έχουν συνταχθεί σχετικές συστάσεις προκειμένου να ληφθούν υπόψη σε αντίστοιχες μελλοντικές προσπάθειες και είναι στη διάθεση από τους Γιατρούς του Κόσμου σε κάθε ενδιαφερόμενο.

Διαπιστώθηκε κατά τη διάρκεια αυτής της πρώτης έρευνας η ανεπάρκεια των δεδομένων που αφορούν της κατάσταση των παιδιών. Είτε πρόκειται για αποκλεισμό, είτε για φτώχεια ή και για ασθένειες, τα παιδιά είναι τα πιο ευάλωτα. Οι νομοθεσίες των διάφορων Ευρωπαϊκών χωρών είναι γενικά ευνοϊκές όσον αφορά την πρόσβαση στην περίθαλψη των ανηλίκων, όποιο και να είναι το διοικητικό καθεστώς των γονιών τους. Ωστόσο, τα παιδιά που συναντούν στη δράση τους οι Γιατροί του Κόσμου δεν έχουν πολύ συχνά ουσιαστική πρόσβαση στην περίθαλψη. Η κάλυψη όσον αφορά τον εμβολιασμό δεν είναι ικανοποιητική. Γι αυτό θα χρειαστεί αναμφίβολα να διεξαχθεί μια ειδική έρευνα για τα παιδιά, για να ληφθεί υπόψη η υγεία τους από τους θεσμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Επιδίωξη αυτής της έρευνας είναι τα αποτελέσματα να αξιοποιηθούν για να βελτιωθούν οι πολιτικές της δημόσιας υγείας στην Ευρώπη, έτσι ώστε να εγκαταλειφθούν οριστικά οι διακρίσεις που σχετίζονται με το διοικητικό καθεστώς οποιουδή-

38. Βλέπε την έρευνα της Αποστολής της Γαλλίας των Γιατρών του Κόσμου για το ζήτημα αυτό: «Δεν θα αναλάμβανα αυτούς τους ασθενείς», *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France*. Paris, Médecins du Monde, novembre 2006, 43 σ.

39. Peretti-Watel P, Spire B, Lert F, Obadia Y. Equipe de l'enquête VESPA. Seropositive people infected through intravenous drug use: a persistent vulnerability. *Rev Prat* 2005; 55: 2093-100. (στα γαλλικά) Eshiett MU, Pany EH. Migrants and health: a cultural dilemma. *Clin Med* 2003; 3: 229-31.
Corretger JM, Fortuny C, Botet F, Valls O. Marginality, ethnic groups and health. *An Esp Pediatr* 1992; 36: 115-7 (στα ισπανικά).

ποτε ατόμου το οποίο διαμένει στην περιοχή. Είναι αναγκαίο να πεισθούν τόσο οι πολιτικοί όσο και οι Ευρωπαίοι πολίτες ότι η πρόσβαση στην περίθαλψη των ατόμων που ζουν στην αβεβαιότητα είναι το «βαρόμετρο» της δημοκρατίας.

Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο των Γιατρών του Κόσμου στο πλαίσιο της δράσης του στην Ευρωπαϊκή Ένωση για την ουσιαστική πρόσβαση στην περίθαλψη των μεταναστών και για την προστασία των σοβαρά ασθενών που απειλούνται με απέλαση, δημιούργησε το 2006 ένα δίκτυο ευρωπαϊκών ΜΚΟ: το δίκτυο «Averroès». Το δίκτυο «Averroès» έχει σκοπό να πραγματοποιήσει μια καμπάνια μαρτυρίας με στόχο να βελτιώσει την υγεία όσων ζητούν άσυλο και των ατόμων που δεν έχουν τα νόμιμα έγγραφα παραμονής στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ενθαρρύνοντας τη δημιουργία και την εφαρμογή μη μεροληπτικών κοινοτικών περιοριστικών νομικών προτύπων στα Κράτη Μέλη, μέσα στα πέντε επόμενα χρόνια.

Επίλογος

Το δικαίωμα στην υγεία είναι ένα θεμελιώδες δικαίωμα που τα Ευρωπαϊκά κράτη έχουν δεσμευτεί να υπερασπιστούν. Κάθε κράτος είναι υπεύθυνο να προάγει την υγεία όλων των ατόμων που ζουν στο έδαφός του, να απαλείφει τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία και να υπερασπίζεται την ισότητα όσον αφορά την πρόσβαση στην περίθαλψη. Έτσι, σύμφωνα με τις δεσμεύσεις που έχουν αναληφθεί στους διάφορους παγκόσμιους Χάρτες Δικαιωμάτων, το Συμβούλιο της Ευρώπης συνέστησε στα Κράτη Μέλη⁴⁰:

« (...)

Να υιοθετήσουν ένα συγκροτημένο και σφαιρικό πολιτικό πλαίσιο το οποίο:

- **θα εγγυάται και θα ευνοεί την υγεία των ατόμων που ζουν στην αβεβαιότητα,**
- **θα προστατεύει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και θα εμποδίζει τον κοινωνικό αποκλεισμό και τις διακρίσεις,**
- **θα εξασφαλίζει ευνοϊκά περιβάλλοντα για την κοινωνική ένταξη των ατόμων που ζουν σε περιθωριακές καταστάσεις ή στην αβεβαιότητα,**
- **θα ενισχύει και θα προσαρμόζει τη νομοθεσία προκειμένου να εξασφαλίσει την προστασία των δικαιωμάτων του ανθρώπου, την κοινωνική αλληλεγγύη και την αμεροληψία,**

(...)

- **θα δημιουργήσει αποτελεσματικά συστήματα υγείας για να απαντήσει ικανοποιητικά και έγκαιρα στις ανάγκες που αφορούν την υγεία προκειμένου να ενισχυθεί η αμεροληψία, να εξασφαλιστεί η ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες στον τομέα της υγείας και τα διαθέσιμα μέσα, και να μπορέσει να αναγνωρίσει, να εκτιμήσει και να χειριστεί τα προβλήματα υγείας των ατόμων που ζουν σε περιθωριακή κατάσταση.»**

40. Εισηγήσεις της Υπουργικής Επιτροπής του Συμβουλίου της Ευρώπης (Rec(2001)12) στα Κράτη Μέλη για την υιοθέτηση υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης για να καλυφθεί η ζήτηση περίθαλψης και υπηρεσιών από τα άτομα που βρίσκονται σε περιθωριακή κατάσταση