

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ»

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

**Ο Ρόλος των Ελληνικών ΜΚΟ στην Παροχή Υπηρεσιών Υγείας σε
Πρόσφυγες και Μετανάστες**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Γεωργία Κυριαζοπούλου

Αθήνα, 2020

Τριμελής Επιτροπή

Χαράλαμπος Οικονόμου, Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου (Επιβλέπων)

Βασιλική Καντζάρα, Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου

Εμμανουήλ Χουμεριανός, Επίκουρος Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου



Copyright © Γεωργία Κυριαζοπούλου, 2020

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διπλωματικής εργασίας εξ' ολοκλήρου ή τμήματος αυτής για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσεως, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διπλωματικής εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων της συγγραφέως.

Στην οικογένειά μου

Συντομογραφίες

ΑΜΚΑ: Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης

ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

ΕΣΔΑ: Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΜΚΟ: Μη Κυβερνητική-ές Οργάνωση-εις

ΜΝΕ: (μετανάστες) με νομιμοποιητικά έγγραφα

ΟΗΕ: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

ΠΑΑΥΠΑ: Προσωρινός Αριθμός Ασφάλισης και Υγειονομικής
Περίθαλψης Αλλοδαπού

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΧΝΕ: (μετανάστες) χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ όλους τους καθηγητες και τις καθηγήτριες που συνετέλεσαν στην υλοποίηση του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Κοινωνιολογία».

Ευχαριστώ από καρδιάς όλους όσοι βοήθησαν στη διεξαγωγή της έρευνας και διευκόλυναν το έργο μου. Ευχαριστώ ιδιαίτερα τους εργαζόμενους στις ΜΚΟ που με χαρά δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνά μου.

Ευχαριστώ την οικογένειά μου που μου έμαθε να μην τα παρατάω ποτέ στη ζωή μου και που βρίσκονται δίπλα μου σε κάθε μου βήμα.

Περιεχόμενα

Γραφήματα και Πίνακες	9
Περίληψη	10
Abstract	12
Εισαγωγή	14
Α΄ μέρος: Θεωρητικό πλαίσιο	16
1. Διευκρίνιση βασικών εννοιών	16
2. Η Μετανάστευση στην Ελλάδα	19
2.1. Ιστορική αναδρομή	19
2.2. Η μετανάστευση στην Ελλάδα σήμερα - Προφίλ μεταναστών	21
3. Μετανάστευση και Υγεία	25
3.1. Κοινωνικός αποκλεισμός και υγεία	25
3.2. Θεσμικό πλαίσιο για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες	28
3.3. Πρόσβαση προσφύγων και μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας.....	33
4. Ο ρόλος των ΜΚΟ.....	36
Β΄ Μέρος: Η έρευνα	39
1. Μεθοδολογία έρευνας.....	39
2. Προφίλ ΜΚΟ.....	43
Hestia Hellas	43
Ανθρωπιστική Πρωτοβουλία ΓΕΦΥΡΕΣ.....	44
Βαβέλ	44
Praksis	45
3. Θεματική ανάλυση συνεντεύξεων	46
3.1 Ωφελούμενοι	46
3.2 Περιορισμοί στην εξυπηρέτηση	46
3.3. Προγράμματα που υλοποιούνται από τις ΜΚΟ.....	47
3.3.1 Ψυχοκοινωνικά.....	47
3.3.2 Εκπαιδευτικά	49
3.3.3 Υγεία - Δημόσια Υγεία.....	49
3.3.4 Ανθρωπιστικά - Κοινωνικά	50

3.4 Ο ρόλος των ΜΚΟ	51
3.4.1 ΜΚΟ που παρέχουν υπηρεσίες υγείας	51
3.4.2 ΜΚΟ που διευκολύνει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας	53
3.5. Παράγοντες που δυσχεραίνουν το έργο των ΜΚΟ.....	54
3.5.1 Πολιτεία.....	54
3.5.2 Κατάρτιση εργαζομένων	55
3.5.3 Διερμηνεία – Γλώσσα.....	55
3.5.4 Κουλτούρα.....	56
3.5.5 Κόπωση εργαζομένων	57
3.5.6 Έλλειψη χρηματοδοτήσεων.....	58
3.5.7 Επιπρόσθετες δυσκολίες.....	58
3.6 Λόγοι άρνησης βοήθειας από την πλευρά των ωφελομένων.....	59
3.6.1 Άγνοια/ Έλλειψη ενημέρωσης.....	59
3.6.2 Κουλτούρα.....	60
3.6.3 Λανθασμένοι χειρισμοί από επαγγελματίες υγείας	61
3.6.4 Ενδοοικογενειακά προβλήματα.....	61
3.7 Προτεινόμενες αλλαγές από την πλευρά των ΜΚΟ	62
3.7.1 Διερμηνεία	62
3.7.2 Ενημέρωση	62
3.7.3 Συντονισμός ανάμεσα σε οργανώσεις και κράτος.....	63
3.8. Ο ρόλος της πολιτείας	64
3.8.1 Χρηματοδοτήσεις	64
3.8.2 Διερμηνεία.....	65
3.8.3 Τεχνολογικές προτάσεις	65
3.8.4 Συνεργασία	65
Συμπεράσματα	67
Επίλογος.....	69
Πηγές-Βιβλιογραφία	71
Πηγές.....	71
Α΄ Νόμοι.....	71
Β΄ Ιστοσελίδες	71
Βιβλιογραφία.....	72

Ελληνόγλωσση	72
Ξενόγλωσση	76
Παράρτημα.....	80
Α) Νόμοι.....	80
Β) Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων	87
Γ) Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά δικαιώματα.....	88
Δ) Έντυπο Συναίνεσης Συμμετέχοντος σε Ερευνητική Εργασία.....	90
Ε) Οδηγός συνέντευξης προς εργαζομένους ΜΚΟ	92

Γραφήματα και Πίνακες

Γράφημα 1. Αριθμός προσφύγων και μεταναστών στην Ελλάδα (2014-2020) - Στοιχεία	έως 02/03/2020.....	23
Γράφημα 2. Πύλες εισόδου στην Ελλάδα - Στοιχεία	έως 02/03/2020.....	24
Γράφημα 3. Φύλο προσφύγων και μεταναστών – Στοιχεία από 01/01/2019	έως 02/03/2020.....	24
Πίνακας 1. Κωδικοποίηση συμμετεχόντων στην έρευνα.....		41

Περίληψη

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία εστιάζει στο ζήτημα της παροχής υπηρεσιών υγείας στους πρόσφυγες και τους μετανάστες και, συγκεκριμένα, στον ρόλο των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων στο θέμα αυτό.

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη: το θεωρητικό, το οποίο στηρίζεται σε ανασκόπηση ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας, και το ερευνητικό, το οποίο βασίζεται σε συνεντεύξεις εργαζομένων σε τέσσερις διαφορετικές ΜΚΟ που είτε παρέχουν οι ίδιες υπηρεσίες υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες είτε διευκολύνουν την πρόσβαση αυτών των ομάδων στο σύστημα υγείας της χώρας. Οι ΜΚΟ που αναφέρονται στην εργασία είναι οι Hestia Hellas, Praksis, Ανθρωπιστική Πρωτοβουλία ΓΕΦΥΡΕΣ και Βαβέλ.

Το πρώτο μέρος ξεκινά με μία εισαγωγική ενότητα η οποία είναι αφιερωμένη στη διευκρίνιση βασικών όρων και εννοιών που θα είναι χρήσιμες στην ανάγνωση της παρούσας εργασίας και στην αποφυγή ενδεχόμενων παρερμηνειών. Το δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνει μία σύντομη ιστορική ανασκόπηση του φαινομένου της μετανάστευσης με κύριο γνώμονα την Ελλάδα, ενώ στη συνέχεια παρουσιάζεται η τωρινή κατάσταση που επικρατεί στη χώρα μας και σκιαγραφείται το προφίλ των μεταναστών. Το τρίτο κεφάλαιο σχετίζεται με το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού, το νομικό πλαίσιο που στηρίζει την πρόσβαση των προσφύγων και των μεταναστών στο ελληνικό σύστημα υγείας, καθώς και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι ομάδες αυτές στην προσπάθεια για πρόσβαση στον τομέα της υγείας. Στη συνέχεια, το τέταρτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στο ρόλο των ΜΚΟ και βασίζεται σε βιβλιογραφικά στοιχεία.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει τη μεθοδολογία έρευνας, όπου παρουσιάζεται ο τρόπος κατά τον οποίο διεξήχθη η παρούσα έρευνα, καθώς και το προφίλ των συμμετεχόντων. Έπειτα, γίνεται μία σύντομη αναφορά στις τέσσερις ΜΚΟ που αναφέρονται στο ερευνητικό μέρος της εργασίας και παρουσιάζεται το προφίλ αυτών. Τέλος, ακολουθεί κεφάλαιο με αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις με τους συμμετέχοντες στην έρευνα, το οποίο χωρίζεται σε επτά θεματικές ενότητες βάσει των ερωτημάτων της έρευνας.

Αφού παρουσιαστούν τα συμπεράσματα που προέκυψαν βάσει της βιβλιογραφίας και των συνεντεύξεων με τους εργαζομένους στις τέσσερις ΜΚΟ,

γίνεται μία αξιολόγηση του μέχρι τώρα χειρισμού του θέματος από την πλευρά της πολιτείας και από την πλευρά των ΜΚΟ και προτείνονται λύσεις γύρω από το ζήτημα που θέτει η παρούσα εργασία.

Λέξεις-κλειδιά: ΜΚΟ, Υγεία, ΕΣΥ, Πρόσφυγες, Μετανάστες, Κοινωνικός αποκλεισμός

The Role of Greek NGOs in the Provision of Health Services for Refugees and Migrants

Georgia Kyriazopoulou

Abstract

This postgraduate thesis focuses on the issue of the provision of health services to refugees and migrants and, in particular, on the role of NGOs in this effort.

The work consists of two parts: the theory, which is based on a review of Greek and foreign language literature, and the research, which is based on interviews with employees of four different NGOs that either provide health services to refugees and migrants or facilitate the access of these groups in the NHS. The NGOs mentioned in the work are Hestia Hellas, Praxis, BRIDGES Humanitarian Initiative and Babel.

The first part begins with an introductory section which clarifies key terms and concepts that will be useful in reading this work and avoiding any misunderstandings. The second chapter provides a brief historical overview of the phenomenon of migration, mainly focused on Greece, while the current situation in Greece and the profile of migrants is also presented. The third chapter deals with the phenomenon of social exclusion, the legal framework that supports the access of refugees and migrants to the Greek NHS, as well as the obstacles that these groups face when they try to access the healthcare system. Based on literature review, the fourth chapter focuses on the role of NGOs.

The second part refers to research methodology, pointing the way in which the current research was conducted, as well as the profile of the participants. Then, a brief reference is made on the four NGOs mentioned in the research part of the paper and, later, their profiles are presented. The final chapter includes excerpts from the research participants' interviews and it is divided into seven sections based on the research questions.

Finally, after presenting the conclusions drawn from the literature review and the interviews with the employees of the four NGOs, an assessment on the handling of the issue by the state and NGOs is made and solutions are proposed to the issue raised by the present work.

Keywords: NGOs, Health, NHS, Refugees, Migrants, Social exclusion

Εισαγωγή

Το φαινόμενο της μετανάστευσης απασχολεί τη χώρα μας εδώ και δεκαετίες, πολύ περισσότερο από τη δεκαετία του '90 κι έπειτα όταν η Ελλάδα από χώρα προέλευσης έγινε χώρα υποδοχής μεταναστών. Από τότε το ελληνικό κράτος έδειχνε να δυσκολεύεται να υιοθετήσει πολιτικές που θα έθεταν ως κύριο μέλημα την κοινωνική ενσωμάτωση των μεταναστών παρά την «αστυνόμευσή» τους. Το γεγονός της αδυναμίας του συστήματος να εντάξει στο κοινωνικό γίγνεσθαι τις ομάδες αυτές οδήγησε σε μία σειρά προβλημάτων που αντιμετωπίζουν έως σήμερα στην καθημερινότητά τους οι μετανάστες και περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τον κοινωνικό αποκλεισμό, τις διακρίσεις, την εκμετάλλευση και την αποξένωση (Φούσκας, Οικονόμου, 2011: 417).

Η πρόσβαση προσφύγων και μεταναστών στο σύστημα υγείας είναι ένας από τους δείκτες ενσωμάτωσής τους στην ελληνική κοινωνία, καθώς αποτελούν ομάδες με συγκεκριμένες ανάγκες λόγω του τρόπου διαβίωσής τους και της δυσκολίας προσαρμογής τους στην ελληνική πραγματικότητα (Φούσκας, Οικονόμου, 2011: 418). Η βιβλιογραφία καταδεικνύει πως υπάρχουν διάφορα προβλήματα στην πρόσβασή τους στον τομέα της υγείας, τόσο σε θεσμικό, όσο και σε πολιτισμικό πλαίσιο.

Οι ΜΚΟ καλούνται να λειτουργήσουν επικουρικά και να καλύψουν τα κενά της ελληνικής νομοθεσίας και του ελληνικού συστήματος υγείας, ώστε να διευκολύνουν στον μέγιστο βαθμό την πρόσβαση των ομάδων αυτών στη υγεία. Ο ρόλος των ΜΚΟ, όπως φυσικά και άλλων μη κρατικών φορέων, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικός, αφού εν μέρει έχουν υποκαταστήσει το κράτος και την έλλειψη ενεργειών των εκάστοτε κυβερνήσεων, με στόχο την προάσπιση των δικαιωμάτων των προσφύγων και των μεταναστών και την γενικότερη υποστήριξή τους (Cholezas, Tsakloglou, 2008: 5). Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι η ανάδειξη του ρόλου των ελληνικών ΜΚΟ στο πολύ ιδιαίτερο ζήτημα της παροχής υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες. Κατά συνέπεια, η παρούσα εργασία εξετάζει το ζήτημα αυτό από την πλευρά των ΜΚΟ και όχι από την πλευρά των ωφελούμενων.

Η παρούσα μελέτη βασίστηκε στο πρώτο μέρος σε βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με το υπό εξέταση θέμα, ενώ στο δεύτερο μέρος παρατίθενται αποσπάσματα από συνεντεύξεις με εργαζόμενους σε ΜΚΟ, οι οποίοι παρουσιάζουν μία σαφέστερη

εικόνα του θέματος.

Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο μέρος της εργασίας περιλαμβάνει τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο ορίζονται βασικές έννοιες, οι οποίες είναι χρήσιμο να κατανοηθούν πριν την ανάγνωση της παρούσας εργασίας. Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται ανασκόπηση του φαινομένου της μετανάστευσης στην Ελλάδα, καθώς επίσης παρουσιάζεται το προφίλ των μεταναστών διαχρονικά στη χώρα μας, αλλά και με βάση τα τελευταία δεδομένα της Έπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού, το θεσμικό πλαίσιο για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες, καθώς και οι δυσκολίες πρόσβασής τους στον τομέα της υγείας. Στο τέταρτο κεφάλαιο, το οποίο αποτελεί το τελευταίο μέρος του θεωρητικού πλαισίου, εξετάζεται ο ρόλος των ΜΚΟ στην προσπάθεια της διευκόλυνσης προσφύγων και μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας με βάση την τρέχουσα βιβλιογραφία.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας λειτουργεί συμπληρωματικά με το πρώτο και προσθέτει εμπειρικές πληροφορίες γύρω από το υπό μελέτη θέμα. Στο πρώτο κεφάλαιο αναπτύσσεται η μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθήθηκε η οποία βασίζεται στη διεξαγωγή συνεντεύξεων, ενώ στο δεύτερο παρουσιάζονται συνοπτικά τα προφίλ των ΜΚΟ των οποίων οι εργαζόμενοι συμμετείχαν στην έρευνα. Τέλος, στο τρίτο κεφάλαιο παρατίθενται αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις με τους εργαζομένους, τα οποία χωρίζονται σε θεματικές ενότητες.

Α΄ μέρος: Θεωρητικό πλαίσιο

1. Διευκρίνηση βασικών εννοιών

Ξεκινώντας αυτή την ερευνητική εργασία, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διευκρινίσουμε ορισμένες βασικές έννοιες, αλλά και να συγκεντρώσουμε σε ένα αυτόνομο κεφάλαιο όλους τους όρους που περιέχονται στην παρούσα εργασία.

Ο τίτλος της έρευνας περιλαμβάνει δύο πολύ σημαντικούς όρους – πρόσφυγας και μετανάστης. Είναι ιδιαίτερα κρίσιμο να συνειδητοποιήσουμε πως οι δύο αυτές έννοιες δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να ταυτίζονται. Οι διαφορές μεταξύ τους είναι πολλές κι έχουν, κυρίως, σχέση με τη νομική και κοινωνική διάσταση που λανθάνει πίσω από αυτές. Συνεπώς, στο παρόν κεφάλαιο θα διευκρινίσουμε και θα περιγράψουμε συνοπτικά την καθεμία από αυτές.

Από τη μία πλευρά, οι πρόσφυγες είναι άτομα τα οποία δεν μπορούν να επιστρέψουν στις χώρες τους εξαιτίας του κινδύνου διώξεων ή άλλων παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους. Η κατάσταση που επικρατεί στη χώρα τους, τους έχει εξωθήσει στη μετακίνησή τους σε άλλες χώρες και, καθώς η επιστροφή τους κρίνεται ιδιαίτερα επικίνδυνη για τη σωματική και ψυχική τους ακεραιότητα, είναι αναγκασμένοι να ζητήσουν άσυλο και προστασία από κάποιο άλλο κράτος (βλ. αναλυτικότερα στο παράρτημα - ν. 4636/2019, άρθρο 2§ε).

Στο διεθνές δίκαιο η Σύμβαση της Γενεύης του 1951 και το Πρωτόκολλο του 1967, αποτελούν τα θεμελιώδη νομικά κείμενα για την προστασία των προσφύγων στη σύγχρονη εποχή (UNHCR, 2016). Η προστασία των προσφύγων έχει ορισμένες θεμελιώδεις πτυχές, όπως είναι η ασφάλεια πως δεν θα επιστρέψουν στη χώρα και στην κατάσταση από την οποία έχουν διαφύγει, η πρόσβασή τους σε δίκαιες και αποτελεσματικές διαδικασίες ασύλου και η λήψη μέτρων ώστε να διασφαλιστεί ότι στη χώρα ασύλου τα ανθρώπινα δικαιώματά τους γίνονται σεβαστά. Οι χώρες υποδοχής των προσφυγικών πληθυσμών φέρουν την πρωταρχική ευθύνη για τη διασφάλιση των ανωτέρω κριτηρίων και οι εκπρόσωποί τους θα πρέπει να εξηγήσουν την υποχρέωση αυτή στον τοπικό πληθυσμό (O'Donnell, 2018: 4).

Από την άλλη πλευρά, δεν υπάρχει ενιαίος νομικός ορισμός του «μετανάστη» σε διεθνές επίπεδο (UNHCR, 2016). Ως μετανάστες θεωρούνται τα άτομα που

μετακινούνται από τη χώρα τους σε κάποια άλλη χώρα κυρίως για να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους μέσω μιας αλλαγής σε επίπεδο επαγγελματικό, εκπαίδευσης ή για άλλους λόγους. Σε αντίθεση με τους πρόσφυγες που δεν μπορούν να επιστρέψουν με ασφάλεια στην πατρίδα τους, οι μετανάστες δεν αντιμετωπίζουν τέτοιο εμπόδιο, ακόμη και αν υπάρχει έλλειψη οικονομικής ανάπτυξης στη χώρα προέλευσής τους (O'Donnell, 2018: 3).

Είναι, κατά συνέπεια, κατανοητό πως το νομικό πλαίσιο που προστατεύει τις ομάδες αυτές (οφείλει να) διαφέρει, ώστε να προστατεύει όσο το δυνατόν καλύτερα τα δικαιώματα των υπό εξέταση ομάδων. Επιπλέον, είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσουμε πως αναφερόμαστε σε δύο όρους με πολύ διαφορετικές έννοιες και πως η σύγχυσή τους μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα και για τις δύο ομάδες ως προς τη ζωή και την ασφάλειά τους, αλλά και να καταστήσει δυσκολότερη την προστασία των δικαιωμάτων της καθεμιάς. Οι όροι «πρόσφυγας» και «μετανάστης» δεν είναι εναλλάξιμοι παρά την ολοένα και πιο συχνή εναλλάξ χρήση τους, τόσο από τα ΜΜΕ, όσο και στη δημόσια συζήτηση (UNHCR, 2016). Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει σε σύγχυση στην κοινή γνώμη, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζονται και οι δύο με την ίδια επιφυλακτικότητα και δυσπιστία, η οποία μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στην απόρριψη.

Αξίζει επίσης να σημειώσουμε πως είναι λάθος να χρησιμοποιείται ο όρος «παράνομος μετανάστης» για όσους μετανάστες δεν διαθέτουν τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα. Σε αντίθεση με μία πράξη που μπορεί να είναι είτε νόμιμη είτε παράνομη, ένας άνθρωπος δεν είναι δυνατόν να χαρακτηρίζεται με τις δύο αυτές λέξεις. Για το λόγο αυτό, στην έρευνα αυτή δεν θα χρησιμοποιήσουμε τον μη ορθό όρο «παράνομος μετανάστης», αλλά – αντί αυτού – «μετανάστης ΧΝΕ» (μετανάστης χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα) και αντί του όρου «νόμιμος μετανάστης» τον όρο «μετανάστης ΜΝΕ» (μετανάστης με νομιμοποιητικά έγγραφα).

Από την άλλη, είναι εξίσου σημαντικό να διευκρινιστεί και η έννοια του αιτούντος άσυλο. Ο αιτών άσυλο ζητά διεθνή προστασία αλλά δεν είναι βέβαιο πως θα αναγνωριστεί τελικά ως πρόσφυγας. Ο αιτών άσυλο βρίσκεται στη διαδικασία αναμονής της έγκρισης της αίτησής του για την παροχή ασύλου από το κράτος στο οποίο την έχει υποβάλλει. Το άσυλο χορηγείται σε όσους δεν μπορούν να επιστρέψουν στη χώρα προέλευσής τους, επειδή διατρέχουν τον κίνδυνο δίωξης ή άλλων σοβαρών παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους. Σε περίπτωση απόρριψης της αίτησής τους για άσυλο, τα άτομα αυτά πρέπει να εγκαταλείψουν τη

χώρα καθώς υπάρχει η πιθανότητα να απελαθούν, εκτός εάν η άδεια διαμονής μπορεί να τους δοθεί για ανθρωπιστικούς ή άλλους σχετικούς λόγους (O'Donnell, 2018: 2).

Τέλος, είναι απαραίτητο να αποσαφηνιστεί πως στην παρούσα εργασία ο όρος «υγεία» δεν περιλαμβάνει μόνο τη σωματική υγεία, αλλά και την ψυχική. Για το λόγο αυτό και το εμπειρικό μέρος της έρευνας θα συμπεριλάβει περιπτώσεις που αφορούν και στην ψυχική υγεία των προσφύγων και των μεταναστών.

2. Η Μετανάστευση στην Ελλάδα

2.1. Ιστορική αναδρομή

Είναι γεγονός πως ανέκαθεν η Ελλάδα αποτελούσε πόλο έλξης για μετανάστες και πρόσφυγες, κυρίως λόγω της γεωγραφικής θέσης της. Παρόλο που η χώρα μας υπήρξε αποδέκτης μαζικών μεταναστευτικών κυμάτων ήδη από τη δεκαετία του '50, από τη δεκαετία του '90 και ύστερα με το άνοιγμα των ελληνικών συνόρων αρχίζει να συζητείται εντονότερα το μεταναστευτικό ζήτημα. Ήταν η εποχή όπου πραγματοποιήθηκαν πολιτικοκοινωνικές αλλαγές στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και οικονομικές σε χώρες της Ασίας και της Αφρικής, με αποτέλεσμα ένας μεγάλος αριθμός μεταναστών ΜΝΕ και ΧΝΕ να βρει καταφύγιο στην ελληνική επικράτεια (Αμίτσης & Λαζαρίδη, 2001: 9).

Μία σύντομη ανασκόπηση στη σύγχρονη ιστορία της μετανάστευσης μάς επιτρέπει να ξεκινήσουμε από το πρώτο μισό του 20ού αιώνα, όπου ο λεγόμενος «Νέος Κόσμος» υποδέχεται μεγάλα μεταναστευτικά ρεύματα λόγω της εύφορης γης του και της βιομηχανικής του ανάπτυξης (Baldwin-Edwards, 2002: 125-126). Ανάμεσα στους μετανάστες κι ένας μεγάλος αριθμός Ελλήνων που αποφάσισε να αναζητήσει μία καλύτερη τύχη στην άλλη πλευρά του Ατλαντικού. Από το 1900 έως το 1924, 420.000 Έλληνες ενίσχυσαν το εργατικό δυναμικό των Η.Π.Α., ενώ προς τα τέλη αυτής της περιόδου κι εξαιτίας της Μικρασιατικής καταστροφής, 1.300.000 πρόσφυγες εισήλθαν στην Ελλάδα. Μετά τον Β' ΠΠ σημειώνεται εκ νέου ένα μεγάλο μεταναστευτικό κύμα προς τις Η.Π.Α. αλλά και προς την Κεντρική Ευρώπη, κυρίως τη Γερμανία (Αμίτσης & Λαζαρίδη, 2001: 24). Εκεί βρέθηκε κι ένας μεγάλος αριθμός Ελλήνων που αναζήτησε εργασία και καλύτερες συνθήκες διαβίωσης.

Ωστόσο, περί τα μέσα προς τέλη της δεκαετίας του 1970, λόγω της ύπαρξης αυστηρών καθεστώτων στις χώρες της βόρειας Ευρώπης, οι μεταναστευτικές ροές τέθηκαν σε παύση. Η Ελλάδα ξεκίνησε να υποδέχεται πάλι μετανάστες από το 1989 (μετά το τέλος του Ψυχρού Πολέμου) - κυρίως μετανάστες από την ανατολικοκεντρική Ευρώπη λόγω της κατάρρευσης της Σοβιετικής Ένωσης, αλλά και από μη αναπτυγμένες χώρες (Gropas & Triandafyllidou, 2005: 2).

Με τον τρόπο αυτό, από χώρα προέλευσης, η Ελλάδα μετατράπηκε σταδιακά,

σε χώρα υποδοχής μεταναστών (Cavounidis, 2002: 4). Εκτός από την κομβική γεωγραφική θέση της χώρας, υπήρξαν και άλλα αίτια που την κατέστησαν παλαιότερα ως έναν από τους σημαντικότερους προορισμούς για τους μετανάστες ή και ως μία ενδιάμεση στάση στο μακρύ ταξίδι τους. Τα σύνορα της χώρας δεν φυλάσσονταν σε όλα τα σημεία τους, με αποτέλεσμα να μπορούσε να εισέλθει από αυτά ένας μεγάλος αριθμός μεταναστών χωρίς έγγραφα. Ένας ακόμη λόγος ήταν οι ευκαιρίες απασχόλησης που ήταν διαθέσιμες στη χώρα μας. Καθώς οι γηγενείς στόχευαν περισσότερο σε θέσεις καλύτερης ποιότητας και υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου, υπήρχε μεγάλη ζήτηση ανειδίκευτων εργατών και προσωπικού στον πρωτογενή τομέα της παραγωγής. Επιπλέον, οι μετανάστες, ως ευέλικτο εργατικό δυναμικό, καταλάμβαναν θέσεις εποχικής και ανασφάλιστης εργασίας (Αμίτσης & Λαζαρίδη, 2001).

Ένας ακόμη λόγος που οι μετανάστες προτιμούσαν την Ελλάδα ως πρώτο προορισμό για την παραμονή τους ή τη συνέχιση του ταξιδιού τους στην Ευρώπη ήταν η μεταναστευτική πολιτική της χώρας. Ιστορικά, οι κυβερνήσεις της Ελλάδας έχουν αποδείξει πως δεν είναι σε θέση να οργανώσουν μία μεταναστευτική πολιτική η οποία θα περιέχει ένα αυστηρό πλαίσιο για τον έλεγχο εισόδου των μεταναστών ΧΝΕ, αλλά ούτε να μεριμνήσουν για την ενσωμάτωση όσων δικαιούνται παραμονής στη χώρα (Αμίτσης & Λαζαρίδη, 2001).

Με το μεγάλο «κύμα» μεταναστών τη δεκαετία του '90 η Ελλάδα βρέθηκε απροετοίμαστη ως προς τις διαδικασίες τις οποίες έπρεπε να ακολουθήσει για την ομαλή υποδοχή τους, καθώς η μέχρι τότε μεταναστευτική πολιτική της επικεντρωνόταν στην αποστολή μεταναστών. Επομένως, η χώρα μας δεν προχώρησε στην εφαρμογή νομοθετημάτων σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των μεταναστών, αλλά περιορίστηκε μόνο στην υποχρεωτική παροχή σε αυτούς άδειας εισόδου και εργασίας (Αμίτσης & Λαζαρίδη, 2001: 37).

Από τις χώρες της Νότιας Ευρώπης, η Ελλάδα εφάρμοσε τελευταία πρόγραμμα νομιμοποίησης για τους μετανάστες ΧΝΕ, μόλις το 1998, όταν την ίδια περίοδο η Ιταλία εφάρμοζε το τέταρτο αντίστοιχο πρόγραμμα, η Ισπανία είχε ήδη εφαρμόσει τρία και η Πορτογαλία δύο (Cavounidis, 2002: 4). Η χώρα μας βρέθηκε απροετοίμαστη μπροστά στη ξαφνική αυτή αύξηση των μεταναστευτικών ροών, τόσο σε κυβερνητικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο απόκρισης του πληθυσμού (Gropas & Triandafyllidou, 2005: 2).

2.2. Η μετανάστευση στην Ελλάδα σήμερα - Προφίλ μεταναστών

Η μελέτη και η σκιαγράφηση του προφίλ των μεταναστών και προσφύγων αποτελούν βασικά στοιχεία στην υλοποίηση ενός προγράμματος πλήρους κοινωνικής ένταξης και παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα κοινωνικά χαρακτηριστικά τους, το επίπεδο εκπαίδευσης, τα ιδιαίτερα πολιτισμικά τους στοιχεία, το φύλο, η ηλικία, ο αριθμός προσέλευσης, η χώρα προέλευσης καθώς επίσης και τα βιώματά τους μπορούν να καθορίσουν σε μεγάλο βαθμό την συμπερίληψή τους σε ένα κράτος πρόνοιας όπου θα τους παρέχονται στο μέγιστο βαθμό υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής ασφάλισης (Αμίτσης & Λαζαρίδη, 2001).

Εξετάζοντας το προφίλ των μεταναστών ιστορικά, παρατηρείται πως κατά τη δεκαετία του '70 και στις αρχές του '80 η πλειονότητα αυτών προερχόταν από χώρες της Αφρικής και της Ασίας, όπως η Αίγυπτος και οι Φιλιππίνες. Είναι χαρακτηριστικό πως οι περισσότεροι εξ αυτών διέθεταν άδειες εργασίας. Ωστόσο, ο αριθμός των μεταναστών δεν ήταν ιδιαίτερα υψηλός. Αυτό, βέβαια, άλλαξε βαθμιαία με την επιστροφή των Ελλήνων μεταναστών από χώρες της βορειοκεντρικής Ευρώπης και, από τα μέσα του '80, με την είσοδο μεταναστών από χώρες της ανατολικοκεντρικής Ευρώπης λόγω της σταδιακής κατάρρευσης της Σοβιετικής Ένωσης. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να μεταναστεύσουν στη χώρα μας αρκετοί Πολωνοί, Ρουμάνοι και Βούλγαροι. Η μεγαλύτερη κίνηση σημειώθηκε στα σύνορα της Ελλάδας με την Αλβανία, όπου μεταξύ των Αλβανών μεταναστών εισήλθαν επίσης Έλληνες της Αλβανίας οι οποίοι είχαν δικαίωμα να αποκτήσουν ειδικό καθεστώς που τους επέτρεψε να διαμείνουν και να εργαστούν στην Ελλάδα. Ωστόσο, η πλειονότητα των μεταναστευτικών πληθυσμών της εποχής εκείνης εισήλθε στη χώρα με παράτυπο τρόπο και διέμενε σε αυτήν χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα. Το γεγονός αυτό είχε ως αποτέλεσμα από τα μέσα της δεκαετίας του '90 να αρχίζει να αναπτύσσεται ένα έντονο ξενοφοβικό αίσθημα προς τους αλλοδαπούς μετανάστες (Cavounidis, 2002: 4. Halkias, 2017: 11).

Από στατιστικές έρευνες το 2006 προέκυψε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των μεταναστών προέρχονται από την Αλβανία, τη Βουλγαρία, τη Ρουμανία, την Ουκρανία, τη Γεωργία, το Πακιστάν, την Ινδία και την Αίγυπτο. Πιο συγκεκριμένα, υπολογίστηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των μεταναστών προήλθαν από τη γειτονική χώρα Αλβανία (Baldwin-Edwards, 2008: 3).

Πιο πρόσφατες μελέτες του οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD) αναφέρουν πως το 2017 στην Ελλάδα διέμεναν 430.900 μετανάστες από αναπτυσσόμενες χώρες και 85.400 από ευρωπαϊκές χώρες. Η χώρα προέλευσης των μεταναστών αποτελεί βασικό κοινωνικοδημογραφικό στοιχείο στο σχεδιασμό του προφίλ τους. Κύριο λόγο μετανάστευσης αποτελεί, σαφώς, η αναζήτηση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης και εργασίας (OECD, 2018: 236).

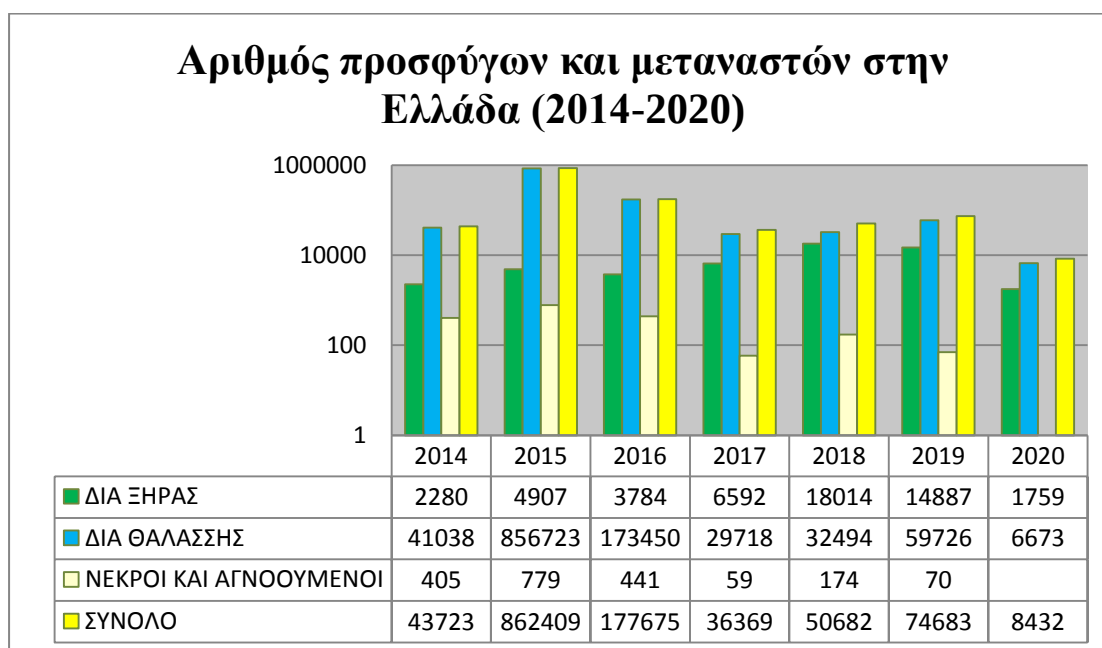
Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση προσφυγικών ροών από τη Συρία στην Ελλάδα εξαιτίας των συνθηκών πολέμου που επικρατούν στη χώρα. Μάλιστα το 2015 υπολογίζεται πως 1.015.000 πρόσφυγες και μετανάστες πέρασαν τη Μεσόγειο. Το 2017 οι Σύριοι μετανάστες εκπροσωπούσαν το 36% του συνολικού πληθυσμού των μεταναστών (Ben Farhat, Blanchet, Juul Bjertrup, Veizis, Perrin, Coulborn, Mayaud & Cohuet, 2018: 2). Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι η ελληνική κοινωνία τα τελευταία χρόνια δέχτηκε πολυάριθμες μεταναστευτικές αφίξεις από χώρες της Μέσης Ανατολής και της Ασίας. Με τα τελευταία δεδομένα, οι Αφγανοί αποτελούν το 50,2% των μεταναστών, με τους Σύριους να έπονται σε ποσοστό 20,6% (Operational Data Portal - UNHCR).

Σχετικά με την ηλικία των μεταναστών στην Ελλάδα, επισημαίνεται πως η πλειονότητα αποτελείται από άτομα νεαρής ηλικίας και ενεργά οικονομικά που αναζητούν καλύτερες συνθήκες εργασίας, τόσο για τους ίδιους, όσο και για τις οικογένειές τους. Το 80% περίπου των μεταναστών είναι ηλικίας 15 έως 64 ετών (Cavounidis, 2002). Υπολογίζεται ότι τη χρονολογία 1999-2000 εγγράφηκαν στις σχολικές μονάδες 86.238 παιδιά μεταναστών (Fakiolas, 2003: 545). Το 50% είναι άτομα ηλικίας έως 30 ετών και 40% περίπου των μεταναστών απαρτίζεται από άτομα ηλικίας μεταξύ 30-45 ετών (Μαράτου-Αλιπράντη & Γκαζόν, 2005: 42).

Παρακάτω, παρουσιάζονται επίσημα στατιστικά στοιχεία της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες που αφορούν τον πληθυσμό των προσφύγων και μεταναστών, τον τρόπο άφιξής τους στην Ελλάδα, καθώς και τις πύλες εισόδου στη χώρα μας (Operational Data Portal – UNHCR, 2020). Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί πως τα στατιστικά αυτά δεν περιλαμβάνουν ξεχωριστά στοιχεία για πρόσφυγες και ξεχωριστά για μετανάστες, γι' αυτό και στην παρούσα έρευνα παρουσιάζονται μαζί στις ίδιες κατηγορίες. Η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ χρησιμοποιεί μαζί τις λέξεις «πρόσφυγες και μετανάστες» όταν γίνεται αναφορά σε μετακινήσεις ανθρώπων δια θαλάσσης ή σε άλλες περιπτώσεις, στις οποίες πιστεύεται ότι εμπλέκονται άνθρωποι και από τις δύο κατηγορίες (UNHCR, 2016).

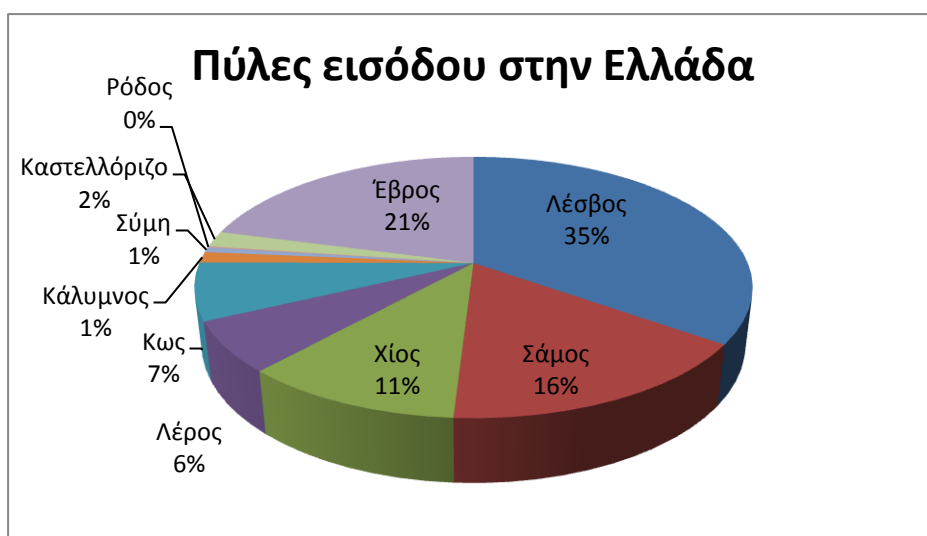
Στο γράφημα που ακολουθεί αποτυπώνεται ο αριθμός προσφύγων και μεταναστών στην Ελλάδα από το 2014 έως το 2020 (έως 02/03/2020). Πιο συγκεκριμένα, το 2014 ο αριθμός άγγιξε τους 43.723, ενώ την αμέσως επόμενη χρονιά – όταν ξέσπασε η προσφυγική κρίση - ο αριθμός ανήλθε στους 862.409. Τις επόμενες χρονιές παρατηρείται σημαντική μείωση των προσφυγικών και μεταναστευτικών ροών, ενώ από το 2019 ο αριθμός αυξάνεται και πάλι και φτάνει τους 74.683. Για τους πρώτους δύο μήνες του 2020 δεν διατίθενται ακόμα επίσημα στατιστικά για τον αριθμό των νεκρών ή αγνοούμενων, αξίζει όμως να σημειωθεί πως ήδη 8.432 πρόσφυγες και μετανάστες έχουν εισέλθει στη χώρα μας. Όσον αφορά τον τρόπο άφιξής τους, το μεγαλύτερο ποσοστό προσεγγίζει τη χώρα μας μέσω θαλάσσης.

Γράφημα 1 Αριθμός προσφύγων και μεταναστών στην Ελλάδα (2014-2020) - Στοιχεία έως 02/03/2020



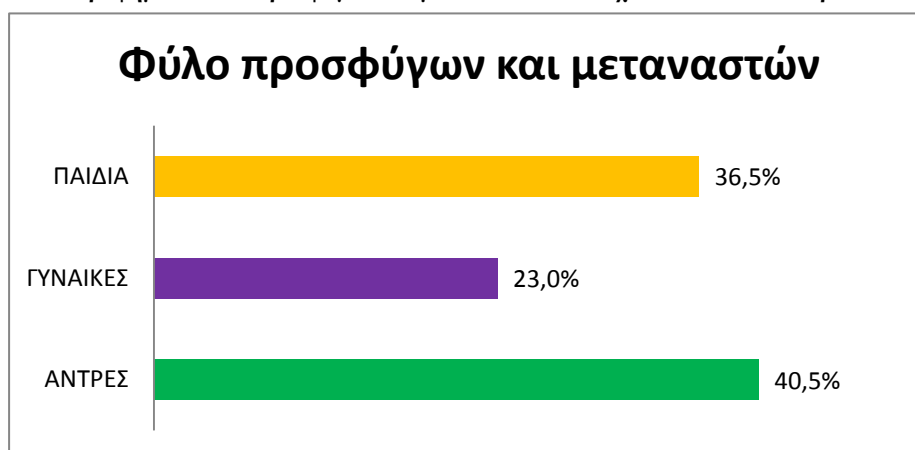
Όπως αποδεικνύεται από το ακόλουθο γράφημα, τα νησιά αποτελούν τις κυριότερες περιοχές υποδοχής μεταναστών και προσφύγων, με τη Λέσβο, τη Σάμο και τη Χίο να υποδέχονται τον μεγαλύτερο αριθμό αυτών. Αξιοσημείωτο είναι και το ποσοστό όσων εισέρχονται μέσω ξηράς (21%) και συγκεκριμένα από τη συνοριογραμμή του Έβρου.

Γράφημα 2 Πύλες εισόδου στην Ελλάδα - Στοιχεία έως 02/03/2020



Στο γράφημα 3 αντικατοπτρίζεται το ποσοστό των προσφύγων και μεταναστών που εισήλθαν στην Ελλάδα με βάση το φύλο τους με στοιχεία έως και τον Ιανουάριο του 2019. Οι άντρες αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό (40,5%), με τα παιδιά να ακολουθούν σε ποσοστό 36,5% και, τέλος, οι γυναίκες σε ποσοστό μόλις 23%. Παρατηρείται, συνεπώς, ότι πλέον οι άντρες υπερέχουν αριθμητικά των γυναικών και, μάλιστα, με μεγάλη διαφορά. Είναι, βέβαια, γεγονός ότι παρουσιάζονται δυσκολίες στην ακριβή εκτίμηση του φύλου των μεταναστών είτε λόγω έλλειψης στατιστικών ερευνών είτε λόγω μαζικών και συνεχών μεταναστευτικών αφίξεων.

Γράφημα 3 Φύλο προσφύγων και μεταναστών – Στοιχεία από τον Ιανουάριο 2019



3. Μετανάστευση και Υγεία

3.1. Κοινωνικός αποκλεισμός και υγεία

Το διαφορετικό, κάθε φορά, πλαίσιο μέσα στο οποίο εντάσσεται η έννοια του «κοινωνικού αποκλεισμού», δεν μας έχει επιτρέψει να ορίσουμε επακριβώς το περιεχόμενό της και να καταλήξουμε σε έναν οικουμενικά αποδεκτό ορισμό. Ωστόσο, εντοπίζονται ποικίλα κοινά στοιχεία στις διάφορες ερμηνείες που έχουν δοθεί κατά καιρούς, όπως, για παράδειγμα, οι παράμετροι της υστέρησης ορισμένων ατόμων ή ομάδων σε σχέση με άλλα άτομα ή ομάδες ως προς την παρακώλυση της άσκησης θεμελιωδών δικαιωμάτων και ως προς την εξασφάλιση των βασικών αγαθών για ένα επαρκές επίπεδο διαβίωσης, οι λόγοι και ο τρόπος που αυτό συμβαίνει και οι αρνητικές του επιδράσεις στο κοινωνικό σύνολο. Ιστορικά, ανατρέχοντας στο έργο του Weber, η έννοια αυτή ορίζεται ως μια μορφή κοινωνικής περιχαράκωσης η οποία προκαλείται από λόγους ταξικούς και εξουσιαστικούς από μία κοινωνική ομάδα σε μία άλλη. Σε μια πιο πρόσφατη μορφή της, η έννοια αυτή αφορά στον αποκλεισμό βάσει διοικητικών κριτηρίων από το κράτος και αναφέρεται, κυρίως, σε άτομα με ειδικές ανάγκες, σε μονογονεϊκές οικογένειες και σε ανασφάλιστους ανέργους (Οικονόμου & Φερώνας, 2006: 12).

Το αναπτυξιακό πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών υπήρξε στην πρώτη γραμμή των προσπαθειών για την έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού στον ανεπτυγμένο και αναπτυσσόμενο κόσμο. Μια σειρά μελετών οδήγησε στη διαμόρφωση μιας προσέγγισης με επίκεντρο τα ανθρώπινα δικαιώματα, η οποία θεωρεί τον κοινωνικό αποκλεισμό ως έλλειψη πρόσβασης στα θεσμικά όργανα της κοινωνίας των πολιτών – είτε νομικά είτε πολιτικά - και στα βασικά επίπεδα εκπαίδευσης, υγείας και χρηματοοικονομικής ευημερίας (Burchardt, 2000: 386).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός ουσιαστικά αποτελεί μία διαδικασία αποκοπής από μία ηθική τάξη η οποία βασίζεται στην κοινωνική ευθύνη και αλληλεγγύη και μία διαδικασία απομόνωσης των ασθενέστερων κοινωνικών ομάδων από τα κοινωνικά τους δικαιώματα και μη ενσωμάτωσής τους στο κοινωνικό σύνολο (Levitas, 1998: 5). Αποτελεί επίσης την παρακώλυση της απόλαυσης των κοινωνικών και δημόσιων αγαθών, κατάσταση που έχει ως αποτέλεσμα την οικονομική ανέχεια

και την περιθωριοποίηση. Συνεπώς, ο κοινωνικός αποκλεισμός αναφέρεται τόσο σε μία κατάσταση όσο και σε μία διαδικασία (Τσιάκαλος, 2007: 58).

Ωστόσο, οι Gordon et al (2000) υποστηρίζουν πως ο κοινωνικός αποκλεισμός θεωρείται περισσότερο ως διαδικασία παρά ως κατάσταση, ώστε να μπορεί να διαφοροποιείται από την έννοια της φτώχειας.

Στο σημείο αυτό, είναι βέβαια σημαντικό να γίνει διάκριση μεταξύ της έννοιας του «κοινωνικού αποκλεισμού» και εκείνης της «φτώχειας». Και οι δύο έννοιες δηλώνουν στέρηση και αποκλεισμό, αλλά η έννοια της «φτώχειας» - τουλάχιστον έτσι όπως παρουσιάζεται μέχρι τη δεκαετία του '70 - αφορά σε υλική, οικονομική ένδεια, ενώ η έννοια του «κοινωνικού αποκλεισμού» στον αποκλεισμό από τους κοινωνικοοικονομικούς θεσμούς ενσωμάτωσης. Αυτό σημαίνει πως κάποιος που δεν είναι φτωχός με κριτήρια οικονομικά, μπορεί, αντίθετα, να είναι αποκλεισμένος με κριτήρια κοινωνικά (Οικονόμου & Φερώνας, 2006: 12-13). Μετά τη δεκαετία του '70, ωστόσο, η έννοια της «φτώχειας» περικλείει επιπλέον στοιχεία που υποδηλώνουν τη σύνδεσή της με την αδυναμία εκπλήρωσης βασικών αναγκών του ανθρώπου και αρχίζει να προσεγγίζει το περιεχόμενο της έννοιας του «κοινωνικού αποκλεισμού» (Οικονόμου & Φερώνας, 2006: 14).

Η δυσκολία στην εύρεση μιας ολοκληρωμένης ερμηνείας για την υπό εξέταση έννοια συναντάται και στην περίπτωση της οριοθέτησης των «ομάδων υψηλού κινδύνου για αποκλεισμό» ή, αλλιώς, των ευπαθών κοινωνικών ομάδων. Όταν γίνεται αναφορά σε αποκλεισμένες κοινωνικά ομάδες, πρόκειται συνήθως για τις ακόλουθες ομάδες, βάσει των καταλόγων του Παρατηρητηρίου της ΕΕ και εθνικών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων: ΑμΕΑ, μονογονεϊκές οικογένειες, πολύτεκνες οικογένειες, χρήστες ουσιών, ηλικιωμένοι, αποφυλακισμένοι ή φυλακισμένοι, πρόσφυγες ή μετανάστες, ανήλικοι παραβάτες, φορείς του HIV κ.ά. (Οικονόμου & Φερώνας, 2006: 30).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός εντοπίζεται σε διάφορους τομείς της κοινωνίας, μεταξύ αυτών και στον τομέα της υγείας. Η πρώτη φορά που οι ανισότητες στην υγεία αναδείχθηκαν σε σημαντικό θέμα ήταν το 1980 με την έκθεση Black. Η έκθεση αυτή συνέδεσε τη φτώχεια και την υλική στέρηση με το χαμηλό επίπεδο υγείας και το θάνατο. Επιπρόσθετα, οι ανισότητες στην υγεία συνδέθηκαν και με άλλου τύπου κοινωνικές ανισότητες όπως η εργασία, η εκπαίδευση, το εισόδημα, η διατροφή κ.ά. και δεν αποτελούσαν μοναδικό αποτέλεσμα ενός αποτυχημένου συστήματος υγείας (Οικονόμου & Φερώνας, 2006: 313-314. Ρετινιώτη & Μάντζιου, 2010: 15).

Σε διεθνές επίπεδο, η Διακήρυξη της Alma-Ata (1978) καταδικάζει ουσιαστικά την ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και αναδεικνύει το θέμα σε έναν από τους πρωταρχικούς στόχους του ΠΟΥ. Ο ΠΟΥ μέσω ειδικών προγραμμάτων προώθησης της ισότητας στην υγεία για όλους τους πολίτες προσπάθησε να μειώσει το χάσμα των ανισοτήτων, τόσο σε επίπεδο κρατών, όσο και σε επίπεδο κοινωνικοοικονομικών ομάδων στην ευρωπαϊκή ήπειρο (Ρετινιώτη & Μάντζιου, 2010: 15).

Ωστόσο, παρά τις όποιες προσπάθειες των εκάστοτε διακηρύξεων και των αποφάσεων σε θεσμικό πλαίσιο, εξακολουθούν να υπάρχουν διακρίσεις και ανισότητες στον τομέα της υγείας - κυρίως μεταξύ εύπορων και άπορων ομάδων του πληθυσμού. Ομάδες όπως οι μετανάστες, οι τσιγγάνοι, οι οροθετικοί κ.ο.κ. αποκλείονται καθημερινά από υπηρεσίες υγείας και αντιμετωπίζονται με διαφορετικά κριτήρια από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Κατά καιρούς, μάλιστα, παρατηρούνται σε μεγαλουπόλεις της Ευρώπης περιστατικά κοινωνικού αποκλεισμού συνοδευόμενα από «γκετοποίηση» και απομόνωση ομάδων διαφορετικής καταγωγής ή οικονομικής κατάστασης (Καψάλης, 2004: 14-16).

Όσον αφορά τους μετανάστες, μπορούμε να ισχυριστούμε πως γενικότερα η μετανάστευση αποτελεί ένα κραταιό παράδειγμα κοινωνικού αποκλεισμού αφού γύρω από το φαινόμενο αυτό επικρατούν πολλά αρνητικά στερεότυπα και αρνητικές κοινωνικές αναπαραστάσεις (Παπαδοπούλου, 2012: 176). Οι μετανάστες, όμως, διακρίνονται για τις ιδιαίτερες ανάγκες τους στον τομέα της υγείας λόγω των κακών συνθηκών διαβίωσής τους και της δυσκολίας προσαρμογής τους στο νέο περιβάλλον στο οποίο ζουν. Εδώ παρατηρείται ένα σχήμα αμφίδρομο, αφού ο κοινωνικός αποκλεισμός που βιώνουν οι ομάδες αυτές και οι κακές συνθήκες διαβίωσης λειτουργούν επιβαρυντικά ως προς την υγεία τους, αλλά και η κακή κατάσταση της υγείας τους λειτουργεί με τη σειρά της επιβαρυντικά ως προς την ομαλή ένταξή τους στην κοινωνία και οδηγεί με τον τρόπο αυτό σε κοινωνικό αποκλεισμό (Φούσκας κ.ά., 2014: 216).

3.2. Θεσμικό πλαίσιο για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες

Το δικαίωμα στην υγεία αποτελεί αδιαμφισβήτητο ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα και συνδέεται άρρηκτα με το δικαίωμα στη ζωή και την αξιοπρέπεια του ανθρώπου. Στο προοίμιο του Καταστατικού Χάρτη του ΠΟΥ το 1946 γίνεται λόγος για πρώτη φορά στο δικαίωμα στην Υγεία, με την έννοια της υγείας να ορίζεται ως *«η κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία της νόσου ή της ανικανότητας»* (Constitution of the World Health Organization, 2006: 1). Ωστόσο, λόγω του μεγάλου εύρους του συγκεκριμένου ορισμού, όπου η ψυχική και η κοινωνική ευεξία αποτελούν συνάρτηση πολλών παραγόντων, προτείνεται μία λειτουργικότερη, αρνητική οριοθέτηση της έννοιας της υγείας ως *«της φυσικής κατάστασης του ατόμου που αποκλείει κάθε μορφή ασθένειας ή αναπηρίας ικανής να μειώσει τη φυσιολογική δραστηριότητά του»* (Χρυσόγονος, 2006: 549).

Όσον αφορά στους φορείς του δικαιώματος στην υγεία, είναι ευνόητο πως είναι όλα τα φυσικά πρόσωπα. Συγκεκριμένα, φορείς του δικαιώματος είναι, βάσει του άρθρου 21§3 Συντ., καταρχήν οι Έλληνες πολίτες (Χρυσόγονος, 2006: 553). Η απαγόρευση, όμως, των διακρίσεων του άρθρου 5§2 Συντ. και ο γενικός προσανατολισμός των άρθρων 5§5 Συντ. και 7§2 Συντ. μας επιτρέπει να εντάξουμε σε αυτό το πλαίσιο και τους αλλοδαπούς ή ανιθαγενείς πολίτες. Τα νομικά πρόσωπα δεν αποτελούν φορείς ενός τέτοιου δικαιώματος, καθώς είναι κατανοητό πως δεν είναι δυνατό να τεθεί θέμα υγείας ενός νομικού προσώπου. Τέλος, αποδέκτες του δικαιώματος είναι τόσο οι ιδιώτες, όσο και το Κράτος.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ) και η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική οριοθετούν το πλαίσιο μέσα στο οποίο προστατεύεται το δικαίωμα στην υγεία.

Στον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (βλ. αναλυτικότερα στο παράρτημα) και, συγκεκριμένα, στις παραγράφους 1 και 2 του άρθρου 3 αναφέρεται πως *«Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στη σωματική και διανοητική του ακεραιότητα.»* και πως, ιδιαίτερα στο πεδίο της ιατρικής και της βιολογίας πρέπει να τηρείται μεταξύ άλλων *«α)η ελεύθερη και εν επιγνώσει συναίνεση*

του ενδιαφερομένου..., β)η απαγόρευση των ευγονικών πρακτικών..., γ)η απαγόρευση της μετατροπής του ανθρωπίνου σώματος και αυτών των ιδίων των μερών του σε πηγή κέρδους, δ) η απαγόρευση της αναπαραγωγικής κλωνοποίησης των ανθρωπίνων όντων». Επιπλέον, όπως και στο άρθρο 7§2 Συντ., το άρθρο 4 του Χάρτη απαγορεύει τα βασανιστήρια και τις απάνθρωπες ή εξευτελιστικές ποινές ή μεταχείριση. Το συγκεκριμένο άρθρο σχετίζεται και με το άρθρο 3 της ΕΣΔΑ, όπου αναφέρεται συγκεκριμένα πως «ουδείς επιτρέπεται να υποβληθή εις βασάνους ούτε εις ποινάς ή μεταχειρίσιν απανθρώπους ή εξευτελιστικές». Το σημαντικότερο άρθρο του Χάρτη που αφορά στην προστασία της υγείας είναι το άρθρο 35, στο οποίο αναφέρεται ρητώς πως «κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές».

Η τελευταία ευρωπαϊκή σύμβαση που θα παρουσιαστεί συνοπτικά είναι η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (σύμβαση του Οβιέδο). Η Ελληνική Βουλή έχει κυρώσει τη συγκεκριμένη Σύμβαση με το νόμο 2619 του 1998. Οι αρχές και τα δικαιώματα που κατοχυρώνονται από τη Σύμβαση περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, το ζήτημα της συναίνεσης, το δικαίωμα στην ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας, την απαγόρευση διακρίσεων βάσει των γενετικών χαρακτηριστικών του ατόμου και το νομικό πλαίσιο διαγνωστικών εξετάσεων (Αλεξιάδης, 2000: 107).

Σε διεθνές επίπεδο, το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά δικαιώματα, που υπεγράφη από τον ΟΗΕ στις 19/12/1996 στη Νέα Υόρκη των ΗΠΑ, στις παραγράφους 1 και 2 του άρθρου 12 κατοχυρώνει το δικαίωμα του κάθε ατόμου στη σωματική και ψυχική υγεία και οριοθετεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο τα κράτη οφείλουν να διασφαλίζουν αυτό το δικαίωμα. Πιο συγκεκριμένα, στο άρθρο 12§1 αναφέρεται πως «Τα συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα κάθε προσώπου να απολαμβάνει την καλλίτερη δυνατή σωματική και ψυχική υγεία» και στο άρθρο 12§2, όσον αφορά στα μέτρα που πρέπει να παρθούν, θα πρέπει να περιλαμβάνεται η διασφάλιση « α) Της μειώσεως των θνησιγενών βρεφών και της θνησιμότητας αυτών καθώς και της υγιεινής ανάπτυξης των παιδιών, β) Της βελτιώσεως όλων των τομέων υγιεινής του περιβάλλοντος και της βιομηχανικής υγιεινής, γ) Της προφυλάξεως και θεραπείας επηδημικών, ενδημικών, επαγγελματικών και άλλων ασθενειών και της καταπολέμησης αυτών, δ) Της δημιουργίας συνθηκών που μπορούν να εξασφαλίζουν σε όλους ιατρικές υπηρεσίες και ιατρική περίθαλψη σε

περίπτωση ασθένειας».

Περνώντας σε πιο συγκεκριμένες διατάξεις που αφορούν στα δικαιώματα των μεταναστών, των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο στον τομέα της υγείας, συνοπτικά παρουσιάζονται τα εξής:

- Το άρθρο 31 του υπ' αριθμ. ν. 4636/2019 προβλέπει πως *«Οι δικαιούχοι διεθνούς προστασίας έχουν πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη, με τους όρους που ισχύουν για τους Έλληνες πολίτες»* και ιδιαίτερα για όσους ανήκουν σε ειδικές κατηγορίες (όπως έγκυες γυναίκες, άτομα με αναπηρία, θύματα βασανιστηρίων κλπ.) παρέχεται πλήρης ιατρική περίθαλψη κατά τα όσα εφαρμόζονται και για τους γηγενείς πολίτες.
- Δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση έχουν μόνο οι μετανάστες MNE, δηλαδή όσοι έχουν στην κατοχή τους άδεια εργασίας και παραμονής. Για να τους χορηγηθεί η άδεια παραμονής πρέπει να πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις, όπως το να έχουν υποβάλει αίτηση για ασφάλιση και να είναι αποδεδειγμένα υγιείς με επίσημο πιστοποιητικό υγείας ώστε να διασφαλίζεται ότι δεν αποτελούν κίνδυνο για τη δημόσια υγεία (βλ. αναλυτικότερα στο παράρτημα - Άρθρο 50§1 του Νόμου 4636/2019). Οι παροχές, που δικαιούνται, είναι ίδιες με αυτές των Ελλήνων ασφαλισμένων και όλα τα μέλη της οικογένειάς τους (ως προστατευόμενα) δικαιούνται επίσης ιατρική περίθαλψη (Αναστόπουλος, 2014: 109).
- Το άρθρο 55 του ίδιου νόμου προβλέπει για τους αιτούντες άσυλο τη χορήγηση Προσωρινού Αριθμού Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (ΠΑΑΥΠΑ), ο οποίος χορηγείται ταυτόχρονα με τον αριθμό που αναγράφεται στο ειδικό δελτίο αιτήσαντος ασύλου. Με τον αριθμό αυτό ο δικαιούχος *«έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας βάσει των προβλεπόμενων στο άρθρο 33 του ν. 4368/2016 (Α' 21)»* (βλ. αναλυτικότερα στο παράρτημα). Σε περίπτωση απόρριψης της αίτησης, ο αριθμός αυτός απενεργοποιείται, ενώ σε περίπτωση αποδοχής χορηγείται ΑΜΚΑ.
- Ως προς τις ιατρικές εξετάσεις, στον ίδιο νόμο, το άρθρο 72 προβλέπει πως οι αρχές παραπέμπουν τον αιτούντα σε ιατρικές ή/και ψυχοδιαγνωστικές εξετάσεις *«όταν ανακλύπτουν ενδείξεις ή ισχυρισμοί που ενδεχομένως υποδηλώνουν διώξεις ή σοβαρή βλάβη που υπέστη κατά το παρελθόν»*. Στην περίπτωση αυτή οι εξετάσεις είναι δωρεάν. *«Σε κάθε άλλη περίπτωση, οι*

αιτούντες ενημερώνονται ότι μπορούν με δική τους πρωτοβουλία και δικά τους έξοδα να μεριμνήσουν για εξέταση και διάγνωση στις περιπτώσεις ενδείξεων, που ενδεχομένως υποδηλώνουν δίωξη ή σοβαρή βλάβη». Μέχρι να γίνει δεκτή η αίτηση των αιτούντων άσυλο, εκείνοι έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε νοσοκομειακή περίθαλψη μόνο σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης (Οικονόμου, 2012: 33).

- Για τους μετανάστες ΧΝΕ ισχύει ό,τι και για όσους βρίσκονται στη διαδικασία απόκτησης ασύλου. Γι αυτούς υπάρχει πρόβλεψη για παροχή ιατρικών υπηρεσιών μόνο σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης – όταν απειλείται η υγεία και η ζωή κάποιου έως και τη σταθεροποίηση της κατάστασής του. Οι μετανάστες ΧΝΕ μπορούν να απευθύνονται σε ΜΚΟ και δημοτικά ιατρεία ώστε να λάβουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (Οικονόμου, 2012: 33). Για εισαγωγή στο νοσοκομείο τακτικού περιστατικού, πρέπει απαραίτητα να καταβληθεί εξαρχής το ½ του εκτιμώμενου κόστους νοσηλείας (Αναστόπουλος, 2014: 109). Όπως είναι λογικό, οι πάσχοντες από χρόνια νοσήματα ή όσοι ακολουθούν δαπανηρές θεραπείες είναι εκείνοι που αδικούνται από αυτό το σύστημα, καθώς αντιμετωπίζουν ιδιαίτερη δυσκολία στην κάλυψη των εξόδων αυτών (Αναστόπουλος, 2014: 112).
- Σημαντική εξαίρεση αποτελούν οι φορείς του ιού HIV και άλλων λοιμωδών νοσημάτων. Στο νόμο 2955/2001 και συγκεκριμένα στην παράγραφο 5Ε του άρθρου 11 προβλέπεται το εξής: *«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 ιατροφαρμακευτική περίθαλψη»*. Γι αυτούς δε γίνεται διάκριση μεταξύ επείγοντος και μη επείγοντος περιστατικού. Το ίδιο ισχύει και για τους ανηλίκους (Φούσκας, Οικονόμου, Σακελλαρόπουλος & Βαρσαμίδης, 2014: 216).
- Αναφορικά με τους ασυνόδευτους ανηλίκους, ενώ βάσει νόμου δικαιούνται πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ακόμα και όταν δεν έχουν στην κατοχή τους τα απαραίτητα έγγραφα, δυστυχώς δεν προβλέπεται η προστασία που

ορίζεται γι' αυτούς από το διεθνές δίκαιο, κυρίως λόγω ελλείψεων σε υποδομές και πόρους (Αναστόπουλος, 2014: 112-113).

Από τα ανωτέρω μπορούμε να συμπεράνουμε πως το θεσμικό πλαίσιο της Ελλάδας λειτουργεί περιοριστικά ως προς την πρόσβαση όλων των μεταναστών στον τομέα της υγείας. Την κατάσταση αυτή εντείνουν και διάφορα άλλα προβλήματα, τα οποία θα εξετάσουμε στη συνέχεια. Έτσι, τίθεται υπό αμφισβήτηση το εάν το ΕΣΥ έχει καταφέρει να πετύχει τον αρχικό σκοπό δημιουργίας του: μία ισότιμη, και καθολική κάλυψη του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας (Οικονόμου, 2012: 34). Επιπλέον, τίθεται υπό εξέταση η έννοια του επείγοντος ή μη επείγοντος περιστατικού, αφού ένα φαινομενικά μη επείγον περιστατικό μπορεί στη συνέχεια να εξελιχθεί σε πολύ σοβαρότερο και επικίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς εάν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα (Fouskas, 2018: 307).

3.3. Πρόσβαση προσφύγων και μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας

Στο ελληνικό Σύστημα Υγείας η παροχή υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται με τους εξής τρόπους (Αναστόπουλος, 2014: 108):

- Μέσω μονάδων του ΕΣΥ
- Μέσω μονάδων του ΕΟΠΥΥ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων
- Μέσω συμβεβλημένων ιδιωτικών μονάδων

Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται από δημοτικά ιατρεία και ΜΚΟ, αλλά και από τα εξωτερικά ιατρεία, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων και τα περιφερειακά κέντρα υγείας. Στις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας το κόστος για τους ασφαλισμένους καλύπτεται από το ασφαλιστικό τους ταμείο (Αναστόπουλος, 2014: 108).

Παρόλα αυτά, για τους ανασφάλιστους μετανάστες (για παράδειγμα, λόγω αδήλωτης εργασίας) η πρόσβαση στο ελληνικό σύστημα υγείας είναι ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς το κόστος της εξέτασης ή της νοσηλείας είναι ιδιαίτερα υψηλό (Anastopoulos, Kaitelidou, Galanis, Siskou, Theodorou, Kouli & Tsavalias, 2014: 281. Kotsiou, Kotsios, Srivastava, Kotsios, Gourgoulisanis, & Exadaktylos, 2018: 8). Οι μη ασφαλισμένοι υποχρεούνται να καλύψουν εξ ολοκλήρου οι ίδιοι τα όποια έξοδα, προκαταβάλλοντας μάλιστα το ½ του κόστους. Για την πλειονότητα των μεταναστών κάτι τέτοιο φαντάζει αρκετά δύσκολο, με αποτέλεσμα να αποτελεί και τον σημαντικότερο αποτρεπτικό παράγοντα για την πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας (Μαράτου-Αλιπράντη & Γκαζόν, 2005: 15). Ιδιαίτερα για τις γυναίκες μετανάστριες ΧΝΕ, ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα αποτελεί ο προγεννητικός έλεγχος, ο οποίος είναι επιτακτικός για τη διασφάλιση της υγείας και της ζωής του εμβρύου, αλλά καλύπτεται μόνο σε περίπτωση που η έγκυος είναι ανήλικη (Γιατροί του Κόσμου, 2010: 13).

Ένας ακόμα παράγοντας υψηλής σημασίας είναι και η επικοινωνία. Η πλειονότητα των μεταναστών και των προσφύγων δεν κατέχει γνώση άλλης γλώσσας πέραν της μητρικής τους (κυρίως της αραβικής), ενώ ελάχιστοι εξ αυτών μιλούν αγγλικά. Έτσι, οι μειονότητες αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο να μην λαμβάνουν στο ίδιο επίπεδο υπηρεσίες υγείας συγκριτικά με τον μέσο όρο του πληθυσμού της χώρας (Anastopoulos et al, 2014: 296. Kapolou & Vassilikou, 2014: 297). Κατά συνέπεια, η

βοήθεια από διερμηνείς κρίνεται απαραίτητη, όχι μόνο στο ζήτημα της πρόσβασής τους στην ιατρική περίθαλψη, αλλά και όσον αφορά την ενημέρωσή τους γύρω από τα δικαιώματά τους, ιατρικά θέματα, τη συνδιαλλαγή τους με το ιατρικό προσωπικό κ.ο.κ. Η απουσία διερμηνέων ή διαπολιτισμικών μεσολαβητών συνεπάγεται αφενός την αδυναμία του ιατρικού προσωπικού να διασφαλίσει την σωστή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και αφετέρου την ανεπαρκή ενημέρωση των μεταναστών και των προσφύγων σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους (Αναστόπουλος, 2014: 115. Kotsiou et al, 2018: 8).

Άλλα εμπόδια που προκύπτουν προέρχονται από τις διάφορες πολιτισμικές διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των ομάδων αυτών με τους Έλληνες πολίτες. Πολλοί δεν γνωρίζουν καν την ύπαρξη ορισμένων εξετάσεων όπως το test Pap, η μαστογραφία κλπ. ή πραγματοποιούν λιγότερο συχνά εμβολιασμούς ή προληπτικές εξετάσεις εν γένει (Anastopoulos et al, 2014: 282). Άλλοι θεωρούν ότι τέτοιου είδους εξετάσεις δεν είναι καν απαραίτητες (Fouskas, 2018: 304). Ωστόσο, το πρόβλημα εντείνεται και από τη μεριά των γιατρών, αφού πολλοί είναι αυτοί που αγνοούν τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των ασθενών. Για παράδειγμα, μία γυναίκα μουσουλμάνα λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων αρνείται να εξεταστεί από άντρα γυναικολόγο (Αναστόπουλος, Οικονόμου, Ζήκος, Κούλη, Σίσκου, Λεμονίδου & Καϊτελίδου, 2013: 232. Kotsiou et al, 2018: 8. MigHealthnet, 2009: 29).

Επιπλέον τροχοπέδη αποτελεί και η έλλειψη χρόνου και η αδυναμία συνέχισης της περίθαλψης σε συσχετισμό με συγκεκριμένες συνθήκες που επικρατούν σε hotspots, διαμετακομιστικά κέντρα και νοσοκομεία. Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες αναφέρουν επίσης ότι αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη σε συνοριακές διελεύσεις με πολύ κόσμο και σε μακρόχρονης φιλοξενίας κέντρα υποδοχής και ότι τα τοπικά τελωνειακά και διοικητικά προβλήματα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης παρεμποδίζουν σε μεγάλο βαθμό την προσβασιμότητα τους (Kotsiou et al, 2018: 8).

Τέλος, ένα επιπρόσθετο πρόβλημα που τίθεται υπό συζήτηση και εξέταση είναι ο τρόπος λειτουργίας του ΕΣΥ. Το ΕΣΥ ιδρύθηκε το 1983 με απώτερο σκοπό την καθολική και δίκαιη πρόσβαση του συνόλου του πληθυσμού στην υγεία. Στη χώρα μας, η πρόσβαση στα νοσοκομεία γίνεται βάσει της ασφαλιστικής κάλυψης που παρέχει ο εκάστοτε φορέας στον οποίο ανήκει ο ασφαλισμένος, ενώ σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας, η πρόσβαση είναι ελεύθερη για όλους (Φούσκας κ.ά., 2014: 216). Ωστόσο, με τη μαζική είσοδο προσφύγων και μεταναστών τα τελευταία

τουλάχιστον πέντε χρόνια, το ΕΣΥ φαίνεται να δυσκολεύεται στο να ανταπεξέλθει στις ολοένα και αυξανόμενες ανάγκες του συστήματος υγείας (π.χ. στην ανάγκη για επιπλέον πόρους) ώστε να παρέχει σε όλους τα αγαθά που δικαιούνται (Anastopoulos et al, 2014: 281). Το γεγονός αυτό δημιουργεί πρόβλημα πρωτίστως στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι δυσκολεύονται να διαχειριστούν, να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και να διασφαλίσουν την ποιότητά τους (Karolou & Vassilikou, 2014: 297).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την ομαλή και δίκαιη ένταξη των μεταναστών και των προσφύγων στην ελληνική κοινωνία και πραγματικότητα, για τον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους και για την προστασία της δημόσιας υγείας να υπάρξει ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Αναστόπουλος κ.ά., 2013: 230). Όπως θα δούμε αναλυτικότερα στο επόμενο κεφάλαιο, οι ΜΚΟ και άλλα υποστηρικτικά δίκτυα, έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν δωρεάν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και δωρεάν φάρμακα σε όσους είναι αποκλεισμένοι από το ΕΣΥ, καθώς και να διευκολύνουν την πρόσβασή τους σε νοσοκομεία για εξειδικευμένες εξετάσεις. Ωστόσο, η γενικότερη κατάσταση της αδυναμίας πρόσβασης των μεταναστών στο σύστημα υγείας θέτει σε κίνδυνο, όχι μόνο τους ίδιους, αλλά και τη δημόσια υγεία εν γένει (Μαράτου - Αλιπράντη & Γκαζόν, 2005: 83).

4. Ο ρόλος των ΜΚΟ

Η παροχή υπηρεσιών υγείας προς όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτως εθνικότητας αποτελεί βασική ανάγκη και όχι υπηρεσία πολυτέλειας. Ιδιαίτερα η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και η παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης κρίνεται αναγκαία δεδομένου ότι προέρχονται από κοινωνίες όπου επικρατούν δυσάρεστες συνθήκες και καταστάσεις πολέμου με αποτέλεσμα να καθίσταται μη δυνατή η υγειονομική τους περίθαλψη. Οι ελληνικές ΜΚΟ συμμετέχουν σε ένα φάσμα δραστηριοτήτων όσον αφορά τη διεθνή ασφάλεια, τα ανθρώπινα δικαιώματα, την κοινωνική και ανθρωπιστική μέριμνα (Frangonikolopoulos, 2014: 1).

Ο ρόλος των ΜΚΟ είναι καίριος και η συμβολή τους σημαντική σε περιόδους προσφυγικής κρίσης και μεταναστευτικών ρευμάτων. Οι πρόσφυγες πολλές φορές έρχονται αντιμέτωποι με δυσμενείς συνθήκες, τόσο σε κοινωνικό, όσο και σε υγειονομικό επίπεδο. Οι εκάστοτε γραφειοκρατικές διαδικασίες δυσχεραίνουν όλο και πιο πολύ τη περίθαλψη των μεταναστών. Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η συνδρομή των ΜΚΟ με στόχο την άμεση παροχή υπηρεσιών υγείας στους ωφελούμενους. Η μη έγκαιρη σύμπραξή τους επιφέρει αρνητικές συνέπειες στη διαδικασία υποστήριξης των ομάδων αυτών (Kotsiou et al, 2018: 1-5).

Οι ΜΚΟ, με λίγα λόγια, διαδραματίζουν το ρόλο του διαμεσολαβητή και λειτουργούν ως μέσο επικοινωνίας ανάμεσα στο κράτος και στους μετανάστες (Τριανταφυλλίδου & Μαρούκης, 2010: 441-442). Ο πολυδιάστατος ρόλος τους αποσκοπεί στην ενημέρωση, την προάσπιση και τη διεκδίκηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων των ωφελούμενων (Παναγιωτίδου, 2006). Αποτελούν οργανωμένες δράσεις που απευθύνονται σε πρόσφυγες, μετανάστες αλλά και γενικότερα στους πολίτες και παρέχουν ανθρωπιστικές υπηρεσίες στοχεύοντας στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους (Στραβοσκούφης, 2006: 111).

Λόγω αδυναμίας επαρκούς υποστήριξης του ΕΣΥ προς τους μετανάστες, οι ΜΚΟ μέσω των πολυϊατρείων και των κινητών μονάδων που διαθέτουν παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε συνεργασία πάντα με δημόσιους φορείς. Ωστόσο πολλές φορές η παροχή υπηρεσιών υγείας και η λειτουργία των πολυϊατρείων υπονομεύεται εξαιτίας της έλλειψης υλικοτεχνικής υποδομής, φαρμάκων και ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού (Τερζούδης, Μπογιατζίδης &

Κωσταγιόλας, 2017: 114-115).

Αξίζει να σημειωθεί πως οι μετανάστες κατά την άφιξη τους στη χώρα μας παρουσιάζουν σοβαρά συμπτώματα υποθερμίας και αρκετά τραύματα. Εθελοντές γιατροί και νοσηλευτές με την συνδρομή των ΜΚΟ έχουν δημιουργήσει σε camps σκηνές και κλινικές για την παροχή πρώτων βοηθειών. Οι συνθήκες, βέβαια, κάτω από τις οποίες παρέχονται οι υγειονομικές υπηρεσίες δεν είναι οι πλέον ενδεδειγμένες (Kousoulis, Ioakeim-Ioannidou & Economopoulos, 2016: 1-3).

Ελλείψεις και προβλήματα παρουσιάζονται στη χρηματοδότηση και στους οικονομικούς πόρους των ΜΚΟ, στη παροχή ιατροφαρμακευτικών υλικών και στην επάρκεια του απαραίτητου προσωπικού (Skleparis, 2015: 149-150). Παρά τις προσπάθειες των ΜΚΟ, η έλλειψη καθαρών εγκαταστάσεων υγιεινής για τους πρόσφυγες καθώς και η ανεπάρκεια στις δομές στέγασης με αποτέλεσμα τον συνωστισμό δυσχεραίνουν την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών (Hermans, Kooistra, Cannegieter, Rosendaal, Mook-Kanamori & Nemeth, 2017: 853-854).

Θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθεί ότι η μη επαρκής υποστήριξη του ΕΣΥ προς τους μετανάστες και η μη παροχή της μέγιστης υγειονομικής περίθαλψης δεν οφείλεται μόνο στις πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες και στις υλικοτεχνικές ιατρικές ελλείψεις. Η υπονόμηση της αυτονομίας των ΜΚΟ εξαιτίας κρατικών και ιδιωτικών χορηγιών σε συνδυασμό με την επικράτηση πελατειακών σχέσεων λειτουργεί ανασταλτικά στη παροχή υπηρεσιών περίθαλψης προς τους πρόσφυγες, καλλιεργώντας έτσι αισθήματα δυσπιστίας (Frangonikolopoulos, 2014, 606-607). Είναι γεγονός πως τα τελευταία χρόνια οι περισσότερες ΜΚΟ έχουν πληγεί από την υποχώρηση των κρατικών επιχορηγήσεων, γεγονός το οποίο οδήγησε πολλές ΜΚΟ σε αναστολή της λειτουργίας τους. Πλέον, οι συνηθέστεροι τρόποι χρηματοδότησης περιλαμβάνουν πόρους από ελληνικά και ξένα κοινωφελή ιδρύματα (Σωτηρόπουλος, 2014: 26).

Το 2016 η πλειονότητα των προσφύγων που εισήλθε στην Ελλάδα ήταν από τη Συρία, εξαιτίας των συνθηκών πολέμου που επικρατούν στη χώρα. Δεδομένης της κατάστασης, η ανάγκη τους για πρωτοβάθμια περίθαλψη ήταν άμεση. Με τη βοήθεια των ΜΚΟ οι πρόσφυγες είχαν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας σε ανεπίσημα camps. Γίνεται, βέβαια, αντιληπτό ότι η παροχή ιατρικής περίθαλψης ήταν περιορισμένη και διεξαγόταν κάτω από ακατάλληλες συνθήκες. Η παραπομπή των προσφύγων σε υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης σε νοσοκομεία επιτεύχθηκε με τη συνεργασία του Υπουργείου Υγείας με τις ΜΚΟ και την διαμεσολάβηση των ΜΚΟ, καθώς το

ζήτημα της γλώσσας λειτουργούσε ως ανασταλτικός παράγοντας (Gunst, Jarman, Yarwood, Rokadiya, Capsaskis, Orcutt & Abbara, 2019: 821).

Ο ρόλος των ΜΚΟ είναι αδιαμφισβήτητα σημαντικός στην προσπάθεια παροχής βοήθειας σε μετανάστες και πρόσφυγες, όχι μόνο στον τομέα της υγείας, αλλά και σε όλους τους τομείς της κοινωνίας. Ωστόσο, η ύπαρξη των ΜΚΟ πέρα από το γεγονός ότι διευκολύνει αυτή την προσπάθεια, αποτελεί παράλληλα και πρόβλημα, από την άποψη πως οι εκάστοτε κυβερνήσεις «εξαρτώνται» από τις ΜΚΟ και στηρίζονται σε αυτές, με αποτέλεσμα ο κρατικός ρόλος να είναι απλώς υποστηρικτικός. Το κράτος οφείλει το ίδιο να μεριμνά για τέτοιου είδους ζητήματα και να μην μένει στον ρόλο του απλού «θεατή» (Kotsiou et al, 2018: 10).

Αξίζει, τέλος, να σημειωθεί πως πριν από την οικονομική κρίση του 2008 ο ρόλος των ΜΚΟ στην κοινωνική προστασία σε αλλοδαπούς, πρόσφυγες και μετανάστες οι οποίοι δεν είχαν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας ήταν ευκολότερος σε σύγκριση με την κατάσταση που επικράτησε από το ξέσπασμα της κρίσης έως και σήμερα. Η κρίση «δημιούργησε» περισσότερες ομάδες ωφελούμενων, καθώς ανάγκη εξυπηρέτησης πλέον έχουν και οι Έλληνες πολίτες. (Σωτηρόπουλος, 2014: 26)

Β' Μέρος: Η έρευνα

1. Μεθοδολογία έρευνας

Σύμφωνα με την Κυριαζή, «η κοινωνιολογική έρευνα αποτελεί προσπάθεια αναπαράστασης της κοινωνικής πραγματικότητας με την εφαρμογή συστηματικών μεθόδων συλλογής και ανάλυσης εμπειρικών στοιχείων. Αρχικό στάδιο κάθε έρευνας είναι η επιλογή της μεθόδου. Δύο από τις βασικότερες μεθόδους είναι η ποσοτική και η ποιοτική μέθοδος». Η μέθοδος που επιλέγεται δεν έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς κύριος στόχος είναι η συσχέτιση του θεωρητικού πλαισίου και του κοινωνικού γίνεσθαι με το συλλεχθέν εμπειρικό υλικό (Κυριαζή, 2011).

Η μέθοδος που επιλέχθηκε στην παρούσα έρευνα είναι η ποιοτική, διότι θεωρήθηκε καταλληλότερη για τους σκοπούς της μελέτης και για την καλύτερη αποτύπωση των απόψεων - θέσεων των ομιλητών. Τα δεδομένα της έρευνας συγκεντρώθηκαν μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων (βλ. αναλυτικότερα τον οδηγό συνέντευξης στο παράρτημα), άλλες πραγματοποιήθηκαν τηλεφωνικά και άλλες πρόσωπο με πρόσωπο με τους συμμετέχοντες της έρευνας.

Η ποιοτική προσέγγιση απαντά στο «πώς» και στο «γιατί» (Ιωσηφίδης, 2008: 21. Τσιώλης, 2013: 273) και βοηθά στην «ανακάλυψη νέων πτυχών και διαστάσεων του εξεταζόμενου αντικείμενου και στην κατανόησή του σε βάθος» (Τσιώλης, 2013: 273). Ο Ιωσηφίδης (2008) προσδιορίζει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της ποιοτικής έρευνας. Στα πλεονεκτήματα περιλαμβάνεται η λεπτομερής και σε βάθος διερεύνηση της εμπειρίας των κοινωνικών υποκειμένων μέσω της αντίληψής τους, η αποφυγή των α priori αξιολογήσεων και η δυνατότητα για διερεύνηση φαινομένων, διαδικασιών και συμπεριφορών που δεν είχαν προβλεφθεί από πριν. Στα μειονεκτήματα της ποιοτικής προσέγγισης συγκαταλέγει τον μικρό αριθμό του δείγματος, την περιορισμένη δυνατότητα γενίκευσης και σύγκρισης, τους παράγοντες «επικοινωνιακά προσόντα» και «προσωπικές αντιλήψεις» του εκάστοτε ερευνητή, καθώς και την πιθανότητα μεταβολής των χαρακτηριστικών των υπό μελέτη φαινομένων από τη συμμετοχή και τις παρεμβάσεις του ερευνητή. Ωστόσο, σημειώνει πως, υπό κατάλληλες προϋποθέσεις, τα μειονεκτήματα αυτά μπορούν να μετατραπούν σε σημαντικά πλεονεκτήματα.

Όπως σημειώνει η Λυδάκη για το «πλεονέκτημα» που δίνεται στον ερευνητή ως προς τη σχέση του με τα υποκείμενα της έρευνας, η επιτόπια έρευνα «θα του επιτρέψει να έχει μια εποπτεία της κοινωνικής τους πραγματικότητας και να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο δίνουν την απάντησή τους στα αιτήματα της καθημερινότητας, καθώς και τους κανόνες που οριοθετούν τη ζωή τους και επέχουν θέση νόμων απαράβατων» (Λυδάκη, 2012: 135). Ο ερευνητής, χρησιμοποιώντας την ποιοτική μέθοδο έρευνας, έχει τη δυνατότητα να εμβαθύνει στην προσωπικότητα των υποκειμένων και να κατανοήσει τις κοινωνικές επιρροές που εκείνα έχουν δεχθεί (Παπαγεωργίου, 1998: 9-10).

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι εργαζόμενοι σε ελληνικές ΜΚΟ που έχουν έδρα την περιοχή των Αθηνών και είτε παρέχουν οι ίδιες υπηρεσίες υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες, είτε διευκολύνουν την πρόσβαση των παραπάνω ομάδων στον τομέα της υγείας.

Όπως προαναφέρθηκε, το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την πραγματοποίηση της ποιοτικής έρευνας είναι οι ημιδομημένες συνεντεύξεις. Για τους Cohen et al. (2008: 449) «η συνέντευξη δίνει τη δυνατότητα στα υποκείμενα, είτε αυτά είναι συνεντευκτές είτε συνεντευξιαζόμενοι, να συζητήσουν τις ερμηνείες τους για τον κόσμο στον οποίο ζουν και να εκφράσουν τον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζουν διάφορες καταστάσεις μέσα από το προσωπικό τους πρίσμα». Το χαρακτηριστικό μιας ημιδομημένης συνέντευξης είναι πως «έχει προκαθορισμένες ερωτήσεις, αλλά η διάταξή τους μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα με την αντίληψη του συνεντευκτή σχετικά με το τι φαίνεται καταλληλότερο σε κάθε περίπτωση. Η διατύπωση της ερώτησης μπορεί να αλλάξει και να δοθούν εξηγήσεις. Συγκεκριμένες ερωτήσεις που φαίνονται ακατάλληλες για κάποιο συγκεκριμένο ερωτώμενο μπορούν να παραλειφθούν, ή να γίνουν πρόσθετες ερωτήσεις» (Robson, 2010: 321).

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν το διάστημα Ιούνιος 2019 – Μάρτιος 2020. Για τη διευκόλυνση της διεξαγωγής των συνεντεύξεων δημιουργήθηκε από την ερευνήτρια σχετικός οδηγός συνέντευξης, ενώ μοιράστηκε στους συνεντευξιαζόμενους έντυπο (βλ. αναλυτικότερα στο παράρτημα) με πληροφορίες γύρω από τον σκοπό, το αντικείμενο της έρευνας, καθώς και ζητήθηκε η συγκατάθεσή τους για τη μαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων και τη δημοσιοποίηση της ιδιότητάς τους. Από τους συνολικά 5 συνεντευξιαζόμενους και οι 5 συμφώνησαν στο να μαγνητοφωνηθεί η συνέντευξη, καθώς και να γίνει γνωστή η ιδιότητά τους. Συνεπώς, για τις ανάγκες προστασίας των προσωπικών δεδομένων και κατόπιν

συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα, έχει διατηρηθεί μόνο η ιδιότητα αυτών. Οι συνεντευξιαζόμενοι ανήκουν στις παρακάτω ΜΚΟ: Hestia Hellas, Ανθρωπιστική Πρωτοβουλία ΓΕΦΥΡΕΣ, Βαβέλ και Praxis. Οι συγκεκριμένες ΜΚΟ δεν επιλέχθηκαν εσκεμμένα αλλά ήταν οι μοναδικές οι οποίες ανταποκρίθηκαν στο αίτημα της ερευνήτριας για διεξαγωγή συνεντεύξεων. Γενικότερα, η μεγαλύτερη δυσκολία στη διεξαγωγή της έρευνας ήταν η επικοινωνία με τις ΜΚΟ και η εύρεση εργαζομένου που να είναι πρόθυμος να συμμετέχει σε αυτήν.

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 5 άτομα (4 γυναίκες και 1 άντρας): τρεις κοινωνικοί επιστήμονες, μία κοινωνική λειτουργός και μία ψυχολόγος. Από την κάθε ΜΚΟ συμμετείχε στην έρευνα ένας εργαζόμενος, εκτός από την Hestia Hellas στην οποία συμμετείχαν δύο. Η δυσαναλογία μεταξύ των συμμετεχόντων ως προς το φύλο δεν αποτελεί πρόβλημα για τη συγκεκριμένη έρευνα και δεν θεωρείται πως επηρεάζει τα αποτελέσματά της. Για τη διευκόλυνση της ανάγνωσης των συνεντεύξεων θα απεικονίζονται τα στοιχεία των συμμετεχόντων με βάση το κωδικοποιημένο όνομά τους. Ο παρακάτω πίνακας απεικονίζει συνοπτικά τη διαδικασία αυτή:

Πίνακας 1 Κωδικοποίηση των συμμετεχόντων στην έρευνα

Κωδικοποιημένο όνομα	Ιδιότητα	ΜΚΟ
Σ1	Ψυχολόγος	Hestia Hellas
Σ2	Κοινωνική επιστήμονας	Hestia Hellas
Σ3	Κοινωνική Λειτουργός	Ανθρωπιστική Πρωτοβουλία ΓΕΦΥΡΕΣ
Σ4	Κοινωνικός επιστήμονας	Βαβέλ
Σ5	Κοινωνική επιστήμονας	Praxis

Τα βασικά ερωτήματα γύρω από τα οποία κινήθηκε η έρευνα ήταν τα προγράμματα που παρέχονται από τις ΜΚΟ και αφορούν υπηρεσίες υγείας για πρόσφυγες και μετανάστες, τα προβλήματα που προκύπτουν για τις ομάδες αυτές ως προς την πρόσβασή τους στην υγεία, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ίδιες οι ΜΚΟ στο έργο τους και οι αλλαγές που πρέπει να γίνουν από τις ΜΚΟ αλλά και από

την πολιτεία ώστε να διευκολυνθεί η όλη προσπάθεια. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων με τους συμμετέχοντες στην έρευνα προέκυψαν και κάποια άλλα θέματα τα οποία έχουν ενταχθεί σε ξεχωριστές κατηγορίες. Συνεπώς, οι κατηγορίες από τις οποίες αποτελείται η έρευνα στο σύνολό της είναι οι εξής:

- Ωφελούμενοι
- Περιορισμοί στην εξυπηρέτηση
- Προγράμματα που υλοποιούνται από τις ΜΚΟ
- Ο ρόλος των ΜΚΟ
- Παράγοντες που δυσχεραίνουν το έργο των ΜΚΟ
- Λόγοι άρνησης βοήθειας από την πλευρά των ωφελούμενων
- Προτεινόμενες αλλαγές από την πλευρά των ΜΚΟ
- Ο ρόλος της πολιτείας

2. Προφίλ ΜΚΟ

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος εργαζόμενοι σε 4 διαφορετικές ΜΚΟ. Το κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνει πληροφορίες για την καθεμία από αυτές, όπως έχουν αντληθεί από τις επίσημες ιστοσελίδες των οργανώσεων. Έτσι, το παρόν κεφάλαιο λειτουργεί ως πρόλογος για το έργο της εκάστοτε ΜΚΟ και, στη συνέχεια, οι συνεντεύξεις με τους εργαζομένους θα εμπλουτίσουν το υλικό αυτό με περισσότερες πληροφορίες, αφενός για τις οργανώσεις και αφετέρου για το υπό εξέταση ζήτημα, τον ρόλο δηλαδή των ίδιων των οργανώσεων στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες ή στη διευκόλυνση των ομάδων αυτών στην πρόσβαση τους στον τομέα της υγείας.

Hestia Hellas

Η Hestia Hellas είναι μία Αστική ΜΚΟ που ιδρύθηκε το 2017 και εξυπηρετεί ευπαθείς κοινωνικές ομάδες – μεταξύ αυτών και πρόσφυγες και μετανάστες (όλων των ηλικιών) που επιθυμούν να εγκατασταθούν στην Ελλάδα ή σε άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Η υποστήριξη που παρέχεται από την οργάνωση είναι κυρίως ψυχοκοινωνική. Επιπλέον, προσφέρονται μαθήματα ξένων γλωσσών και εκμάθησης υπολογιστών σε Έλληνες και ξένους, υπηρεσίες λογοθεραπείας, καθώς και δημιουργικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες σε παιδιά 2 έως 12 ετών.

Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες, ωφελούμενοι των - ολιστικής φύσεως - προγραμμάτων της οργάνωσης, προέρχονται από τη Συρία, το Αφγανιστάν, το Ιράκ, την Τουρκία, το Ιράν, το Κονγκό, καθώς και από διάφορες άλλες χώρες της αφρικανικής ηπείρου. Υπηρεσίες παρέχονται σε όλους ανεξάρτητα από το νομικό τους καθεστώς. Στην οργάνωση απευθύνονται επίσης άλλες οργανώσεις που υποστηρίζουν μετανάστες, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και νομικοί εκπρόσωποι άλλων ΜΚΟ.

Ανθρωπιστική Πρωτοβουλία ΓΕΦΥΡΕΣ

Η Ανθρωπιστική Πρωτοβουλία ΓΕΦΥΡΕΣ είναι μια ανθρωπιστική ΜΚΟ που ιδρύθηκε το 2014. Στις ΓΕΦΥΡΕΣ ακολουθείται μία ολιστική προσέγγιση του ατόμου, ανεξαρτήτως θρησκείας, καταγωγής, γλώσσας ή φύλου.

Η ονομασία παραπέμπει στις «γέφυρες» που θέλει να δημιουργήσει η οργάνωση με άλλες ΜΚΟ, με άλλους φορείς, με υπουργεία, με την Υπηρεσία Ασύλου και, γενικότερα, με όποιον ασχολείται με το προσφυγικό ζήτημα, με σκοπό την υποστήριξη των προσφύγων και την προάσπιση των δικαιωμάτων τους.

Η οργάνωση παρέχει – μεταξύ άλλων - νομική πληροφόρηση, πρόσβαση στην Υπηρεσία Ασύλου, συμβουλευτική και διανομή αγαθών. Επιπρόσθετα, οι ΓΕΦΥΡΕΣ διευκολύνουν τον προγραμματισμό ιατρικών ραντεβού σε δημόσια νοσοκομεία.

Βαβέλ

Η μονάδα ψυχικής υγείας για μετανάστες «Βαβέλ» ιδρύθηκε το 2007. Αποστολή της οργάνωσης είναι η φροντίδα της ψυχικής υγείας των μεταναστών, ανεξάρτητα από το νομικό καθεστώς τους. Προτεραιότητα δίνεται σε όσους αντιμετωπίζουν δυσκολίες ως προς την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας είτε είναι αποκλεισμένοι από αυτές.

Μεταξύ άλλων, οι υπηρεσίες που προσφέρονται από την οργάνωση περιλαμβάνουν ψυχιατρική παρακολούθηση, ψυχολογική υποστήριξη, ψυχοθεραπεία, συμβουλευτική, παιδοψυχιατρική παρακολούθηση, ειδικές θεραπείες και σύνδεση με υπηρεσίες.

Ένας ακόμη άξονας δράσης της οργάνωσης είναι η συμμετοχή σε δράσεις συνηγορίας και ευαισθητοποίησης σε θέματα που αφορούν τα δικαιώματα των μεταναστών με ψυχικές διαταραχές.

Praksis

Η Praksis είναι ανεξάρτητη ΜΚΟ που στοχεύει στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την υλοποίηση προγραμμάτων ανθρωπιστικής και ιατρικής δράσης. Δραστηριοποιείται κυρίως στην Αττική, στην Κεντρική Μακεδονία, στην Πάτρα και τη Λέσβο. Η οργάνωση λειτουργεί από το 2004, με κύριο μέλημα την καταπολέμηση του κοινωνικού και οικονομικού αποκλεισμού των κοινωνικά ευπαθών ομάδων και την προάσπιση των δικαιωμάτων τους σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Οι ωφελούμενοι είναι – μεταξύ άλλων - Έλληνες άποροι, άστεγοι, μετανάστες, αιτούντες άσυλο και πρόσφυγες, ασυνόδευτοι ανήλικοι, εκδιδόμενα άτομα, χρήστες ουσιών, οροθετικοί κ.ά., αλλά γενικότερα οποιοσδήποτε βιώνει κοινωνικό ή οικονομικό αποκλεισμό.

Βασικές υπηρεσίες που παρέχονται από την Praksis είναι η άμεση και δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, βασικές υπηρεσίες υγιεινής, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη, εργασιακή και νομική συμβουλευτική, συνοδευτικές υποστηρικτικές υπηρεσίες και στέγαση. Μεταξύ των δομών και των παρεμβάσεων της οργάνωσης, περιλαμβάνονται πολυϊατρεία, κέντρα ημέρας υποδοχής αστέγων ή ασυνόδευτων ανηλίκων, κοινωνικές κατοικίες, κέντρα αλληλεγγύης, ιατρικές κινητές μονάδες και street work.

Οι παρεμβάσεις της οργάνωσης για το προσφυγικό περιλαμβάνουν (ή έχουν κατά καιρούς περιλάβει) προγράμματα ιατρικής δράσης, παροχής σίτισης και υποστηρικτικών υπηρεσιών στην πρώτη γραμμή, στεγαστικά προγράμματα για εύάλωτες ομάδες, καθώς και προγράμματα υποστήριξης ανηλίκων. Τέλος, η Praksis συμμετέχει στο ευρωπαϊκό πρόγραμμα AMiD- Access to Services for Migrants with Disabilities, το οποίο αφορά σε μετανάστες και πρόσφυγες με αναπηρίες και στοχεύει στην ορθότερη διαχείριση των διαδικασιών της ταυτοποίησης και αξιολόγησης των αναγκών των ομάδων αυτών, αλλά και της ομαλότερης ένταξής τους στο κοινωνικό σύνολο.

3. Θεματική ανάλυση συνεντεύξεων

3.1 Ωφελούμενοι

Στην Praksis οι ωφελούμενοι ανήκουν σε ένα ευρύ φάσμα:

Στόχος είναι η ολιστική κάλυψη των αναγκών των ευάλωτων ομάδων. Αυτό σημαίνει ότι ωφελούμενοι μπορεί να είναι όλοι: οι άποροι, οι άστεγοι, οι ανασφάλιστοι, οι πρόσφυγες-μετανάστες, οι αιτούντες άσυλο, οι εκδιδόμενες, οι sex workers, τα θύματα trafficking. Επίσης είναι έλληνες που έχουν πληγεί από την οικονομική κρίση, είναι ασυνόδευτα ανήλικα παιδιά, είναι όλες οι ευάλωτες ομάδες, όσα άτομα δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν άμεσα από το δημόσιο σύστημα υγείας οπότε απευθύνονται σε εμάς. (Σ5)

3.2 Περιορισμοί στην εξυπηρέτηση

Για την Ανθρωπιστική Πρωτοβουλία ΓΕΦΥΡΕΣ, σύμφωνα με τη Σ3, υπάρχει κάποιος περιορισμός ως προς τους ανηλίκους:

Δεν βάζουμε την ηλικία π χ ως περιορισμό αλλά από την άλλη δεν παρέχουμε υπηρεσίες σε ανήλικα. Δηλαδή όταν θα φτάσει κάποιο ανήλικο εδώ πέρα θα ενεργοποιήσουμε αμέσως έναν άλλον μηχανισμό. Δηλαδή να μπει μέσα ένας δικηγόρος, να μπει κάποια υπηρεσία, που μαζί θα κάνουμε αίτημα στο ΕΚΑ για την στέγαση. Συντονιστικός θα είναι ρόλος μας, δηλαδή, για την προστασία των παιδιών. (Σ3)

Ωστόσο, η συγκεκριμένη οργάνωση δεν εξυπηρετεί μετανάστες, παρά μόνο πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο:

Όχι δεν εξυπηρετούμε μετανάστες. Ακόμα δηλαδή κι αν κάποιες φορές έρθουν κάποιοι μετανάστες εδώ - γιατί πιθανότατα να έχουμε έναν σύριο μετανάστη ή ιρακινό μετανάστη ο οποίος βρισκόταν στη χώρα πριν από 20 χρόνια και μιλάει πιθανότατα και άπταιστα ελληνικά και για διάφορους λόγους αυτός άνθρωπος δεν είχε ποτέ καταγραφεί - και είχαμε τέτοιο περιστατικό - και έχει αποφασίσει ότι θέλει να αιτηθεί έστω και μετά από 20 χρόνια άσυλο - αυτό σαν υπηρεσία

θα το παρέχουμε. Όπως επίσης μπορούμε και να τον βοηθήσουμε να κάνει ένα ΑΜΚΑ και ένα ΑΦΜ, εκ των πραγμάτων όμως σε κάποια άλλα πράγματα θα πέσει εκτός του συστήματος γιατί δεν θα μπορέσει να κάνει αίτημα στέγασης γιατί το αίτημα στέγασης είναι γι' αυτούς που έχουν έρθει μετά το 2015. (Σ3)

Στο Βαβέλ, σύμφωνα με τον συμμετέχοντα στην έρευνα υπάρχει μόνο ένας περιορισμός ως προς την εξυπηρέτηση των ωφελούμενων:

Ο μόνος περιορισμός είναι η κατάχρηση ουσιών. Εάν ένας ωφελούμενος είναι χρήστης, το Βαβέλ μπορεί να τον ή την βοηθήσει ώστε να παραπεμφθεί σε επαγγελματίες που ειδικεύονται με ανθρώπους που αντιμετωπίζουν προβλήματα εθισμού. (Σ4)

Αντίθετα, στην Praksis δεν υπάρχουν περιορισμοί ως προς την εξυπηρέτηση των ωφελούμενων, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει και η Σ5:

Όχι, δεν υπάρχει κανένας περιορισμός. Φροντίζουμε να βρίσκουμε τον τρόπο να εξυπηρετούνται όλοι στη γλώσσα τους με τρόπο κατανοητό προς αυτούς και να τους παρέχεται η όποια βοήθεια χρειάζονται. Κι αν δεν μπορούμε εμείς, αν δεν μπορούμε να επιλύσουμε εμείς το αίτημά τους, να γίνονται οι κατάλληλες παραπομπές σε άλλες οργανώσεις. Ας πούμε, αν δεν έχουμε εμείς μία ιατρική ειδικότητα και την έχει κάποια άλλη οργάνωση, γίνεται η παραπομπή και η σύνδεση με εκείνη την οργάνωση. (Σ5)

3.3. Προγράμματα που υλοποιούνται από τις ΜΚΟ

3.3.1 Ψυχοκοινωνικά

Το Κέντρο Ημέρας Βαβέλ είναι μονάδα ψυχικής υγείας για μετανάστες και πρόσφυγες. Ως προς τα παρεχόμενα προγράμματα, ο εργαζόμενος στον οργανισμό μάς ενημερώνει σχετικά:

Η διεπαγγελματική ομάδα του Βαβέλ, σε συνεργασία με τους εθελοντές και τους γλωσσικούς διευκολυντές παρέχουν στους εξυπηρετούμενους υπηρεσίες ευρέος φάσματος, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται η διάγνωση, η εκτίμηση αναγκών, η εκτίμηση λειτουργικότητας, η εκτίμηση

ανθεκτικότητας ή ευαλωτότητας. ψυχιατρική παρακολούθηση και ψυχολογική υποστήριξη. Επίσης υπάρχει συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία όπου τα περισσότερα μέλη της διεπαγγελματικής ομάδας του Βαβέλ είναι εκπαιδευμένα ή εκπαιδεύονται σε ψυχοθεραπευτικές τεχνικές όπως η συστημική, η ψυχαναλυτική, η θεραπεία σχημάτων. Ακόμα, υπάρχει σύνδεση με υπηρεσίες, συνοδεία, διαμεσολάβηση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. (Σ4)

Στο Βαβέλ όλα τα προγράμματα αφορούν την πρόσβαση των προσφύγων και των μεταναστών στον τομέα της υγείας και, συγκεκριμένα, της ψυχικής:

Όλα αυτά τα προγράμματα αφορούν πρόσφυγες και μετανάστες. Κύρια αποστολή του Βαβέλ είναι η φροντίδα της ψυχικής υγείας των μεταναστών - ανεξαρτήτως καθεστώτος παραμονής - που ζουν στην Αθήνα και οι οποίοι διακρίνονται μεταξύ άλλων για την τριπλή ετερότητά τους: μεταναστευτική συνθήκη, διαφορετική εθνοπολιτισμική καταγωγή και εμπειρία ψυχικής διαταραχής. Όπως γίνεται κατανοητό, το έργο του Βαβέλ αφορά εξ'ολοκλήρου την πρόσβαση αυτών σε υπηρεσίες υγείας ανεξαρτήτου «νομιμότητας» ή κατοχής χαρτιών. (Σ4)

Στην Hestia Hellas, σύμφωνα με τη Σ1 τα προγράμματα που παρέχονται είναι τα εξής:

Έχουμε το τμήμα ψυχοκοινωνικής στήριξης που παρέχουμε υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους, κάνουμε ψυχοθεραπείες, όπως επίσης, ατομικές και ομαδικές συνεδρίες. Κάνουμε επίσης αξιολογήσεις για το γραφείο ασύλου. Δε δεχόμαστε ψυχιατρικούς ασθενείς, όμως, ή ανθρώπους με ανοιχτό αυτοκτονικό ιδεασμό ή που είναι χρήστες αλκοόλ και ναρκωτικών διότι χρειάζεται ένα διαφορετικό πλαίσιο. (Σ1)

Η Σ2 προσθέτει:

Στην ψυχοκοινωνική υπηρεσία πρώτα το ραντεβού με τους ωφελούμενους γίνεται με την κοινωνική λειτουργό και κοινωνική επιστήμονα. Κάνω μία αξιολόγηση των αναγκών στο πρώτο ραντεβού και έπειτα παραπέμπω ανάλογα με τις ανάγκες. Όταν γίνονται οι παραπομπές σε εμάς γίνονται

απευθείας για ψυχολογική υποστήριξη συνήθως. Από κει και πέρα αν έχουν άλλα προβλήματα, π.χ. το ότι δεν έχουν σπίτι, έρχονται σε μένα και τους παραπέμπω. Η ψυχοκοινωνική, λοιπόν, υπηρεσία αναλαμβάνει τη στήριξη, όχι μόνο ενηλίκων, αλλά και ανηλίκων - γιατί έχουμε και παιδοψυχολόγο, αλλά όχι ψυχίατρο. (Σ2)

3.3.2 Εκπαιδευτικά

Ο Σ4 προσθέτει μία ακόμη δράση που υλοποιείται από την οργάνωση. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει:

Το Βαβέλ συνδιοργανώνει συχνά εκπαιδευτικά και μετεκπαιδευτικά σεμινάρια, workshops, ενημερώσεις κλπ με τη συμμετοχή επαγγελματιών από διάφορες οργανώσεις. Φιλοξενεί επίσης το εβδομαδιαίο MHPSS (Mental Health and Psychosocial Support) sub-Working Group Attica στην έδρα του στην Κυψέλη. (Σ4)

Από την Hestia Hellas παρέχονται και άλλου είδους υπηρεσίες που δεν αφορούν κυρίως σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες για παιδιά και ενήλικες:

Ένα άλλο τμήμα που έχουμε είναι το Child Friendly Space όπου τα πολύ μικρά παιδιά μπορούν να παίζουν σε έναν ασφαλή χώρο και να αλληλεπιδράσουν με άλλα παιδιά ή κάνουν μαθήματα μαθηματικών και αγγλικών. Ένα άλλο τμήμα είναι το Livelihoods που είναι για ενήλικες, δίνοντάς τους ορισμένες ικανότητες για εύρεση εργασίας και γενικώς για να βοηθηθούν με την ενσωμάτωσή τους στην ελληνική κοινωνία. Γίνονται μαθήματα ελληνικών, αγγλικών, computer skills, CV preparation και interview preparation. Επίσης έχουμε φυσιοθεραπεία, είχαμε και ειδική παιδαγωγό αλλά επειδή ήταν σε εθελοντική βάση τώρα θα φύγει. Αφορούν πρόσφυγες, μετανάστες και Έλληνες πολίτες που είναι ευάλωτοι. (Σ1)

3.3.3 Υγεία - Δημόσια Υγεία

Στην Praksis τα παρεχόμενα προγράμματα δεν αφορούν μόνο την ψυχική υγεία, αλλά την υγεία εν γένει, ψυχική και σωματική. Η Σ5 που εργάζεται στην οργάνωση αναφέρει μεταξύ άλλων:

Τα προγράμματα ουσιαστικά είναι προγράμματα κοινωνικής συνεργασίας και ιατρικής στήριξης [...] Υπάρχουν προγράμματα δημόσιας υγείας και στεγαστικά. Στη δημόσια υγεία είναι τα πολυϊατρεία σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, υπάρχουν κέντρα ημερήσιας υποδοχής αστέγων σε Αθήνα, Πειραιά και Πάτρα. Ως προς τα προγράμματα που αφορούν πρόσφυγες και μετανάστες, η ερωτώμενη διευκρινίζει: τα προγράμματα τώρα που αφορούν πρόσφυγες και μετανάστες είναι πάνω-κάτω όλα βασικά. Είναι κυρίως τα πολυϊατρεία, είναι τα κέντρα ημέρας που μπορούν να πάνε για μπάνιο, για ρούχα, για να περάσουν το χρόνο τους. (Σ5)

Για τον τομέα της υγείας, η Σ5 αποσαφηνίζει:

Ουσιαστικά είναι το πολυϊατρείο. Βέβαια υπάρχει και στο κέντρο ημέρας γενικός γιατρός και νοσηλεύτης. Είναι και η κινητή μονάδα που βγαίνει στο δρόμο και παλαιότερα υπήρχε και για κάποιο διάστημα λειτουργούσε shower bus και υπήρχε πάλι νοσηλεύτης και προσωπικό κοινωνικού προφίλ όπου εξυπηρετούσαν τον άστεγο πληθυσμό, οπότε και εκεί πέρα υπήρχαν άτομα προσφυγικού προφίλ. (Σ5)

3.3.4 Ανθρωπιστικά - Κοινωνικά

Η Σ2 παραθέτει παραδείγματα από τη ΜΚΟ Hestia Hellas που αφορούν σε ανθρωπιστικές δράσεις της οργάνωσης τα οποία υλοποιούνται μέσω της κοινωνικής υπηρεσίας της:

Η κοινωνική υπηρεσία κάνει ό,τι φαντάζεσαι γιατί οι ανάγκες τους διαφέρουν. Είναι το θέμα στέγασης, μπορεί κάποιος να έχουν πρόβλημα να βρουν φαγητό, πρόβλημα ένδυσης οπότε τους παραπέμπω για ένδυση πχ στο χώρο free shop όπου μπορούν να πάνε να διαλέξουν ό,τι ρούχα χρειάζονται και να πάρουν κάποια απαραίτητα μία φορά το μήνα, στην κάρITAS επίσης κάνουμε παραπομπές. Μπορεί κάποιος να ψάχνει δουλειά οπότε να τους παραπέμψει σε job centers. (Σ2)

Η Σ3 αναφέρει χαρακτηριστικά για τη ΜΚΟ Ανθρωπιστική Πρωτοβουλία ΓΕΦΥΡΕΣ:

Έχουμε μία ολιστική προσέγγιση, πιστεύουμε στην ολιστική προσέγγιση του ανθρώπου, άρα αυτός είναι και ο βασικός οδηγός στα προγράμματα τα οποία υλοποιούμε εδώ, που σημαίνει λοιπόν ότι έχουμε τα ανθρωπιστικά - που είναι παροχή γάλακτος και ειδών ρουχισμού, σκηνές, κουβέρτες ανάλογα με την ανάγκη δηλαδή την εποχιακή ανάγκη κάθε φορά. Μετά έχουμε τις κοινωνικοψυχολογικές υπηρεσίες και τη νομική πληροφόρηση. [...] Και επίσης παρέχουμε τη δυνατότητα του skype που σημαίνει ότι είναι ο μόνος δρόμος προκειμένου να κλείσουν ένα ραντεβού με την υπηρεσία ασύλου για να αιτηθούν άσυλο. Επίσης παρέχουμε την επικοινωνία με την υπηρεσία ασύλου σε περιπτώσεις ευάλωτων ομάδων. Στα κοινωνικά τώρα, έχουμε την δυνατότητα αφού οι άνθρωποι πάρουν το δελτίο αιτούντος στα χέρια τους έχουν τη δυνατότητα έκδοσης ΑΦΜ, να κλείσουν ιατρικά ραντεβού ακόμα και χωρίς το δελτίο αιτούντος, να έχουν πρόσβαση σε άλλες ΜΚΟ που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες. (Σ3)

3.4 Ο ρόλος των ΜΚΟ

Όπως προαναφέραμε, μόνο οι τρεις εκ των τεσσάρων οργανώσεων που αναφέρονται στην έρευνα έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν οι ίδιες υπηρεσίες υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες, ενώ η τέταρτη βοηθά στη διευκόλυνση των ομάδων αυτών ως προς την πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας.

3.4.1 ΜΚΟ που παρέχουν υπηρεσίες υγείας

Ως προς τον ρόλο της Praksis, η Σ5 αναφέρει τα εξής:

Η οργάνωση παρέχει δωρεάν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Μπορεί να λέμε ότι είναι άτομα προσφυγικού και μεταναστευτικού προφίλ, αλλά είναι και άτομα χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα, οπότε αυτοί δεν μπορούν να απευθυνθούν άμεσα στο δημόσιο σύστημα υγείας και μπορούν να έρθουν σε εμάς. Οπότε παρέχουμε πρωτοβάθμια περίθαλψη, διευκολύνουμε την πρόσβαση τους και παράλληλα κάνουμε και διασυνδέσεις με νοσοκομεία ή μπορεί να πραγματοποιήσουν συνοδείες σε κάποια περιστατικά. Παλιά υπήρχε πρόγραμμα συνοδειών και κινητή μονάδα. (Σ5)

Η Σ5 στη συνέχεια διευκρινίζει:

Αναφέρομαι στα δημόσια νοσοκομεία. Η αλήθεια είναι ότι συνεργαζόμαστε κυρίως και παραπέμπουμε σε δημόσιο ακριβώς για να μην χρειάζεται να πληρώσει κάτι παραπάνω ο άνθρωπος. Βέβαια υπάρχει συνεργασία με μία άλλη οργάνωση, την Αποστολή Άνθρωπος, η οποία χρηματοδοτεί δωρεάν ιατρικές εξετάσεις κλπ οπότε μπορείς να επικοινωνήσεις και να σου καλύψει το αίτημα. Μπορεί ο εξυπηρετούμενος να κάνει δωρεάν την εξέταση του με κάποιο έλεγχο για εγκυμοσύνη και λοιπά και μπορεί να το κάνει και σε ιδιωτικό ιατρείο δωρεάν. Έχει διάφορες δράσεις κι έχει και δωρεάν κάλυψη ιατρικών εξετάσεων. Οπότε αν θέλει κάποιος ακουστικά βαρηκοΐας ή κάποια εξέταση γυναικολογική ή δωρεάν γυαλιά να πάρει για μυωπία κλπ. αρκετές φορές καλύπτει η οργάνωση το αίτημα σε συνεργασία με εμάς. (Σ5)

Ως προς το ποιές ιατρικές ειδικότητες μπορεί κάποιος να βρει στην οργάνωση απαντά:

Υπάρχει γενικός γιατρός, οδοντίατρος, γυναικολόγος, νευρολόγος και υπήρχε ψυχίατρος για λίγο χρονικό διάστημα. Στους ξενώνες λειτουργούσε επίσης και παιδοψυχιατρικό τμήμα και παλαιότερα υπήρχε και παιδίατρος. Μετά δεν ανανεώθηκε το έργο αλλά για ένα διάστημα υπήρχε και παιδίατρος στο πολυϊατρείο. (Σ5)

Οι εργαζόμενες στην Hestia Hellas υποστηρίζουν:

Δεν έχουμε χρήματα να δώσουμε στους ανθρώπους να πάνε κάπου ιδιωτικά. Στο ΕΣΥ μπορούμε να παραπέμπουμε κάποιους, συνηθως δεν αναλαμβάνουμε να τους κλείσουμε τα ραντεβού και δεν έχουμε τη δυνατότητα να στείλουμε και διερμηνείς, παραπέμπουμε σε άλλους οργανισμούς που αναλαμβάνουν αυτά τα προγράμματα. (Σ1)

Εάν έχουν ΑΜΚΑ μπορούμε να το κάνουμε, να τους δείξουμε με ποιον τρόπο επικοινωνούν, ποιές οργανώσεις μπορούν να τους βοηθήσουν στο να κλειστεί ραντεβού και να έχουν έχουν παράλληλα διερμηνέα, γιατί η δυσκολία τους έγκειται πέραν του ότι δεν έχουν την πληροφορία για το πώς

να κλείσουν ένα ιατρικό ραντεβού, στη διερμηνεία. Οπότε έχουμε το *Multi Factional Center for Refugees* του *Red Cross* που τους κλείνουν ραντεβού με το *ΑΜΚΑ* τους και κανονίζουν αυτό το πράγμα ή οι *DRC* που μπορούν αν είναι προγραμματισμένο το ραντεβού να κανονίσουν την ίδια μέρα να πάει κάποιος διερμηνέας μαζί τους. Εκτός αυτού υπάρχουν και τα δημοτικά ιατρεία που κάποια δέχονται και χωρίς χαρτιά. Εξαρτάται με το νομικό καθεστώς τους το με ποιόν τρόπο θα έχουν πρόσβαση στην υγεία. (Σ2)

Ο Σ4 τονίζει χαρακτηριστικά ως προς τον ρόλο της οργάνωσης:

Υπάρχει το πρόγραμμα *MyHealth*, μια συνεργασία εταίρων από 6 Ευρωπαϊκές χώρες, το οποίο επεξεργάζεται μοντέλα για την συμμετοχή των ευάλωτων μεταναστών και προσφύγων στην υγεία μέσω της ενδυνάμωσης της κοινότητας και της συνεργικής εκπαίδευσης. [...] το *Βαβέλ* συνεργάζεται επίσης με πολλούς φορείς ανά την Ελλάδα, προσφέροντας συνοδεία, σύνδεση με υπηρεσίες, και διαμεσολάβηση. Στη συνέχεια συμπληρώνει: στο *Βαβέλ* αναγνωρίζεται ότι η ψυχική υγεία είναι άμεσα συνδεδεμένη με την εκπλήρωση βασικών καθημερινών αναγκών, όπως η ανάγκη για οικείο χώρο, για στέγη, για υγειονομική περίθαλψη, για δραστηριότητες που αποσκοπούν στην ένταξη. Έτσι, πολλές φορές οι επαγγελματίες καλούνται να παίζουν ρόλους που δεν είναι αυστηρά προσκολλημένοι στην εμπειρογνωμοσύνη τους. Συχνά αυτό μεταφράζεται στη διαμεσολάβηση όπως και στη συνοδεία σε ιατρικές υπηρεσίες. Βεβαίως, η παροχή βεβαιώσεων που δίνει το κέντρο διευκολύνουν αρκετά και οι ίδιες την εν λόγω πρόσβαση. (Σ4)

3.4.2 ΜΚΟ που διευκολύνει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας

Η ΜΚΟ Ανθρωπιστική πρωτοβουλία ΓΕΦΥΡΕΣ βοηθά την πρόσβαση των ενδιαφερομένων σε υπηρεσίες υγείας. Η Σ3 δηλώνει αναφορικά με την πρόσβαση:

Όχι μόνο σε δημόσια νοσοκομεία αλλά ακόμα και σε ΜΚΟ γιατί αν κάποιος δεν έχει το δελτίο αιτούντος δεν έχει εύκολη πρόσβαση σε νοσοκομεία με αποτέλεσμα να συνεργαστούμε με άλλες ΜΚΟ, δηλαδή να τους κάνουμε μια παραπομπή εκεί, να τους ενημερώσουμε ότι υπάρχουν αυτές οι ΜΚΟ που παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες, όπως επίσης δεχόμαστε

κι εμείς παραπομπές από άλλες ΜΚΟ, για διαφορετικούς λόγους κάθε φορά. Εμείς δεν κάνουμε εξωτερικές συνοδείες. Συνεργαζόμαστε με μια άλλη οργάνωση η οποία εξειδικεύεται σε αυτό, η CRS. Εξειδικεύονται σε αυτό, στο να στείλουν διερμηνείς σε νοσοκομεία ή όπου αλλού χρειαστεί. (Σ3)

3.5. Παράγοντες που δυσχεραίνουν το έργο των ΜΚΟ

3.5.1 Πολιτεία

Ανάμεσα στις δυσκολίες η Σ5 συγκαταλέγει τον τρόπο λειτουργίας του ελληνικού συστήματος εν γένει:

Γενικά δυσκολία είναι όλο το σύστημα και η γραφειοκρατία και που οι νόμοι αλλάζουν συνέχεια και δεν υπάρχει μία σταθερότητα για να γνωρίζουν και οι άνθρωποι τα δικαιώματά τους και τι πρέπει να κάνουν σχετικά με τα χαρτιά τους, σχετικά με την πρόσβαση που έχουν στην υγεία, στην εργασία και αντίστοιχα τα παιδιά τους στην εκπαίδευση. Επιπλέον το σύστημα πρόνοιας της Ελλάδος στη μορφή που έχει, δεν γίνονται τρελά πράγματα για να βελτιωθεί η πραγματικότητα αυτών των ανθρώπων. (Σ5)

Η Σ3 αναφέρεται επίσης στο ρόλο του κράτους, κυρίως από γραφειοκρατική σκοπιά:

Δυσκολίες ας πούμε υπάρχουν όταν τα υπουργεία δεν επικοινωνούν μεταξύ τους, αφού οι πρόσφυγες θυματοποιούνται. Για παράδειγμα, αυτή τη στιγμή δεν μπορούν να βγάλουν ΑΜΚΑ οι πρόσφυγες γιατί δεν έχει δοθεί η εντολή από το υπουργείο προς τα ΚΕΠ και τα ΚΕΠ σταμάτησαν να βγάζουν ΑΜΚΑ. Χωρίς ΑΜΚΑ, όμως, οι άνθρωποι δεν μπορούν να τηλεφωνήσουν για να κλείσουν τα ραντεβού και επίσης χωρίς ΑΜΚΑ δεν μπορούμε να συνδέσουμε το ΑΜΚΑ με το ΑΦΜ για να βγάλουν κάρτα ανεργίας και μετά κάρτα μετρό δωρεάν. Επίσης χωρίς ΑΜΚΑ και ΑΦΜ δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στην αγορά εργασίας.

Όλα αυτά λοιπόν έχουν να κάνουν με θέματα επικοινωνίας μεταξύ των αρχών.¹(Σ3)

3.5.2 Κατάρτιση εργαζομένων

Για τη Σ3 είναι ιδιαίτερα σημαντική επίσης και η κατάρτιση των ανθρώπων που εργάζονται στο χώρο:

[...] δυστυχώς αυτή τη στιγμή οι αποφάσεις που λαμβάνονται, όχι μόνο για το προσφυγικό, αλλά και για όλους τους άλλους χώρους, λαμβάνονται από ανθρώπους οι οποίοι δεν έχουν δουλέψει ποτέ στο πεδίο, στην πράξη, για να καταλάβουν τι σημαίνει αυτό. Εκεί πέρα, λοιπόν, αυτή είναι μια τεράστια δυσκολία. (Σ3)

3.5.3 Διερμηνεία – Γλώσσα

Η Σ3 τονίζει τη βαρύτητα του ζητήματος της διερμηνείας:

Μετά μια άλλη δυσκολία είναι η διερμηνεία. Δεν επαρκούν οι διερμηνείς που σημαίνει ότι υπάρχει μια τεράστια κούραση στα νοσοκομεία, στους γιατρούς, στις νοσοκόμες. Δικαίως έχουν κουραστεί οι άνθρωποι γιατί απογοητεύονται οι πρόσφυγες, θυμώνουν που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν. Μετά επίσης ένα τεράστιο πρόβλημα είναι η αστυνομία η οποία κανονικά βάσει νόμου υποχρεούται να ενεργοποιήσει διερμηνέα. Εάν, ας πούμε, έχουμε θέμα από μία κακοποιημένη γυναίκα δεν υπάρχει περίπτωση να εξυπηρετηθεί σε αστυνομικό τμήμα, δεν υπάρχει πρόσβαση. Απλά θα τη διώξουν χωρίς να ξέρουν τι έχει. Εκτός και αν πάει με αίματα, αν την ξυλοκοπήσει ο άντρας της και πάει με αίματα και απλά την πάνε σε ένα νοσοκομείο εκεί. (Σ3)

Η Σ5 συμφωνεί λέγοντας:

Πρέπει να υπάρχει διερμηνεία. Πολλές φορές αρνούνται στα νοσοκομεία να εξυπηρετήσουν επειδή δεν μιλάνε αγγλικά ή ελληνικά και μάλιστα αρκετοί γιατροί σε ΙΚΑ αρνούνται να εξυπηρετήσουν και στην αγγλική γλώσσα - δεν μιλάω για φαρσί κλπ. Αν και αν το πάρουμε με βάση το τι ισχύει από τους

¹ Σημείωση: η συνέντευξη με τη Σ3 πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο 2019, πριν τεθεί σε ισχύ η νομοθετική ρύθμιση που προβλέπει τη χορήγηση ΠΑΑΥΠΑ και ΑΜΚΑ σε αιτούντες άσυλο.

νόμους της υγείας, οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να παρέχονται σε γλώσσα κατανοητή για τον εξυπηρετούμενο, οπότε ουσιαστικά είναι κάτι που θα έπρεπε να έχει το ίδιο το κράτος και όχι να το ζητάει από τον εξυπηρετούμενο. Οπότε σαν δυσκολία είναι ότι αρνούνται να εξυπηρετήσουν τον άνθρωπο γιατί δεν έχει διερμηνέα μαζί του και γι' αυτό το λόγο αρκετές φορές πραγματοποιούνται συνοδείες στα νοσοκομεία για να γίνει η διερμηνεία για να εξυπηρετηθεί ο άνθρωπος. Και παλιά υπήρχε πρόγραμμα συνοδών που πήγαινε κοινωνικός λειτουργός, κοινωνικός επιστήμονας, μαζί με διερμηνέα αντίστοιχα, φαρσί ή αραβικά κλπ, για να εξυπηρετηθεί το περιστατικό. Οπότε μία δυσκολία είναι αυτή. (Σ5)

Στην Hestia Hellas, οι εργαζόμενοι εντοπίζουν επίσης δυσκολίες στο κομμάτι της γλώσσας:

Η κύρια δυσκολία, με τον άμεσα ωφελούμενο είναι η δυσκολία της γλώσσας, όχι μόνο της κουλτούρας. Δε μπορούμε να συνεννοηθούμε ούτε καν στα αγγλικά. Οπότε μπαίνει ένας άλλος άνθρωπος ανάμεσά μας που δεν έχει την απαραίτητη εκπαίδευση για να βρίσκεται σε μία ψυχοθεραπευτική συνεδρία. Από το 2015 που ξεκίνησε όλο αυτό πιο έντονα οι άνθρωποι που έρχονται από τη Συρία, το Αφγανιστάν και κυρίως το Ιράκ - λιγότερο όταν έρχονται από Αφρική, όπως Κονγκό, Καμερούν που βρίσκονται σε πόλεμο ή από Αίγυπτο, Μαρόκο. Από τις 3 πρώτες δεν ήξεραν καν τη λέξη ψυχολόγος. Κάποιοι ήξεραν τον ψυχίατρο και αυτό ως «ο τρελογιατρός». Παρόλα αυτά και σχετικά γρήγορα, αναγκάστηκαν να συμμορφωθούν και να το καταλάβουν όλο αυτό. (Σ1)

3.5.4 Κουλτούρα

Το πολιτισμικό κομμάτι είναι ένας άλλος παράγοντας που αντιμετωπίζουν οι ΜΚΟ στο έργο τους:

Μετά η δυσκολία μπορεί να πει κανείς ότι είναι το πολιτισμικό κομμάτι που αν δεν το αντιληφθούμε δεν μπορούμε να βοηθήσουμε σωστά γιατί δεν ταιριάζει με τον δικό μας πολιτισμό. Δηλαδή το να αντιληφθούμε γιατί ο άνθρωπος που έρχεται εδώ, ο Σύριος, ο Ιρακινός και οποιοσδήποτε άλλος το έχει το χαρτάκι - το επίσημο έγγραφο από την αστυνομία ή από την

υπηρεσία ασύλου - σε χίλια δύο κομματάκια και το έχει στην τσέπη, το οποίο θα έχει βραχεί από τον ιδρώτα... Δεν μπορούμε να αντιληφθούμε γιατί γίνεται αυτό και πολλές φορές αυτό αν δεν το καταλαβαίνουμε μπορεί να προκαλέσει ένα θυμό, να λέει «μα καλά το χαρτί δεν μπορεί να προσέξει;» Όμως πρέπει να καταλάβουμε ότι δεν είχε ανάγκη αυτό το χαρτί στη χώρα του. Δεν είχε ποτέ ανάγκη να κυκλοφορήσει με ταυτότητα, δεν είχε ποτέ ανάγκη να βγάλει ΑΦΜ. Το να αντιληφθούμε λοιπόν ότι δεν είναι αμέλεια εκ μέρους του αλλά είναι άγνοια της σοβαρότητας αυτού του εγγράφου είναι πάρα πολύ σημαντικό γιατί έτσι θα μειωθούν οι εντάσεις και μεταξύ των εργαζομένων και των προσφύγων πρώτον και δεύτερον μπορούμε να είμαστε πιο αποτελεσματικοί στις πληροφορίες που δίνουμε. (Σ3)

Η δυσκολία προσαρμογής στην κουλτούρα του άλλου αναφέρεται και σε αυτή την περίπτωση:

Μία άλλη δυσκολία είναι η κουλτούρα. Παρόλα αυτά και πάλι έχουν αρχίσει και αλλάζουν. Παράδειγμα οι άντρες στις συνεδρίες δε με κοιτούν στα μάτια. Δε θα πω ότι ισχύει τόσο πολύ με τη χειραψία, αλλά τους είναι πιο εύκολο να μιλήσουν στον διερμηνέα. Πολλές φορές κάποια πράγματα που λέμε εμείς στη δουλειά μας δε γίνονται κατανοητά ούτε από τον διερμηνέα, ο οποίος αν είναι από την κοινότητα και έχει έρθει πρόσφατα, κουβαλάει τραύματα. Όπως τους είναι δύσκολο να παρακολουθήσουν τη συνεδρία. Το τρίτο θέμα είναι η έλλειψη πόρων για να γίνει σωστά η δουλειά και να έχουμε επαγγελματίες που ξέρουν να κάνουν αυτή τη δουλειά. Και η ύπαρξη εποπτείας. Να έχουμε χρήματα, να έχουμε σωστή εποπτεία για να λειτουργεί σωστά ο οργανισμός. (Σ1)

3.5.5 Κόπωση εργαζομένων

Η Σ3 κάνει ιδιαίτερη αναφορά στο πρόβλημα του burnout που παρατηρείται σε όσους εργαζόμενους εργάζονται στο πεδίο:

Το τρίτο που μπορώ να πω πολύ πολύ γρήγορα είναι το burnout. Επειδή όλοι μας ερχόμαστε σε επαφή συνεχόμενα με απίστευτα προβλήματα και με το τραύμα που αυτοί οι άνθρωποι φέρουν, έχουμε παρατηρήσει πάρα

πολλές φορές οι άνθρωποι να κάνουν *burnout*, οι εργαζόμενοι στο χώρο. Και δυστυχώς είτε θα κάνουν ένα εμφανές *burnout* είτε απλά για να προστατευθούν θα κατεβάσουν ένα τοίχο και ξαφνικά ακούς από επαγγελματίες του χώρου «μου λέει ψέματα», χωρίς όμως να έχει μπει στη διαδικασία να σκεφτεί αν όντως αυτός ο πρόσφυγας λέει ψέματα ή απλά προσπαθεί να καλύψει κάτι άλλο, ότι δεν αντιλαμβάνεται ή ότι δεν έχει αποκτήσει την εμπιστοσύνη μαζί σου κλπ. Είναι όμως τόσο κουρασμένος ο επαγγελματίας εκείνη την ώρα που δεν μπορεί να το κάνει. Άρα μπορεί να έχουμε ένα έμμεσο ή άμεσο *burnout* εκεί πέρα. (Σ3)

3.5.6 Έλλειψη χρηματοδοτήσεων

Για τον Σ4 οι δυσκολίες είναι κυρίως οι χρηματοδοτήσεις:

Το πιο σημαντικό πρόβλημα θα έλεγα ότι είναι η αστάθεια στις χρηματοδοτήσεις. Το Βαβέλ χρηματοδοτείται από τα προγράμματα στα οποία συμμετέχει και από το Υπουργείο Υγείας. Πολλά προγράμματα, με χαρακτηριστικό παράδειγμα ένα σε συνεργασία με τη UNICEF και άλλες οργανώσεις που έδινε έμφαση σε παιδιά και οικογένειες, έχουν ημερομηνία λήξης και δεν παίρνουν *extension*. Όταν τελείωσε το πρόγραμμα αυτό, π.χ. από το Βαβέλ αποχώρησαν 7 ψυχολόγοι, βάλε τα περιστατικά που έχει ο καθένας για να καταλάβεις το πλήγμα και για τους ωφελούμενους. Αυτή τη στιγμή το Βαβέλ δεν έχει τη δυνατότητα να παίρνει καινούρια περιστατικά, το *waitlist* είναι περίπου 2 μήνες. Προφανώς λοιπόν δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες που υπάρχουν από τους ωφελούμενους, λόγω της ανεπάρκειας *funds*. Αυτά τα ξαφνικά κλεισίματα και η ασυνέχεια υπονομεύουν σοβαρά το νόημα και την αποτελεσματικότητα της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. (Σ4)

3.5.7 Επιπρόσθετες δυσκολίες

Η Σ2 περιγράφει επιπλέον δυσκολίες που αφορούν σε ανάγκες πρώτου βαθμού από τη μεριά των ωφελούμενων:

Όταν κάποιος έχει βασικά προβλήματα όπως είναι να μην έχει σπίτι από εκεί προκύπτουν ακόμη περισσότερα προβλήματα, δηλαδή βιάζονται από τη μία πλευρά να βρουν μία δουλειά για να μπορέσουν να εξασφαλίσουν και

στέγη και όλα αυτά τα προς το ζην, αλλά μας δυσκολεύει πολύ το ότι δεν υπάρχουν διαθέσιμες θέσεις, το ότι ακόμη και για ευάλωτες περιπτώσεις είναι δύσκολο να βρεθεί κάτι. Και αν δεν λύσουν αυτά τα προβλήματα τους, δεν μπορούμε να προχωρήσουμε. Ή μπορεί να θέλουν ψυχολογική υποστήριξη καθαρά λόγω των προβλημάτων - είναι φυσιολογικό να μην είσαι καλά όταν δεν έχεις πού να κοιμηθείς και δεν αισθάνεσαι ασφάλεια, μένεις σε καταλήψεις. Άρα όλα προκύπτουν από πρακτικά θέματα. (Σ2)

3.6 Λόγοι άρνησης βοήθειας από την πλευρά των ωφελοούμενων

3.6.1 Αγνοια/Έλλειψη ενημέρωσης

Για τον Σ4 κανείς δεν επιλέγει να μην έχει πρόσβαση σε τέτοιες υπηρεσίες:

Κανένας άνθρωπος δεν επιλέγει την εξαίρεση του από υγειονομική περίθαλψη δίχως λόγο. Από την εμπειρία μου, η άρνηση αυτή μπορεί να οφείλεται κυρίως [...] στην έλλειψη ενημέρωσης από κρατικούς μηχανισμούς από τη στιγμή που κάποιος καταφθάνει στη χώρα ως προς την υγειονομική τους περίθαλψη - εδώ μιλάμε για δαιδαλώδη γραφειοκρατία και έλλειψη συντονισμού. Πρακτικά, οι γνώσεις του κάθε ωφελοούμενου σχετικά με τα δικαιώματα και την πρόσβαση του εξαρτάται από τους επαγγελματίες με τους οποίους έχει την τύχη να έρθει σε επαφή και τον συγκεκριμένο καταυλισμό που κατέφθασε. Για αυτούς που είχαν την τύχη να μη μείνουν καθόλου σε camp, παραδόξως η έλλειψη ενημέρωσης είναι ακόμη μεγαλύτερη φτάνοντας στην ενδοχώρα. (Σ4)

Το πρόβλημα της έλλειψης ενημέρωσης τονίζει και η Σ5:

Το ένα είναι ότι δεν είναι τόσο ότι αρνούνται, αλλά το ότι δεν ξέρουν τα δικαιώματα τους, πώς μπορούν να έχουν πρόσβαση στην υγεία. Ας πούμε πολλοί αγνοούν τον εμβολιασμό των παιδιών ή αγνοούν το ότι μπορεί να γίνει δωρεάν εξέταση για HIV και ηπατίτιδες και ακόμα πώς μεταδίδεται όλο αυτό κλπ. (Σ5)

3.6.2 Κουλτούρα

Ο Σ4 τονίζει την άγνοια ορισμένων πολιτισμών γύρω από το επάγγελμα του ψυχολόγου:

Στην περίπτωση της ψυχικής υγείας, αποτελεί taboo/στίγμα σε ορισμένες χώρες να βλέπει κανείς ψυχολόγο, όπως έχουμε ακούσει κατ'επανάληψη από κάποιους ωφελούμενους. Στους λόγους που οι ωφελούμενοι συναντούν δυσκολίες στην πρόσβασή τους στον τομέα της υγείας προσθέτει τα εξής: Πολλές φορές τα ραντεβού που κλείνουν σε νοσοκομεία είναι για 2, 3,4 μπορεί και 8 μήνες μετά... ακόμη και σε επείγουσες καταστάσεις...αν δεν το κινήσει προσωπικά ο κοινωνικός λειτουργός που σε στηρίζει τρέχα γύρευε. Γενικά πολλοί έχουν απηυδήσει και πηγαίνουν απλά σε ΜΚΟ, είτε MSF (Γιατροί Χωρίς Σύνορα) ή Γιατρούς του Κόσμου όταν χρειάζονται κάτι. (Σ4)

Από την μέχρι τώρα εμπειρία της στην Praksis, η Σ5 υποστηρίζει:

[...] Το άλλο έχει να κάνει λόγω του πολιτιστικού background και των διαφορών που υπάρχουν στην Ευρώπη και στις υπόλοιπες χώρες. Αλλά μετά από συζήτηση κλπ μπορεί να λυθεί. Ας πούμε μία γυναίκα μπορεί να μη δεχτεί να δει τον γυναικολόγο του πολυϊατρείου επειδή το θρήσκευμα μπαίνει στη μέση και όλα τα πρότυπα που έχουν (σε Αφγανιστάν, Ιράκ κλπ). Οπότε μπορεί να μη δεχτεί να συνεργαστεί με έναν άντρα ακριβώς γιατί είναι άλλα τα πρότυπα και οι θέσεις τους στις κοινωνίες τους. (Σ5)

Στη συνέχεια συμπληρώνει:

Μετά και πάλι άμα τους εξηγήσεις και δημιουργηθεί μία σχέση εμπιστοσύνης, γιατί είναι ένας άνθρωπος που εργάζεται χρόνια στο πολυϊατρείο, μπορούν να το ξεπεράσουν αυτό το εμπόδιο. Ή πολλές φορές επίσης έχουν αρνηθεί να λάβουν την εξυπηρέτηση γιατί έχει να κάνει σε περιόδους ραμαζανιού. Εκείνη την περίοδο υποφέρουν γιατί μπορεί να είναι κάποιες γιαγιάδες μεγάλης ηλικίας και να πρέπει να δουν γιατρό αλλά ακριβώς επειδή δεν πρέπει να μετακινούνται, να πίνουν νερό, να κάνουν κάτι, μπορεί να αρρωστήσουν και να μη μπορέσουν να λάβουν την αγωγή τους ή να κάνουν κάτι παραπάνω. Οπότε

θεωρώ ότι έχει να κάνει κυρίως με την κουλτούρα τους και μετά το ότι δεν γνωρίζουν ποια είναι ακριβώς τα δικαιώματά τους. Υπάρχει ένα τέτοιο ποσοστό που μέσα από μία συνεχή ενημέρωση κλπ μπορεί να μειωθεί. (Σ5)

3.6.3 Λανθασμένοι χειρισμοί από επαγγελματίες υγείας

Στην Hestia Hellas το πρόβλημα ερμηνεύεται από μία άλλη σκοπιά:

Υπάρχουν δυσκολίες από την άλλη πλευρά. Δηλαδή να μην θέλουν να τους εξυπηρετήσουν, να θέλουν να μιλάνε ελληνικά και όχι αγγλικά. Αλλά από τους πρόσφυγες όταν έχουν κάποια ανάγκη όχι, το ζητάνε. Υπάρχει μεγάλη ανάγκη για ψυχιατρική υποστήριξη. Υπάρχει πρόβλημα γιατί δεν υπάρχουν πολλές οργανώσεις που προσφέρουν αυτή τη δυνατότητα και στο ΕΣΥ. Μόνο σε κάποιο νοσοκομείο πάλι με τον τρόπο που γνωρίζουμε όλοι: να επικοινωνήσουμε για κάποιο ραντεβού που μπορεί να είναι πολύ αργά και πάλι θα πρέπει να κανονίσουμε διερμηνεία. Οπότε όχι από τους ανθρώπους αυτούς τόσο, αλλά την άλλη πλευρά. (Σ2)

Ο Σ4 υποστηρίζει κι εκείνος πως πολλά περιστατικά οφείλονται στον λανθασμένο χειρισμό των επαγγελματιών του χώρου:

[...] στις κακές εμπειρίες ωφελομένων με επαγγελματίες είτε λόγω έλλειψης χρόνου, μη σεβασμό της ιδιαιτερότητας του εκάστοτε πρόσφυγα, παραβίασης του χώρου τους. Για παράδειγμα, τα θύματα βασανιστηρίων χρήζουν επιπρόσθετης και διαφορετικής ψυχοκοινωνικής στήριξης. (Σ4)

3.6.4 Ενδοοικογενειακά προβλήματα

Τέλος, η Σ3 βάσει εμπειρίας παραθέτει το εξής παράδειγμα ως προς την άρνηση ωφελομένων να εξυπηρετηθούν:

Έχουμε διαπιστώσει εδώ πέρα επιτυχημένο παράδειγμα που νομίζω ότι μπορούν να γίνει και αντιπροσωπευτικό. Έχουμε οικογένεια που υποψιαζόμαστε ενδοοικογενειακή βία: λεκτική στη μαμά, σωματική στα παιδιά. Ο μπαμπάς είναι υπερβολικά θυμώδης και επιθετικός. Έχει μάλιστα μια διακύμανση συμπεριφοράς. Θα μπορούσε δηλαδή να χαρακτηριστεί και διπολική η συμπεριφορά του. Υπάρχουν οργανώσεις που αυτή τη στιγμή

τους έχουν απορρίψει από το να τους εξυπηρετούν εξαιτίας της επιθετικής συμπεριφοράς του μπαμπά γιατί οι διερμηνείς δεν νιώθουν ασφαλείς όταν είναι κοντά του. Έτσι λοιπόν στο συγκεκριμένο μπαμπά προτείναμε - για να βοηθήσουμε και εμείς την οικογένεια - και είπαμε να του κλείσουμε ένα ραντεβού και με έναν ψυχολόγο, το οποίο δρομολογήσαμε. Ο ψυχολόγος μίλησε μαζί μας για άλλη οργάνωση. Στη συγκεκριμένη περίπτωση κλείσαμε τα ραντεβού με τον ψυχολόγο, με την ΜΚΟ που παρέχει τους ψυχολόγους. Εκείνη έκανε την επικοινωνία δύο φορές μαζί του. Κλείστηκε ραντεβού στο οποίο ποτέ δεν εμφανίστηκε. (Σ3)

3.7 Προτεινόμενες αλλαγές από την πλευρά των ΜΚΟ

Το ερώτημα που τέθηκε στους συμμετέχοντες στην έρευνα αφορούσε στο τί πρέπει να αλλάξει μέσα στις ίδιες τις οργανώσεις ώστε το έργο τους να γίνει πιο αποτελεσματικό και να έχει μεγαλύτερη απήχηση στις ομάδες - στόχους.

3.7.1 Διερμηνεία

Η Σ5 δίνει έμφαση στη σημασία της διερμηνείας:

Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει αυτή η διερμηνεία, να είναι ανοιχτός ο διάλογος και προσπαθήσεις να μπει στη θέση του άλλου, να του εξηγήσεις όλα αυτά με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος. Δηλαδή νομίζω ότι όποτε αυτό υπάρχει, κάπως έτσι έρχεται η επιτυχία, το να καταφέρεις κάτι, το να μπορέσεις να καταλάβεις τον άλλο και να του το εξηγήσεις σε γλώσσα κατανοητή το τι δικαιούται να κάνει και αντίστοιχα και ποιες υποχρεώσεις έχει στη νέα χώρα που έχει έρθει. (Σ5)

3.7.2 Ενημέρωση

Η Σ5 αναφέρεται επίσης στη σημασία της ενημέρωσης:

[...]δεν θεωρώ ότι πρέπει να αλλάξει κάτι - σίγουρα να συνεχίσει να υπάρχει πολλή ενημέρωση δηλαδή να υπάρχουν καμπάνιες ενημέρωσης, να υπάρχουν οι πλατφόρμες που υπάρχουν στο ίντερνετ και ενημερώνονται για τις δράσεις όλων των οργανώσεων όπως το ACCMR. Να υπάρχει

ενημέρωση και δικτύωση ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ομάδων - στόχων και να καταλαβαίνουν πού μπορούν να απευθυνθούν για κάθε υπηρεσία που θέλουν. Όπως θα ήταν χρήσιμο να ακούγεται γενικότερα και η δική τους φωνή, να βλέπουμε τις δικές τους ανάγκες, να υπάρχει κατανόηση και συνεργασία μαζί τους. (Σ5)

Η ενημέρωση είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας και για τον Σ4:

Πρώτα απ' όλα οι παρεμβάσεις θα πρέπει να είναι συμμετοχικές, δηλαδή να λαμβάνουν υπόψη τη γνώμη των ανθρώπων για τους οποίους γίνονται οι παρεμβάσεις. Η εξάλειψη της φωνής του πρόσφυγα σε ό,τι αφορά τις παροχές γι' αυτούς είναι δια-ιστορικό και παγκόσμιο φαινόμενο. Οι ωφελοούμενοι πρέπει να γνωρίζουν ακριβώς σε τι διαδικασία μπαίνουν, και να τους επεξηγείται επακριβώς ο ρόλος του κάθε επαγγελματία με τον οποίο έρχονται σε επαφή - άρα δεν παίρνουμε τίποτα ως δεδομένο. Πρέπει επίσης να σπάσουν τα δίπολα παντοδύναμος-ευάλωτος, γιατρός-ασθενής, καλός-κακός, εγώ ξέρω-εσύ δεν ξέρεις. Στο παρόν σύστημα η ευαλωτότητα εργαλειοποιείται και έχει καταστεί το δυνατότερο, ίσως το μόνο όπλο, ώστε να αποκτήσει κανείς πρόσβαση στα πλέον στοιχειώδη δικαιώματά του. (Σ4)

3.7.3 Συντονισμός ανάμεσα σε οργανώσεις και κράτος

Ο Σ4 στέκεται και στη σωστή συνεργασία και επικοινωνία που οφείλει να υπάρχει μεταξύ των ΜΚΟ και της πολιτείας:

Έμφαση, λοιπόν, από αυτά τα προγράμματα πρέπει να δίνεται εξίσου στην ανθεκτικότητα και την ανάπτυξη των ανθρώπων από τις αντιξοότητες που υπέστησαν, και όχι η διαιώνιση των αδυναμιών τους. Ο συντονισμός ανάμεσα σε οργανώσεις και η κοινή πόρευση πρέπει να βελτιωθεί. Όλες οι οργανώσεις οφείλουν να ενημερώνουν και να ενημερώνονται, να αποφεύγουν τον ανταγωνισμό, και να δρουν πάντα με γνώμονα τους ανθρώπους που στηρίζουν. Το ίδιο ισχύει και με τους κρατικούς φορείς, με τους οποίους συχνά δεν υπάρχει διάυλος επικοινωνίας με αποτέλεσμα πολλές προτάσεις για την καλύτερευση των συνθηκών να πέφτουν στο κενό. Τέλος, τα προγράμματα αυτά έχουν ημερομηνία λήξης, συχνά θέτουν

μη ρεαλιστικούς στόχους με βάση τα χρονοδιαγράμματά τους, ενώ οι επαγγελματίες εργάζονται σε επισφαλείς συνθήκες, μη γνωρίζοντας αν και πώς η σύμβασή τους θα ανανεωθεί. (Σ4)

3.8. Ο ρόλος της πολιτείας

Κατά την άποψη του Σ4 το πρόβλημα της μη συμμετοχής της πολιτείας εν γένει στα ζητήματα προσφυγικών και μεταναστευτικών κρίσεων έχει ξεκινήσει εδώ και αρκετά χρόνια:

Δυστυχώς το λάθος ξεκίνησε το 2015 και δεν έχει διορθωθεί. Χρησιμοποιώντας ως δικαιολογία τον όρο «κρίση», δεν χτίστηκε ποτέ στην Ελλάδα πολιτική ένταξης, αφού η λογική αρκέστηκε στο ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε transit και δεν θέλουν να μείνουν στην Ελλάδα. Η διαρκής πρόφαση του επείγοντος καθιστά τις απάνθρωπες και μίζερες συνθήκες φυσιολογικές. Εάν επιτέλους η μη-απόφαση της ΕΕ για το προσφυγικό γίνει αντιληπτή και αποδεχτούμε ότι καλούμαστε να προετοιμάσουμε την κοινωνία μας για μια εποικοδομητική συνύπαρξη, τότε ίσως και να δημιουργηθεί πολιτική ένταξης. Αυτή τη στιγμή η πολιτεία όχι μόνο δε διευκολύνει αυτή την προσπάθεια, αλλά τη δυσχεραίνει, στερώντας από τους αιτούντες άσυλο την πρόσβαση στην υγεία, αρνούμενη να συνεργαστεί και να επικοινωνήσει με οργανώσεις του πεδίου, και αυξάνοντας την ξеноφοβία μέσω του δημοσίου λόγου εκλεγμένων υπουργών της. Δυστυχώς αυτό είναι μέρος της στρατηγικής της απόθησης: αντί να επενδύσουμε στην ένταξη, επενδύουμε στη χειροτέρευση των συνθηκών διαβίωσης ώστε η Ελλάδα να γίνει φόβος και τρόμος για τους πρόσφυγες. (Σ4)

3.8.1 Χρηματοδοτήσεις

Η Σ1 επικεντρώνεται κυρίως στην έλλειψη παραχώρησης πόρων από την πλευρά της πολιτείας:

Να μαζέψει τους πόρους σε ένα υπουργείο και να διαμοιραστούν μετά στις οργανώσεις ή να προσλάβει κόσμο στο ίδιο υπουργείο. Να κάνουν κάτι για τα

σύνορα, να βοηθήσουν να φτιαχτεί η κατάσταση στη δική τους χώρα και να βοηθήσουν τις γυναίκες από το Αφγανιστάν που η ζωή τους είναι ανυπόφορη. Τις γυναίκες μετανάστριες τις αντιμετωπίζουμε καλύτερα, αλλά στη χώρα τους είναι χειρότερα. Ένα χρόνο πριν υπήρχε σύγκρουση μεταξύ Αφγανών και Σύριων διότι έλεγαν πως οι Αφγανοί δεν είναι σε πόλεμο, ενώ πιο πολύ βεβαρημένοι είναι οι Αφγανοί. Ωστόσο οι Σύριοι αντιμετωπίζονται διαφορετικά γιατί είναι πιο πρόσφατος ο πόλεμος. Υπήρχαν άλλοι πόροι για τους Σύριους. Υπήρχε το πρόγραμμα του relocation και της επανένωσης που ήταν πιο εύκολο για εκείνους. Οπότε αυτό έφερνε πολλές συγκρούσεις μεταξύ τους. Η πολιτεία θα μπορούσε να κάνει πολλά. (Σ1)

3.8.2 Διερμηνεία

Η Σ2 αναφέρεται στο θέμα της γλώσσας:

Θα μπορούσε να έχει διαθέσιμους διερμηνείς. Έχουμε και παράδειγμα μία γαλλόφωνη κοπέλα η οποία έχει δύο εβδομάδες πυρετό και έφτασε να πάει στα επείγοντα νοσοκομείου αλλά κανείς δεν μπορούσε να επικοινωνήσει μαζί της και γύρισε πίσω και συνεχίζει να έχει πυρετό. Και για τους Έλληνες είναι πολύ δύσκολο, φαντάσου να μη μιλάς καν τη γλώσσα ακόμη και αν υποφέρεις και αν πέφτεις κάτω. (Σ2)

3.8.3 Τεχνολογικές προτάσεις

Επίσης, ίσως θα ήταν ωφέλιμο να υπάρχει μία σελίδα, πως υπάρχει για εμάς τους Έλληνες να κλείσουμε διαδικτυακά ραντεβού με ΑΜΚΑ, αλλά να υπάρχει και σε άλλες γλώσσες – φαρσί, αραβικά, γαλλικά - οπότε να πατάνε και να κλείνουν μόνοι τους το ραντεβού οπότε φεύγει και φόρτος εργασίας για εμάς και εκείνοι αισθάνονται ότι μπορούν να ενταχθούν γιατί έχουν τη δυνατότητα, είναι στο χέρι τους να κλείσουν το ραντεβού. Αλλά μετά αυτό δεν σημαίνει ότι θα έχουν διερμηνεία όταν θα πάνε. (Σ2)

3.8.4 Συνεργασία

Η Σ5 αναφέρεται κυρίως στις έννοιες της συνεργασίας και της κατανόησης:

Η πολιτεία γενικότερα πρέπει να πάρει από τις δράσεις και από την εμπειρία των οργανώσεων. Δηλαδή, να δει το παράδειγμα των οργανώσεων και των πρακτικών που ακολουθούν και να συνεργαστεί έτσι μαζί τους ώστε να μπορέσει να βελτιωθεί η πρόσβαση των ανθρώπων στην υγεία και σε όποιον άλλον τομέα για την πραγματικότητα που ζουν στην Ελλάδα, να τηρεί τις ευρωπαϊκές οδηγίες και να μην τους αποκλείει γενικότερα. Επίσης με τις συνθήκες που επικρατούν στα νησιά κλπ... πρέπει να πάρει καλύτερα μέτρα και να δημιουργήσει χώρους για όσα άτομα σκοπεύουν να μείνουν εδώ πέρα. Να υπάρχει συνεργασία, κατανόηση, γιατί και αυτοί άνθρωποι είναι. Δεν πρέπει να ξεχνούν ότι επειδή δεν είναι Έλληνες δεν είναι άνθρωποι, ότι για κάποιο λόγο έφυγαν για να είναι εδώ πέρα. Δεν το επέλεξαν. Πολλοί από αυτούς έχουν εγκλωβιστεί στην Ελλάδα, αλλά από εκεί και πέρα έχουν δικαίωμα για την υγεία και για πολλά άλλα. (Σ5)

Συμπεράσματα

Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε ο ρόλος των ελληνικών ΜΚΟ στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και πρόσφυγες μέσα από βιβλιογραφική έρευνα, αλλά και από συνεντεύξεις με εργαζόμενους σε ΜΚΟ. Από τον συνδυασμό των δύο αυτών μεθόδων μπορούμε να καταλήξουμε σε ορισμένα συμπεράσματα για το υπό μελέτη ζητούμενο.

Όπως προκύπτει από την ελληνική και τη διεθνή βιβλιογραφία, αλλά και από τις συνεντεύξεις, οι ΜΚΟ υποκαθιστούν το κράτος και αναλαμβάνουν οι ίδιες την κρατική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε ομάδες όπως οι πρόσφυγες και οι μετανάστες. Καθώς τα εμπόδια γι' αυτούς τους ανθρώπους είναι πολλά – όσον αφορά το θεσμικό πλαίσιο της χώρας μας – οι ΜΚΟ παίρνουν το ρόλο του «σωτήρα» και προσφέρουν οι ίδιες την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που θα έπρεπε ο κρατικός μηχανισμός να παρέχει. Οι υπηρεσίες τους αφορούν τόσο τη ψυχική όσο και τη σωματική υγεία και οι πρόσφυγες και οι μετανάστες έχουν τη δυνατότητα να εξυπηρετηθούν γύρω από όποιο πρόβλημα υγείας προκύψει.

Ωστόσο, είναι γεγονός πως η έλλειψη ενημέρωσης ως προς τα δικαιώματά τους, το διαφορετικό πολιτισμικό τους υπόβαθρο, οι αρνητικές εμπειρίες που έχουν βιώσει από επαγγελματίες του χώρου και η έλλειψη διερμηνέων αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες για τους οποίους οι πρόσφυγες και οι μετανάστες δυσκολεύονται να εξυπηρετηθούν από το σύστημα υγείας της χώρας.

Οι ίδιες οι ΜΚΟ αντιμετωπίζουν εξίσου προβλήματα είτε λόγω ελλειπών ή μικρής χρηματοδότησης, είτε λόγω γραφειοκρατίας και νομικών κωλυμάτων, είτε ακόμα και λόγω έλλειψης διερμηνέων και για τους ίδιους στην προσπάθειά τους να εξυπηρετήσουν τους ωφελούμενους. Η διαφορετική κουλτούρα των εξυπηρετούμενων πρέπει να γίνει κατανοητή και από τους ίδιους τους επαγγελματίες των ΜΚΟ, ώστε να μπορέσουν να προσφέρουν τα βέλτιστα στις ομάδες αυτές.

Η πολιτεία παίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια των ΜΚΟ να διευκολύνουν την πρόσβαση των ενδιαφερομένων στο σύστημα υγείας και να τους προσφέρουν - στο βαθμό που μπορούν – υπηρεσίες υγείας. Κύριο ρόλο παίζουν οι πόροι που (πρέπει να) διανέμονται στα εκάστοτε προγράμματα στήριξης μεταναστών και προσφύγων. Και πάλι εντοπίζουμε το κομμάτι της διερμηνείας και σε αυτή την κατηγορία, καθώς, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες στην έρευνα, το κράτος οφείλει

να παρέχει διερμηνείς, αφού η πληροφόρηση γύρω από την υγεία βάσει νόμου πρέπει να γίνεται σε γλώσσα κατανοητή για τον ωφελούμενο. Μία πρόταση είναι η δυνατότητα πρόσβασης μέσω διαδικτύου σε κατάλληλη πλατφόρμα από όπου οι εξυπηρετούμενοι θα έχουν τη δυνατότητα να κλείνουν οι ίδιοι τα ραντεβού τους και οι ιστοσελίδες αυτές θα παρέχονται και σε άλλες γλώσσες, πέραν των ελληνικών (για παράδειγμα, στην αραβική). Επιπρόσθετα, η πολιτεία οφείλει να παραδειγματιστεί από την εμπειρία και το έργο των ΜΚΟ και να συνεργαστεί μαζί τους για ένα καλύτερο αποτέλεσμα. Το κράτος πρέπει να εφαρμόσει πολιτικές ένταξης των προσφύγων και των μεταναστών και να αποφύγει λάθη του παρελθόντος.

Ωστόσο, δεν αρκεί μόνο η προσπάθεια από την πλευρά της πολιτείας, αλλά εξίσου σημαντική είναι και η προσπάθεια που πρέπει να γίνει και από τις ίδιες τις ΜΚΟ ώστε να διευκολυνθεί το έργο τους και τα προγράμματά τους να έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στις ομάδες – στόχους. Το κομμάτι της ανάγκης για διερμηνεία και ενημέρωση προς τους ωφελούμενους εμφανίζεται και σε αυτή την περίπτωση, καθώς κρίνεται απαραίτητο για τη διευκόλυνση των ενδιαφερόμενων. Σημαντική, φυσικά, είναι η ομαλή συνεργασία μεταξύ πολιτείας και ΜΚΟ, αλλά και η προσπάθεια πλήρους κατανόησης των αναγκών των εξυπηρετούμενων. Τέλος, η συνεργασία μεταξύ των ΜΚΟ και η κοινή τους πόρευση είναι ένας ακόμα παράγοντας που θα μπορέσει να βελτιώσει τον έργο αυτών των οργανώσεων.

Επίλογος

Η παρούσα εργασία ανέδειξε τον πολύ σημαντικό ρόλο των ΜΚΟ στην εξυπηρέτηση των μεταναστών και των προσφύγων στον τομέα της υγείας, οι οποίες μάλιστα πλέον λειτουργούν επικουρικά με το κράτος ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας. Είναι γεγονός πως οι ελληνικές κυβερνήσεις, ήδη από τη δεκαετία του '90 αδυνατούν να εφαρμόσουν πολιτικές ένταξης των υπό συζήτηση ομάδων, με αποτέλεσμα να υπάρχουν πολλά «κενά» στο σύστημα της χώρας, όχι μόνο στο επίπεδο της υγείας, αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο.

Στα πλαίσια της διαδικασίας ένταξης των μεταναστών και των προσφύγων στον κοινωνικό ιστό μιας χώρας, οι ομάδες αυτές έρχονται αντιμέτωπες με διάφορες δυσκολίες, μεταξύ αυτών και η περιορισμένη πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Ο ρόλος της πολιτείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός ως προς την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνουν οι άνθρωποι αυτοί και ως προς τη βελτίωση της προσβασιμότητάς τους στις υπηρεσίες υγείας.

Οι άξονες γύρω από τους οποίους οφείλει να κινηθεί το κράτος είναι οι εξής: αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, διασύνδεση των ΜΚΟ με τις υπηρεσίες υγείας, χρήση ηλεκτρονικών υπηρεσιών για την καταγραφή των ωφελούμενων και παράλληλη μείωση της γραφειοκρατίας και ορθή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, αλλά και η ταυτόχρονη ενημέρωση των ωφελούμενων για τα δικαιώματά και τις υποχρεώσεις τους ως προς την πρόσβασή τους στην υγεία. Όπως έχει τονιστεί ήδη αρκετές φορές, πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση και στον παράγοντα «επικοινωνία», καθώς αποτελεί το Α και το Ω στην όποια προσπάθεια ένταξης μεταναστευτικών πληθυσμών. Οι διερμηνείς και οι διαπολιτισμικοί μεσολαβητές αποτελούν την καλύτερη λύση στο ζήτημα αυτό (Αναστόπουλος κ.ά., 2013: 237-238).

Καθώς η υγεία δε σχετίζεται μόνο με βιολογικούς παράγοντες ή με το βαθμό πρόσβασης στο σύστημα υγείας, αλλά πρωτίστως με κοινωνικοοικονομικές, περιβαλλοντικές και πολιτικές επιδράσεις στη ζωή ενός ανθρώπου, είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό πως λύση αποτελεί, αφενός η αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας, αφετέρου όμως θα πρέπει να γίνουν ταυτόχρονες παρεμβάσεις οι οποίες θα εστιάζουν στην παράλληλη κάλυψη περαιτέρω αναγκών του ανθρώπου. Η πρόσβαση στην εκπαίδευση και στην αγορά εργασίας, οι ασφαλείς συνθήκες εργασίας, η

συμμετοχή στο κοινωνικοπολιτικό γίγνεσθαι και οι αξιοπρεπείς συνθήκες στέγασης πρέπει να αποτελέσουν προτεραιότητα στην προσπάθεια ενσωμάτωσης των μεταναστευτικών και προσφυγικών πληθυσμών στη χώρα (Ρετινιώτη & Μάντζιου, 2010: 19).

Από την παρούσα έρευνα προκύπτει η ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης των εξής ζητημάτων:

- Η διεξοδικότερη μελέτη των παραγόντων που αποτελούν εμπόδιο για την πρόσβαση των κοινωνικά αποκλεισμένων στον τομέα της υγείας και η διερεύνηση τρόπων με τους οποίους οι ίδιες αυτές οι ομάδες θα μπορέσουν να συμμετέχουν στη διαδικασία της διευκόλυνσης της πρόσβασής τους μέσω της ανάπτυξης διαφόρων δεξιοτήτων.
- Η εξέταση της επίδρασης της κουλτούρας του κάθε λαού στην προσπάθεια για κοινωνική του ενσωμάτωση και, κατ' επέκταση, για την πρόσβασή του στον τομέα της υγείας.

Πηγές-Βιβλιογραφία

Πηγές

A΄ Νόμοι

Νόμος 4636/2019

Νόμος 2955/2001

Νόμος 4368/2016 (Α΄ 21)

B΄ Ιστοσελίδες

Ανθρωπιστική Πρωτοβουλία ΓΕΦΥΡΕΣ <https://www.bridges.org.gr> [τελευταία πρόσβαση στις 24/03/2020]

Βαβέλ <https://babeldc.gr/> [τελευταία πρόσβαση στις 24/03/2020]

Hestia Hellas <https://www.hestiahellas.org/> [τελευταία πρόσβαση στις 24/03/2020]

Operational Data Portal – UNHCR (2020). *Mediterranean Situation*.
<https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean/location/5179> [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Prakis <https://www.praksis.gr/el/> [τελευταία πρόσβαση στις 24/03/2020]

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Αλεξιάδης, Α.Δ. (2000). *Η προστασία του νοσοκομειακού ασθενούς*. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής. 17 (1). 101-108. Ανακτήθηκε από: <http://www.mednet.gr/archives/2000-1/pdf/101.pdf> [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Αναστόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Ζήκος, Δ., Κούλη, Ε., Σίσκου, Ό., Λεμονίδου, Χ., Καϊτελίδου, Δ., (2013). Η προσβασιμότητα και η χρήση υπηρεσιών υγείας μεταναστών Αλβανικής καταγωγής στην Ελλάδα. *Νοσηλεία και Έρευνα*. 37. 7 (3). 230-240. Αθήνα: Εταιρία Νοσηλευτικών Σπουδών. Ανακτήθηκε από: <https://journal.nursingstudies.gr/index.php/ncar-el/article/view/33> [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Αναστόπουλος, Γ. (2014). *Πρόσβαση και Χρήση των Υπηρεσιών Υγείας από τους Μετανάστες στην Ελλάδα. Οικονομικά Δεδομένα Χρήσης Δευτεροβάθμιας Υπηρεσίας Υγείας*. Αθήνα: Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Αμίτσης, Γ., Λαζαρίδη, Γ. (επιμ.) (2001). *Νομικές και κοινωνικοπολιτικές διαστάσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα*, 1η έκδ., Αθήνα : Παπαζήσης

Γιατροί του Κόσμου (2010). *Ευπαθείς Κοινωνικές Ομάδες. Δικαιώματα – Υποχρεώσεις*. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Ανακτήθηκε από: https://dasta.auth.gr/uploaded_files/635188178697137429.pdf [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (2010). *Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου*. Ανακτήθηκε από: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ELL.pdf [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Ιωσηφίδης Θ. (2008). *Ποιοτικές Μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα, ΚΡΙΤΙΚΗ.

Καψάλης, Α. (2004). *Μετανάστες – Υγεία και Κοινωνικός Αποκλεισμός*. Ενημέρωση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ. (112). σελ. 14-69

Κυριαζή, Ν. (2011). *Η κοινωνιολογική έρευνα : Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Αθήνα: Πεδίο

Cohen, L., Manion, L., Morrison, K. (2008). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Λυδάκη, Α. (2012). *Ποιοτικές μέθοδοι της κοινωνικής έρευνας*. Αθήνα: Καστανιώτης

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

MigHealthnet (2009). *Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη*. Αθήνα: Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Οικονόμου, Χ., Φερώνας, Α. (επιμ.) (2006). *Οι εκτός των τειχών: Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες* (Συλλογικό έργο). 1η έκδ. Αθήνα: Διόνικος

Οικονόμου, Χ., (2012). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων. (7). Ανακτήθηκε από: <https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/report7.pdf> [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (1966). *Διεθνές Σύμφωνο για τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα*. Ανακτήθηκε από: https://www.unric.org/el/index.php?option=com_content&view=article&id=26231 [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Παναγιωτίδου, Ε. (2006). *Εταιρική σχέση κράτους – κοινωνίας πολιτών. Προς ένα μοντέλο διακυβέρνησης. Το παράδειγμα της ελληνικής αναπτυξιακής συνεργασίας &*

βοήθειας. Πρόγραμμα αναπτυξιακών σπουδών «Κράτος και Δημόσια Πολιτική». Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης & Δημόσιας Διοίκησης Πανεπιστημίου Αθηνών.

Παπαγεωργίου Γ. (1998). *Μέθοδοι στην Κοινωνιολογική Έρευνα*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Παπαδοπούλου, Δ. (2012). *Κοινωνιολογία του αποκλεισμού στην εποχή της παγκοσμιοποίησης*. Αθήνα: Τόπος

Ρετινιώτη, Α., Μάντζιου, Ι. (2010). *Η πρόσβαση των φτωχών και κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων που ζουν στο κέντρο της Αθήνας, στους τομείς της υγείας, της εκπαίδευσης και της εργασίας*. Αθήνα: Γιατροί του Κόσμου. Ανακτήθηκε από: <https://mdmgreece.gr/app/uploads/2014/10/2010-Research-Study-en.pdf> [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Robson, C. (2010). *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου: Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές*. 2η έκδ. Αθήνα: Gutenberg

Στραβοσκούφης, Θ. (2006). Κοινωνική Ανάπτυξη, Κοινωνία Πολιτών και ΜΚΟ. Ένας Διαδραστικός Θεσμικός Μηχανισμός. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 120(120), 93-133. Ανακτήθηκε από: <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/ekke/article/viewFile/9500/9690.pdf> [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Σωτηρόπουλος, Δ. (2017). Το διπρόσωπο κεφάλι του Ιανού: η κοινωνία πολιτών στην Ελλάδα πριν και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. *Ελληνική Επιθεώρηση Πολιτικής Επιστήμης*, 42, 11-35

Τερζούδης, Σ., Μπογιατζίδης, Π., Κωσταγιόλας, Π. (2017). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους μετανάστες κατά την υποδοχή τους στην Ελλάδα. Σχεδιασμός αυτής σε πολυϊατρείο μη κυβερνητικής οργάνωσης. *Archives of Hellenic Medicine*, 34 (1). 113-122. Ανακτήθηκε από: <http://www.mednet.gr/archives/2017-1/pdf/113.pdf> [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Τσιάκαλος, Γ. (2007). Κοινωνικός αποκλεισμός: Ορισμοί, πλαίσιο και σημασία. Στο Κασσιμάτη, Κ. (επιμ.) *Κοινωνικός Αποκλεισμός. Η Ελληνική Εμπειρία*. (συλλ.). Αθήνα: Gutenberg

Τριανταφυλλίδου Α., Μαρούκης Θ. (επιμ.) (2010). *Η Μετανάστευση στην Ελλάδα του 21ου αιώνα*. Αθήνα: Κριτική

Τσιώλης, Γ. (2013). Η σχέση ποιοτικής και ποσοτικής προσέγγισης στην κοινωνική έρευνα: από τη θέση περί «ριζικής ασυμβατότητας» στο συνδυασμό ή τη συμπληρωματικότητα των προσεγγίσεων, στο Πουρκός Μ. (επιμ.). *Δυνατότητες και όρια της μείξης των μεθοδολογιών στην κοινωνική και εκπαιδευτική έρευνα*. Αθήνα: Ίων, 271-292

Φούσκας, Θ., Οικονόμου, Χ., Σακελλαρόπουλος, Θ., Βαρσαμίδης, Κ. (2014). «Ανθυγιεινή» ένταξη: Ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες στην Ελλάδα και προτάσεις πολιτικής για την άρση τους. *Νοσηλεία και Έρευνα*, 40(3): 214-235.

Φούσκας, Θ., Οικονόμου, Χ. (2011) Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Η ανάδυση μιας διακριτικής πρακτικής. Στο Μαγριπλής, Δ. (επιμ.). *Πολιτισμός και διαφορετικότητα: Εμείς και οι άλλοι*. Θεσσαλονίκη: Σταμούλης Αντώνιος

Χάρτης Των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων Της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2010). *Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης*. Ανακτήθηκε από: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0389:0403:EL:PDF> [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Χρυσόγονος, Κ. (2006), *Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα*. 3η έκδ. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη

Ξενόγλωσση

Anastopoulos, G., Kaitelidou, D., Galanis, P., Siskou, O., Theodorou, M., Kouli, E., Tsavalias, K. (2014). The Knowledge and Use of Health Services in Greece by Immigrants, στο Fouskas, T., *Contemporary Immigration in Greece: A Sourcebook*. Athens: European Public Law Organization (EPLO) Publications

Baldwin-Edwards, M. (2002). Immigration and the Welfare State: A European Challenge to American Mythology, *MMO*, Working Paper No. 4. Ανακτήθηκε από: http://www.antigone.gr/files/en/library/selected-publications-on-migration-and-asylum/eu/Immigration_and_the_Welfare_State_v4.pdf [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Baldwin-Edwards, M. (2008). *Immigrants in Greece: Characteristics and Issues of Regional Distribution*. Ανακτήθηκε από: https://ketlib.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/ket/1117/MMO_WP10.pdf?sequence=2&isAllowed=y [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Ben Farhat, J., Blanchet, K., Juul Bjertrup, P., Veizis, A., Perrin, C., Coulborn, R. M., Mayaud, P. & Cohuet, S. (2018). Syrian refugees in Greece: experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece. *BMC Med* 16, 40, pp. 1-12. Ανακτήθηκε από: <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1028-4> [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Burchardt, T. (2000). Social exclusion: concepts and evidence. In Gordon, D., Townsend, P. (eds) *Breadline Europe: The measurement of Poverty*. Great Britain: The Policy Press

Cavounidis, J. (2002). Migration in Southern Europe and the Case of Greece. *International Migration*, vol. 40 (1), Blackwell Publishers Ltd., London, σ. 45-70

Cholezas, I., Tsakoglou, P. (2008). The Economic Impact of Immigration in Greece: Taking Stock of the Existing Evidence. *Journal of Southeast European and Black Sea Studies*. 77-104. Ανακτήθηκε από: <https://www.iza.org/publications/dp/3754/the->

economic-impact-of-immigration-in-greece-taking-stock-of-the-existing-evidence
[τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Council of Europe (1997). *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*. Ανακτήθηκε από:
<https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168007cf98> [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Fakiolas, R. (2003). Regularising undocumented immigrants in Greece: Procedures and effects. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 29, 3, pp. 535-561. Ανακτήθηκε από: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691830305614> [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Fouskas, T. (2018). Repercussions of precarious employment on migrants' perceptions of healthcare in Greece. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, Vol. 11 Issue: 4, pp.298-311, Ανακτήθηκε από: <https://doi.org/10.1108/IJHRH-01-2018-0010> [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Frangonikolopoulos, C. (2014). Politics, the Media and NGOs: The Greek Experience. *Perspectives on European Politics and Society*, 15(4), 1-14. Ανακτήθηκε από:https://eclass.uop.gr/modules/document/file.php/PEDIS380/Politics%20the%20Media%20and%20NGOs_Frangonikolopoulos.pdf [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Gordon, D., Adelman, L., Ashworth, K., Bradshaw, J., Levitas, R., Middleton, S., Pantazis, C., Patsios, D., Payne, S., Townsend, P., Williams, J. (2000). *Poverty and social exclusion in Britain*, York: Joseph Rowntree Foundation

Gropas, R., Triandafyllidou A. (2005). *Migration in Greece at a glance*, ELIAMEP, Ανακτήθηκε από: <http://www.eliamep.gr/wp-content/uploads/en/2008/10/migration.pdf> [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Gunst, M., Jarman, K., Yarwood, V., Rokadiya, S., Capsaskis, L., Orcutt, M., Abbara, A. (2019). Healthcare access for refugees in Greece: Challenges and opportunities. *Health Policy*, 123, 818-824.

Halkias, D. (2017). Characteristics and Business Profiles of Immigrant Owned Small Firms: The Case of Albanian Immigrant Entrepreneurs in Greece. *UC San Diego: Center for Comparative Immigration Studies*. Ανακτήθηκε από: <https://escholarship.org/uc/item/0983g0w5> [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Hermans, M., Kooistra, J., Cannegieter, S., Rosendaal, F., Mook-Kanamori, D.O., Nemeth, B. (2017). Healthcare and disease burden among refugees in long-stay refugee camps at Lesbos, Greece. *European Journal of Epidemiology* 32, 851–854.

Kapolou, E., Vassilikou, K., Intercultural Mediators in Greek Hospitals: First Assessment, στο Fouskas, T., Tsevrenis, V. (eds.) (2014). *Contemporary Immigration in Greece: A Sourcebook*. Athens: European Public Law Organization (EPLO) Publications

Kotsiou, O., Kotsios, P., Srivastava, D., Kotsios, V., Gourgoulisanis, K., Exadaktylos, A. (2018). Impact of the Refugee Crisis on the Greek Healthcare System: A Long Road to Ithaca. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1-18. Ανακτήθηκε από: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6121252/> [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Kousoulis, A.A., Ioakeim-Ioannidou, M., Economopoulos, K.P. (2016). Access to health for refugees in Greece: lessons in inequalities. *International Journal for Equity in Health*, 15, (122), 1-3. Ανακτήθηκε από: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12939-016-0409-6> [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Levitas, R. (1998). *The Inclusive Society? Social Exclusion and the New Labour*. London: Macmillan

O'Donnell, (2018). *Health Care Access for Migrants in Europe*. USA: Oxford University Press

OECD (2018), *International Migration Outlook 2018*, Paris: OECD Publishing. Ανακτήθηκε από: https://doi.org/10.1787/migr_outlook-2018-en [τελευταία πρόσβαση στις 12/03/2020]

Skleparis, D. (2015). Towards a Hybrid 'Shadow State'? The Case of Migrant/Refugee Serving NGOs in Greece. In Clarke, J., Huliaras, A., Sotiropoulos, D. (eds.). *Austerity and the Third Sector in Greece: Civil Society at the European Frontline*. London: Ashgate. 147-165

UNHCR (2016). *Refugee or Migrant? Word choice matters*. Ανακτήθηκε από: https://www.unhcr.org/cy/wp-content/uploads/sites/41/2018/02/UNHCR_Refugee_or_Migrant_EN.pdf [τελευταία πρόσβαση: στις 08/09/2020]

WHO (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Basic Documents. Forty-fifth edition. Supplement. Ανακτήθηκε από: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [τελευταία πρόσβαση: στις 12/03/2020]

Παράρτημα

A) Νόμοι

Συνταγματικοί Νόμοι

Άρθρο 5§2: 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.

Άρθρο 5§5: 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.

Άρθρο 7§2: Τα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη υγείας, ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως νόμος ορίζει.

Άρθρο 21§3: 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.

Νόμος 4636/2019

Άρθρο 2§ε (Άρθρο 2 Οδηγίας 2011/95/ΕΕ)

ε) «πρόσφυγας» είναι ο υπήκοος τρίτης χώρας ο οποίος, συνεπεία βάσιμου φόβου δίωξης λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, πολιτικών πεποιθήσεων ή συμμετοχής σε ιδιαίτερη κοινωνική ομάδα, βρίσκεται εκτός της χώρας της ιθαγένειάς του και δεν μπορεί ή λόγω του φόβου αυτού δεν επιθυμεί να θέσει εαυτόν υπό την προστασία της εν λόγω χώρας ή ο ανιθαγενής ο οποίος, βρισκόμενος εκτός της χώρας της προηγούμενης συνήθους διαμονής του για τους ίδιους προαναφερθέντες λόγους, δεν

μπορεί ή λόγω του φόβου αυτού δεν επιθυμεί να επιστρέψει σε αυτήν και στον οποίο δεν έχει εφαρμογή το άρθρο 12

Άρθρο 31 (Άρθρο 30 Οδηγίας 2011/95/ΕΕ) Ιατρική περίθαλψη 1. Οι δικαιούχοι διεθνούς προστασίας έχουν πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη, με τους όρους που ισχύουν για τους Έλληνες πολίτες. 2. Στους δικαιούχους διεθνούς προστασίας που έχουν ιδιαίτερες ανάγκες και ιδίως τις εγκύους, τα άτομα με αναπηρία, τα άτομα που έχουν υποστεί βασανιστήρια, βιασμό ή άλλες σοβαρές μορφές ψυχολογικής, σωματικής ή σεξουαλικής βίας ή τους ανηλίκους που υπήρξαν θύματα οποιασδήποτε μορφής κακομεταχείρισης, παραμέλησης, εκμετάλλευσης, βασανιστηρίων, βάνανσης, απάνθρωπης ή εξευτελιστικής μεταχείρισης ή που έχουν υποφέρει εξαιτίας ενόπλων συγκρούσεων, παρέχεται επαρκής ιατρική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας για νοητική και ψυχική αναπηρία όπου απαιτείται, με τους όρους που ισχύουν για τους Έλληνες πολίτες.

Άρθρο 50 (Άρθρο 13 Οδηγίας 2013/33/ΕΕ) Ιατρικές εξετάσεις 1. Οι υπήκοοι τρίτων χωρών ή ανιθαγενείς, που εισέρχονται χωρίς τις νόμιμες διατυπώσεις, υποβάλλονται κατά τη διαδικασία ταυτοποίησής τους, σε ιατρικές εξετάσεις, όπως προβλέπεται στο άρθρο 39 και τις σχετικές έγγραφες οδηγίες των αρμόδιων υπηρεσιών για την πρόληψη μετάδοσης νοσημάτων του Υπουργείου Υγείας, προκειμένου να διερευνηθεί εάν πάσχουν από ασθένεια που εγκυμονεί κίνδυνο επιδημίας, κατά τα οριζόμενα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ή ασθένεια, που μεταδίδεται αερογενώς ή με το συγχρωτισμό. Οι αρμόδιες αρχές μεριμνούν για τη λήψη των αναγκαίων, για την προάσπιση της δημόσιας υγείας, προληπτικών και θεραπευτικών μέτρων και διαχειρίζονται τα ιατρικά δεδομένα των ασθενών, σύμφωνα με την αρχή της εμπιστευτικότητας. 2. Ο ιατρικός έλεγχος πραγματοποιείται με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και συνοδεύεται απαραίτητα από κατάλληλη ενημέρωση των υποβαλλόμενων σε αυτόν, σχετικά με τους λόγους για τους οποίους πραγματοποιείται, καθώς και τη θεραπευτική αγωγή που θα ακολουθηθεί, εφόσον χρειαστεί, σε γλώσσα που οι ενδιαφερόμενοι κατανοούν και λαμβάνοντας υπόψη την ατομική τους κατάσταση, συμπεριλαμβανομένης της ηλικίας και του φύλου τους.

Άρθρο 55 (Άρθρα 17 και 19 Οδηγίας 2013/33/ΕΕ) Γενικοί κανόνες για τις υλικές συνθήκες υποδοχής και την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη 1. Η αρμόδια Αρχή υποδοχής, σε συνεργασία με τους κατά περίπτωση αρμόδιους κρατικούς φορείς,

διεθνείς οργανισμούς και πιστοποιημένους κοινωνικούς φορείς, μεριμνά για την παροχή στους αιτούντες υλικών συνθηκών υποδοχής, μέσω εθνικών, ενωσιακών ή άλλων πόρων. Οι υλικές συνθήκες υποδοχής, μπορεί να παρέχονται σε είδος ή υπό τη μορφή οικονομικού βοηθήματος και εξασφαλίζουν στους αιτούντες ένα επαρκές βιοτικό επίπεδο, το οποίο εγγυάται τη συντήρησή τους και προστατεύει τη σωματική και ψυχική τους υγεία, με γνώμονα το σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Το ίδιο βιοτικό επίπεδο εξασφαλίζεται και στην περίπτωση των αιτούντων, που τελούν υπό κράτηση. Ιδιαίτερη μέριμνα λαμβάνεται στην περίπτωση των ευάλωτων προσώπων, σύμφωνα με την παράγραφο 1 του άρθρου 58 του παρόντος. 2. Για τις ανάγκες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, στην αγορά εργασίας και στην κοινωνική ασφάλιση, αποδίδεται στους αιτούντες διεθνή προστασία, Προσωρινός Αριθμός Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (Π.Α.Α.Υ.Π.Α.). Ο Π.Α.Α.Υ.Π.Α. χορηγείται ταυτόχρονα με τον αριθμό που αναγράφεται στο ειδικό δελτίο αιτήσαντος ασύλου, που εκδίδεται από την Υπηρεσία Ασύλου, αντιστοιχείται με αυτόν και παραμένει ενεργός καθ' όλη τη διάρκεια εξέτασης της αίτησης ασύλου. Ο κάτοχος του Π.Α.Α.Υ.Π.Α. έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας βάσει των προβλεπόμενων στο άρθρο 33 του ν. 4368/2016 (Α' 21). Σε περίπτωση απόρριψης της αιτήσεως ασύλου για οποιονδήποτε από τους λόγους που αναφέρονται στον παρόντα νόμο και η οποία δεν έχει ανασταλτικό χαρακτήρα, ο Π.Α.Α.Υ.Π.Α. απενεργοποιείται αυτόματα και ο δικαιούχος παύει να έχει πρόσβαση στις ανωτέρω υπηρεσίες. Κάθε λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων της παρούσας ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, Ψηφιακής Διακυβέρνησης, Προστασίας του Πολίτη, Υγείας και Παιδείας και Θρησκευμάτων. 3. Η παροχή του συνόλου ή μέρους των υλικών συνθηκών υποδοχής της παραγράφου 1, τελεί υπό την προϋπόθεση ότι οι αιτούντες δεν εργάζονται ή ότι η εργασία τους δεν αποφέρει επαρκείς πόρους, που να τους εξασφαλίζουν κατάλληλο βιοτικό επίπεδο, επαρκές για τη διαφύλαξη της υγείας τους και της συντήρησής τους, κατ' αναλογία με τα εισοδηματικά κριτήρια του άρθρου 235 του ν. 4389/2016 (Α' 94). 4. Το παρόν άρθρο τίθεται σε ισχύ από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου.

Άρθρο 72 (Άρθρο 18 Οδηγίας 2013/32/ΕΕ) Ιατρική Εξέταση 1. Με την επιφύλαξη της συγκατάθεσής του, οι Αρχές Παραλαβής ή οι Αρχές Απόφασης, μπορούν να παραπέμπουν τον αιτούντα σε ιατρική εξέταση ή/και ψυχοκοινωνική διάγνωσή του

σε ιατρούς Δημόσιων Νοσοκομείων και Θεραπευτηρίων ή Δημόσιων Δομών Ψυχικής Υγείας ή άλλους ειδικώς συμβεβλημένους με το Ελληνικό Δημόσιο ιδιώτες ιατρούς ή στο Κλιμάκιο Ιατρικού Ελέγχου και Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης των Κέντρων Υποδοχής και Ταυτοποίησης όταν ανακύπτουν ενδείξεις ή ισχυρισμοί που ενδεχομένως υποδηλώνουν διώξεις ή σοβαρή βλάβη που υπέστη κατά το παρελθόν. Οι εξετάσεις-διαγνώσεις του προηγούμενου εδαφίου πραγματοποιούνται δωρεάν από εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό ανάλογης ειδικότητας και τα αποτελέσματα ή οι γνωματεύσεις, υποβάλλονται στις αρμόδιες Αρχές το συντομότερο δυνατό. Σε κάθε άλλη περίπτωση, οι αιτούντες ενημερώνονται ότι μπορούν με δική τους πρωτοβουλία και δικά τους έξοδα να μεριμνήσουν για εξέταση και διάγνωση στις περιπτώσεις ενδείξεων, που ενδεχομένως υποδηλώνουν δίωξη ή σοβαρή βλάβη. 2. Στα αποτελέσματα των ιατρικών εξετάσεων ή στις γνωματεύσεις, πρέπει να αναφέρονται οι παθήσεις από τις οποίες πάσχει ο αιτών και να περιλαμβάνεται ειδικώς αιτιολογημένη κρίση για το ποσοστό ανατομοφυσιολογικής βλάβης, που προκαλείται από τις παθήσεις αυτές κατά το κρίσιμο χρονικό διάστημα. Στη συνέχεια, οι αναφερόμενες στην παράγραφο 1 αρμόδιες Αρχές, με βάση τα προαναφερόμενα αποτελέσματα και γνωματεύσεις, περί της φύσης και έκτασης των παθήσεων, τα προσκομιζόμενα ιατρικά έγγραφα και τα λοιπά στοιχεία της αίτησης, μετά από ελεύθερη εκτίμηση αυτών, αποφαινόμενοι αιτιολογημένα, αν πιθανολογούνται ως βάσιμοι οι ισχυρισμοί του αιτούντος περί δίωξης ή σοβαρής βλάβης. 3. Εφόσον ο αιτών βρίσκεται στο στάδιο της Υποδοχής και Ταυτοποίησης ή κατά τη διαδικασία του άρθρου 90 του παρόντος, οι Αρχές Παραλαβής ή οι Αρχές Απόφασης, και ιδίως τα Περιφερειακά Γραφεία Ασύλου ή τα Αυτοτελή Κλιμάκια Ασύλου, μπορούν να παραπέμπουν τον αιτούντα σε ιατρούς Δημόσιων Νοσοκομείων και Θεραπευτηρίων ή Δημόσιων Δομών Ψυχικής Υγείας ή άλλους ειδικώς συμβεβλημένους ιατρούς ή στο Κλιμάκιο Ιατρικού Ελέγχου και Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης των Κέντρων Υποδοχής και Ταυτοποίησης για την εκτίμηση της ευαλωτότητας, σύμφωνα με την παράγραφο 4 του άρθρου 39 του παρόντος. Μετά την ολοκλήρωση της ιατρικής και ψυχοκοινωνικής εκτίμησης, το Κλιμάκιο, με έγγραφη εισήγησή του ειδικά αιτιολογημένη κατά τα οριζόμενα στην παράγραφο 2, ενημερώνει τον Προϊστάμενο του αρμόδιου Περιφερειακού Γραφείου Ασύλου. Η εισήγηση κοινοποιείται και στον Διοικητή του Κέντρου. Η εκτίμηση αυτή έχει ως μόνη συνέπεια την άμεση κάλυψη των ιδιαίτερων αναγκών υποδοχής των αιτούντων, καθώς την παροχή στα πρόσωπα αυτά ιδιαίτερων διαδικαστικών εγγυήσεων.

Νόμος 4368/2016 (Α' 21)

Άρθρο 33: Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.

1.Ανασφάλιστοι και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως προσδιορίζονται στην παράγραφο 2 του παρόντος, έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης πρόσβασης στις Δημόσιες Δομές Υγείας και δικαιούνται νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Η νοσηλευτική περίθαλψη παρέχεται μέσω των Νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 (Α' 254), των εποπτευόμενων και επιχορηγούμενων από το Υπουργείο Υγείας νοσηλευτικών ιδρυμάτων, των εποπτευόμενων και επιχορηγούμενων από το Υπουργείο Υγείας Ν.Π.Ι.Δ., των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του ν. 2716/1999 (Α' 96), των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, των εποπτευόμενων και επιχορηγούμενων από το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων Νοσοκομείων, των Δημοτικών Ιατρείων, καθώς και μέσω των εποπτευόμενων από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ιδρυμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας.

Η φαρμακευτική περίθαλψη παρέχεται από τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιδιωτικά φαρμακεία. Φάρμακα υψηλού κόστους, που εμπίπτουν στο πλαίσιο της παρ. 2 του άρθρου 12 του ν. 3816/2010 (Α'6), παρέχονται αποκλειστικά από τα φαρμακεία των Νοσοκομείων και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

2.Δικαιούχοι των δικαιωμάτων της παραγράφου 1 του παρόντος είναι οι εξής: α) οι μη άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένοι Έλληνες πολίτες ή ελληνικής καταγωγής ομογενείς, οι πολίτες κρατώνμελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και λοιπών τρίτων χωρών, οι οποίοι διαθέτουν νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής στην Ελλάδα, καθώς και τα μέλη των οικογενειών (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα) όλων των προαναφερομένων, β) οι εγγεγραμμένοι στα Μητρώα ασφαλιστικών ταμείων της χώρας και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα), οι οποίοι έχουν απωλέσει τις ασφαλιστικές τους καλύψεις λόγω οφειλών και δεν δικαιούνται παροχών υγείας, γ) τα πρόσωπα των παρακάτω κατηγοριών, ανεξαρτήτως του νομικού καθεστώτος στο οποίο βρίσκονται και της κατοχής νομιμοποιητικών εγγράφων παραμονής στη χώρα:

i)ανήλικοι έως 18 ετών,

ii)γυναίκες σε κατάσταση εγκυμοσύνης,

iii)άτομα με αναπηρία που φιλοξενούνται σε δομές των Κέντρων Κοινωνικής

Πρόνοιας ή σε Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης ή σε Στέγες Αυτόνομης Διαβίωσης για άτομα με αναπηρίες ή άλλα Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.. Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα,

iv) άτομα που φιλοξενούνται σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας του ν. 2716/1999 (Α'96),
v) άτομα που φιλοξενούνται σε όλες τις θεραπευτικές δομές των εγκεκριμένων οργανισμών θεραπείας του ν. 4139/2013 (Α'74) ή παρακολουθούνται στους ίδιους οργανισμούς ως εξωτερικοί ασθενείς,
vi) οι κρατούμενοι σε φυλακές, οι φιλοξενούμενοι σε ιδρύματα αγωγής ανηλίκων και σε στέγες φιλοξενίας ανηλίκων των εταιρειών ανηλίκων (Ν.Π.Δ.Δ.) και οι τελούντες σε καθεστώς διοικητικής κράτησης,
vii) όσοι παρέχουν κοινωφελή εργασία στο πλαίσιο έκτισης ποινής ή ως αναμορφωτικό μέτρο,
viii) άτομα με αναπηρία 67% και πάνω και άτομα που η κατάσταση της υγείας τους απαιτεί νοσηλεία ή χρειάζονται συνεχή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ή αποκατάσταση λόγω δυσίατων ή χρόνιων ή ανίατων ή σπάνιων νοσημάτων παθήσεων και τα άτομα λοιπών χρόνιων νοσημάτων, εφόσον το χρόνιο νόσημα βεβαιώνεται από ιατρικές γνωματεύσεις θεραπόντων ιατρών Δημόσιων Δομών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ή Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων,
ix) οι δικαιούχοι διεθνούς προστασίας (αναγνωρισμένοι πρόσφυγες και δικαιούχοι επικουρικής προστασίας) και οι ανιθαγενείς και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα) είτε είναι κάτοχοι άδειας διαμονής σε ισχύ είτε εκκρεμεί η έκδοση απόφασης επί αιτήσεως ανανέωσης του καθεστώτος διεθνούς προστασίας ή επί ενδικοφανούς προσφυγής ή ενδίκου μέσου κατά απορριπτικής της αιτήσεως ανανέωσης απόφασης ή κατά το χρόνο κατά τον οποίον υπάρχει δικαίωμα ενδικοφανούς προσφυγής ή ενδίκου μέσου,
x) όσοι διαμένουν στην Ελλάδα με καθεστώς παραμονής για ανθρωπιστικούς ή εξαιρετικούς λόγους και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα), σύμφωνα με το άρθρο 28 του π.δ. 114/2010 (Α'195) είτε του ν. 3386/2005 (Α'212) είτε του ν. 4251/2014 (Α'80) είτε αυτοί είναι κάτοχοι άδειας διαμονής σε ισχύ, είτε εκκρεμεί η έκδοση απόφασης επί αιτήσεως ανανέωσης του καθεστώτος διεθνούς προστασίας ή επί ενδικοφανούς προσφυγής ή ενδίκου μέσου κατά απορριπτικής της αιτήσεως ανανέωσης απόφασης ή κατά το χρόνο κατά τον οποίο υπάρχει δικαίωμα ενδικοφανούς προσφυγής ή ενδίκου μέσου,
xi) αιτούντες διεθνούς προστασίας και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και

ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα) από την ημερομηνία εκδήλωσης της βούλησης υποβολής αιτήματος διεθνούς προστασίας (αρχικού ή μεταγενέστερου) και μέχρις ότου η απόφαση επί του αιτήματος διεθνούς προστασίας τους καταστεί τελεσίδικη δηλαδή με απόφαση του αρμοδίου δικαστηρίου επί αιτήσεως ακυρώσεως κατά απόφασης επιτροπής προσφυγών ή αν παρέλθει άπρακτη η προθεσμία υποβολής του ενδίκου μέσου της αίτησης ακύρωσης, xii)θύματα των εγκλημάτων των άρθρων 323, 323Α, 349, 351 και 351Α του Ποινικού Κώδικα (σύμφωνα με το π.δ. 233/2003 (Α'233), που είναι ανασφάλιστοι και για όσο χρονικό διάστημα διαρκούν τα μέτρα προστασίας και αρωγής και αλλοδαποί που εμπίπτουν στις διατάξεις του ν. 3875/2010 (Α'158) «Κύρωση και εφαρμογή της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών κατά του Διεθνικού Οργανωμένου Εγκλήματος» και για όσο διάστημα διαρκούν τα μέτρα προστασίας και αρωγής. Πολίτες τρίτων χωρών, κάτοχοι γραπτής βεβαίωσης απόφασης αναβολής απομάκρυνσης κατ' εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 4 του άρθρου 24 του ν. 3907/2011 (Α'7).

3.Για την παροχή των υπηρεσιών της παρούσας ρύθμισης προς τους δικαιούχους απαιτείται η κατοχή από αυτούς Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ), με εξαίρεση τις κατηγορίες της περίπτωσης β' της παραγράφου 2 του παρόντος άρθρου, για τους οποίους ο τρόπος διασφάλισης της πρόσβασης στις δημόσιες δομές υγείας καθορίζεται με την κοινή υπουργική απόφαση της παραγράφου 5 του παρόντος άρθρου.

4.Οι δαπάνες της παρούσας ρύθμισης καλύπτονται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ..

5.Με απόφαση των Υπουργών Υγείας, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Οικονομικών και κάθε κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, ορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις της πρόσβασης και της νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στους φορείς της παραγράφου 1, ενδεχόμενη οικονομική συμμετοχή στη φαρμακευτική δαπάνη στη βάση οικονομικών κριτηρίων, η απαιτούμενη διοικητική διαδικασία, η τήρηση ηλεκτρονικών Μητρώων, καθώς και κάθε άλλο σχετικό θέμα και αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή του παρόντος άρθρου. Η διαπίστωση της ασφαλιστικής ικανότητας των δικαιούχων της παρούσας πραγματοποιείται μέσω του ηλεκτρονικού συστήματος της Η.Δ.Ι.Κ.Α. Α.Ε..

6.Από τη δημοσίευση της διάταξης αυτής, παύει να ισχύει το άρθρο 6 του ν.δ. 57/1973 (Α' 149), όπως ισχύει, καθώς και το άρθρο 23 του ν. 1076/1980 (Α'224), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

Νόμος 2955/2001

Άρθρο 11§9Ε

Ε. 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 ιατροφαρμακευτική 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.

Β) Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων

Άρθρο 3: Δικαίωμα στην ακεραιότητα του προσώπου

1. Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στη σωματική και διανοητική του ακεραιότητα.
2. Στο πεδίο της ιατρικής και της βιολογίας, πρέπει να τηρούνται ιδίως τα εξής: α) η ελεύθερη και εν επιγνώσει συναίνεση του ενδιαφερομένου, σύμφωνα με τις λεπτομερέστερες διατάξεις που ορίζονται από το νόμο, β) η απαγόρευση των ευγονικών πρακτικών, ιδίως όσων αποσκοπούν στην επιλογή των προσώπων, γ) η απαγόρευση της μετατροπής του ανθρωπίνου σώματος και αυτών των ιδίων των μερών του σε πηγή κέρδους, δ) η απαγόρευση της αναπαραγωγικής κλωνοποίησης των ανθρωπίνων όντων.

Άρθρο 4: Απαγόρευση των βασανιστηρίων και των απάνθρωπων ή εξευτελιστικών ποινών ή μεταχείρισης

Κανείς δεν μπορεί να υποβληθεί σε βασανιστήρια ούτε σε απάνθρωπες ή εξευτελιστικές ποινές ή μεταχείριση.

Άρθρο 34: Κοινωνική ασφάλιση και κοινωνική αρωγή

1. Η Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα πρόσβασης στις παροχές κοινωνικής ασφάλισης και στις κοινωνικές υπηρεσίες που εξασφαλίζουν προστασία σε περιπτώσεις όπως η μητρότητα, η ασθένεια, το εργατικό ατύχημα, η εξάρτηση ή το γήρας καθώς και σε περίπτωση απώλειας της απασχόλησης, σύμφωνα με τους κανόνες που ορίζονται στο δίκαιο της Ένωσης και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές.

2. Κάθε πρόσωπο που διαμένει και διακινείται νομίμως εντός της Ένωσης έχει δικαίωμα στις παροχές κοινωνικής ασφάλισης και στα κοινωνικά πλεονεκτήματα, σύμφωνα με το δίκαιο της Ένωσης και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές.

3. Η Ένωση, προκειμένου να καταπολεμηθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός και η φτώχεια, αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα κοινωνικής αρωγής και στεγαστικής βοήθειας προς εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης σε όλους όσους δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους, σύμφωνα με τους κανόνες που ορίζονται στο δίκαιο της Ένωσης και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές.

Άρθρο 35: Προστασία της υγείας

Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου.

Γ) Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά δικαιώματα

Άρθρο 12: 1. Τα συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα κάθε προσώπου να απολαμβάνει την καλλίτερη δυνατή σωματική και ψυχική υγεία. 2. Τα μέτρα που θα λάβουν τα συμβαλλόμενα Κράτη, για την εξασφάλιση της πλήρους άσκησης του

δικαιώματος αυτού πρέπει να περιλαμβάνουν επίσης και τα απαιτούμενα μέτρα για τη διασφάλιση: α) Της μείωσης των θνησιγενών βρεφών και της θνησιμότητας αυτών καθώς και της υγιεινής ανάπτυξης των παιδιών, β) Της βελτιώσεως όλων των τομέων υγιεινής του περιβάλλοντος και της βιομηχανικής υγιεινής, γ) Της προφυλάξεως και θεραπείας επιδημικών, ενδημικών, επαγγελματικών και άλλων ασθενειών και της καταπολέμησης αυτών, δ) Της δημιουργίας συνθηκών που μπορούν να εξασφαλίσουν σε όλους ιατρικές υπηρεσίες και ιατρική περίθαλψη σε περίπτωση ασθένειας.

Δ)Έντυπο Συναίνεσης Συμμετέχοντος σε Ερευνητική Εργασία

Τίτλος Ερευνητικής Εργασίας: Ο ρόλος των ελληνικών ΜΚΟ στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Χαράλαμπος Οικονόμου, Καθηγητής Κοινωνιολογίας και Πολιτικών Υγείας, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών (email: economou@panteion.gr, τηλ.: 2109201728)

Ερευνήτρια: Γεωργία Κυριαζοπούλου (email: ginakyriazopoulou@gmail.com, τηλ. )

Σκοπός της Ερευνητικής Εργασίας: Η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό να αναδείξει τον ρόλο των ΜΚΟ που δραστηριοποιούνται στην ελληνική επικράτεια και αναλαμβάνουν την υλοποίηση προγραμμάτων που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες. Επιπλέον, διερευνάται ο βαθμός στον οποίο οι οργανώσεις αυτές βοηθούν την πρόσβαση των ωφελούμενων στο σύστημα υγείας της χώρας.

Διαδικασία: Η ερευνήτρια θα προσπαθήσει να συλλέξει τις απαραίτητες για την έρευνα πληροφορίες μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων με τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Οι συμμετέχοντες έχουν το δικαίωμα να μην απαντήσουν σε κάποια ή κάποιες από τις ερωτήσεις εάν δεν το επιθυμούν.

Πληροφορίες: Μη διστάσετε να κάνετε ερωτήσεις γύρω από το σκοπό ή την διαδικασία της εργασίας. Αν έχετε οποιαδήποτε αμφιβολία ή ερώτηση ζητήστε από την ερευνήτρια να σας δώσει διευκρινίσεις.

Δημοσίευση Δεδομένων – Αποτελεσμάτων: Η συμμετοχή σας στην έρευνα συνεπάγεται ότι συμφωνείτε με την μελλοντική δημοσίευση των αποτελεσμάτων της.

Δήλωση Συναίνεσης:

- Δηλώνω ότι επιθυμώ να καταγραφεί η συνομιλία μου με την ερευνήτρια με τη χρήση ηλεκτρονικών μέσων.

ΝΑΙ ☐

ΟΧΙ ☐

* Σε περίπτωση που ο συμμετέχων στην έρευνα διαφωνήσει με την παραπάνω παράμετρο, η ερευνήτρια θα έχει τη δυνατότητα τήρησης χειρόγραφων σημειώσεων.

- Δηλώνω ότι επιθυμώ να διατηρηθεί:

α) το όνομά μου ☐

β) το επώνυμό μου ☐

γ) η ιδιότητά μου ☐

* Κανένα άλλο προσωπικό στοιχείο δεν πρόκειται να δημοσιοποιηθεί για τους σκοπούς της έρευνας.

* Σε περίπτωση που ο συμμετέχων στην έρευνα δεν συναινέσει σε καμία από τις παραπάνω τρεις επιλογές, αντί της ιδιότητας του συμμετέχοντος θα γίνεται η χρήση της λέξης «εργαζόμενος/ –η».

- Διάβασα το έντυπο αυτό και κατανοώ τις διαδικασίες που θα ακολουθήσω. Συναινώ να συμμετάσχω στην ερευνητική εργασία.

Ημερομηνία: ... / ... / 20..

Υπογραφή συμμετέχοντος
ερευνήτριας

Υπογραφή

Ε) Οδηγός συνέντευξης προς εργαζομένους ΜΚΟ

1. Ποιός είναι ο ρόλος σας στον οργανισμό;
2. Τι είδους προγράμματα υλοποιούνται από τον οργανισμό και ποιά τα χαρακτηριστικά των ωφελούμενων;
3. Ποιά από αυτά αφορούν πρόσφυγες και μετανάστες;
4. Ποιά από αυτά αφορούν στην πρόσβασή τους στον τομέα της υγείας;
5. Πότε και κάτω από ποιες συνθήκες άρχισαν να υλοποιούνται τέτοιου είδους προγράμματα;
6. Ποιός είναι ο ρόλος σας ως προς τη διευκόλυνση των ομάδων αυτών στην πρόσβασή τους στην υγεία;
7. Έχετε τη δυνατότητα να παρέχετε εσείς οι ίδιοι υπηρεσίες υγείας στους ωφελούμενους; Αν ναι, ποιές είναι αυτές;
8. Έχετε τη δυνατότητα να διευκολύνετε την πρόσβασή τους στο ΕΣΥ ή/και σε ιδιωτικά ιατρεία;
9. Τί είδους προσωπικό απασχολείται σε αυτά τα προγράμματα/ πολυϊατρεία;
10. Υπάρχουν περιορισμοί ως προς την εξυπηρέτηση των ωφελούμενων; (π.χ. ως προς το φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα)
11. Θεωρείτε πως υπάρχει ένα ποσοστό μεταναστών και προσφύγων οι οποίοι αρνούνται να δεχτούν βοήθεια ως προς την πρόσβασή τους στον τομέα της υγείας; Ποιοί είναι οι λόγοι που πιστεύετε πως συμβαίνει αυτό;
12. Έχουν υπάρξει προβλήματα στην πρόσβαση των ωφελουμένων στο σύστημα υγείας λόγω του νομικού καθεστώτος τους; Αν ναι, θεωρείτε πως υπάρχουν και άλλες αιτίες στο πρόβλημα αυτό; Πώς αυτό αντιμετωπίζεται;
13. Ποιές δυσκολίες αντιμετωπίζετε στο έργο σας;
14. Θεωρείτε πως θα έπρεπε να αλλάξει κάτι ώστε τα προγράμματα να έχουν μεγαλύτερη επιτυχία ή/και μεγαλύτερο αντίκτυπο στις ομάδες-στόχους;
15. Πώς πιστεύετε πως θα πρέπει να κινηθεί η πολιτεία ώστε να διευκολύνει αυτή την προσπάθεια;