



**ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ & ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΒΙΩΣΙΜΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ»

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

ΘΕΜΑ: «Η προσβασιμότητα και οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις των μεταναστών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Μελέτη περίπτωσης: Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας»

Φοιτητής: Καπλανέρης Θεόδωρος

A.M: 212107

Επιβλέπουσα: Θεοδοροπούλου Ε., Καθηγήτρια

Μέλη: Μητούλα Ρ., Αναπληρώτρια καθηγήτρια

Σαρδιανού Ε., Επίκουρη καθηγήτρια

Αθήνα, 2015

Στους γονείς μου,
για την αμέριστη βοήθειά τους.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	6
----------------------	----------

Abstract.....	7
----------------------	----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εισαγωγή.....	8
-------------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Μετανάστευση προς την Ελλάδα.....	11
2.2 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του μόνιμου πληθυσμού των μεταναστών της χώρας.....	14
2.3 Ορισμοί και κατηγορίες.....	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	19
3.2 Η χρηματοδότηση του ΕΣΥ.....	19
3.3 Οι δαπάνες υγείας.....	20
3.4 Νομικό καθεστώς και δικαίωμα χρήσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας από τους μετανάστες.....	22
3.5 Το καθεστώς παραμονής και οι κατηγορίες μεταναστών.....	26
3.5.1 Αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες (νόμιμοι).....	26
3.5.2 Παλιννοστούντες ομογενείς.....	27
3.5.3 Αναγνωρισμένοι πολιτικοί πρόσφυγες.....	28
3.5.4 Μη νόμιμοι αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες.....	28
3.6 Η Νοσηλεία των μεταναστών στην Ελλάδα: Οι διακρατικές συμφωνίες και οι εγκύκλιοι για την Ιατροφαρμακευτική & Νοσοκομειακή περίθαλψη.....	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Βασικοί Ασφαλιστικοί Οργανισμοί: Προϋποθέσεις ασφάλισης και παροχές στους αλλοδαπούς.....	34
4.2 Ασφαλιστικοί φορείς.....	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Η Έννοια της «Προσβασιμότητας» στο σύστημα υγείας	42
5.2 Η υγεία των Μεταναστών στην Ελλάδα.....	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Η πόλη της Χαλκίδας.....	47
6.2 Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χαλκίδας.....	49
6.3 Στατιστικά στοιχεία νοσηλευόμενων αλλοδαπών στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας για τη χρονική περίοδο 2009-2014.....	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Εμπειρική προσέγγιση.....	56
-------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1 Ερευνητική μεθοδολογία	88
8.2 Επιλογή του δείγματος.....	89
8.3 Περιγραφή ερωτηματολογίου	90
8.4 Παρουσίαση περιγραφικών στατιστικών αποτελεσμάτων ερωτηματολογίου αλλοδαπών ασθενών.....	91

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1 Υποδείγματα παλινδρόμησης.....	107
------------------------------------	-----

9.1.1 Εκτίμηση υποδείγματος πιθανοτήτων για την πιθανότητα επίσκεψης των μεταναστών στο Γεν. Νοσοκομείο Χαλκίδας για κάποιο τακτικό περιστατικό108

9.1.2 Εκτίμηση υποδείγματος πιθανοτήτων για την πιθανότητα να αποτελεί εμπόδιο για την προσβασιμότητα των μεταναστών στο νοσοκομείο της Χαλκίδας, το γεγονός ότι είναι αλλοδαποί.....113

9.1.3 Εκτίμηση υποδείγματος πιθανοτήτων για την πιθανότητα βελτίωσης της πρόσβασης στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, με την ύπαρξη διαπολιτισμικού μεσολαβητή (διερμηνέα)..... 119

9.1.4 Εκτίμηση υποδείγματος πιθανοτήτων για την πιθανότητα να έχει ζητηθεί ποτέ άτυπη πληρωμή, δηλαδή «φακελάκι».....125

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Συμπεράσματα.....131

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....136

Περίληψη

Στην παρούσα εργασία εξετάστηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση των μεταναστών στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, ενώ παράλληλα καταγράφηκαν και εξετάστηκαν οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις που απορρέουν από το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Επιπροσθέτως, έγινε η προσπάθεια δημιουργίας ενός αντιπροσωπευτικού προφίλ υγείας, βασιζόμενο στα αποτελέσματα της μελέτης. Έτσι πραγματοποιήθηκε έρευνα σε τυχαίο δείγμα 195 μεταναστών που ζουν και εργάζονται στον ευρύτερο δήμο της Χαλκίδας, από αρχές Απριλίου του 2015 και ολοκληρώθηκε μέσα Μαΐου 2015.

Βάση των εμπειρικών αποτελεσμάτων των λογιστικών παλινδρομήσεων, προκύπτει ότι, για τους μετανάστες που έχουν επισκεφτεί το νοσοκομείο της Χαλκίδας για τακτικό περιστατικό, αυτούς που είναι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ και αυτούς που χρειάστηκαν να συμβουλευτούν εξειδικευμένο ιατρό του νοσοκομείου, αλλά δεν το κάνανε για συγκεκριμένους λόγους, είναι πιο πιθανόν να θεωρείται εμπόδιο για την πρόσβαση τους στο εν λόγω νοσοκομειακό ίδρυμα, το γεγονός ότι είναι αλλοδαποί.

Τέλος, σχετικά με την ύπαρξη διαπολιτισμικού μεσολαβητή (διερμηνέα) στο νοσοκομείο της Χαλκίδας, ως μέτρο βελτίωσης της πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, αξιοσημείωτο θεωρείται το αποτέλεσμα, όπου οι μετανάστες που προέρχονται από την Ινδία, καθώς και αυτοί που επισκέφτηκαν «εκτάκτως» το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας λόγω παθολογικών αιτιών, είναι πιο πιθανόν να θεωρούν το εν λόγω μέτρο ικανό για τη βελτίωση της προσβασιμότητας στο σύστημα υγείας.

Abstract

In the present study we examined the factors that affect the Access of Immigrants to the General Hospital of Chalkida, while recorded and examined the socioeconomic impacts of the National Health System. In addition, there was the attempt to create a representative Health Profile based on the results of the research. This research was conducted through questionnaires, a random sample of 195 immigrants who live and work in the wider municipality of Chalkida, from early April 2015 and was completed in May 2015.

Basis of the empirical results of logistic regressions show that, for immigrants who have visited the hospital of Chalkida for regular occurrence, those who are insured in OGA and those who needed to consult a specialist hospital, but they did not for specific reasons, are more likely to be seen as an obstacle to their access to that hospital, because of the fact, that are foreigners.

Finally, on the existence of intercultural mediator (interpreter) to Hospital of Chalkida, as a measure to improve access to health care, considered remarkable effect, where immigrants from India, as well as those who visited "urgently" General Hospital of Chalkida because of pathological causes, are more likely to consider this measure is capable to improve accessibility to the health system.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εισαγωγή

Σε πολλά μέρη του κόσμου, ιδιαίτερα στη Ευρώπη, τα αυξημένα ποσοστά της μετανάστευσης, φέρνουν τις κοινωνίες υποδοχής αντιμέτωπες με προκλήσεις και ευκαιρίες. Οι πιο γνωστές αφορούν την αγορά εργασίας, τη στέγαση τις σχέσεις μεταξύ των εθνών και το εκπαιδευτικό σύστημα. Μέχρι πρόσφατα όμως, πολύ λίγη προσοχή είχε δοθεί στις συνέπειες της μετανάστευσης στο σύστημα υγείας. Πρόκειται για αδικαιολόγητη παράλειψη, καθώς η υγεία είναι ένας εξαιρετικά σημαντικός παράγοντας στη ζωή των μεταναστών και των οικογενειών τους, καθώς είναι στενά συνδεδεμένη με την ένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο (Ingleby et al., 2005).

Στην Ελλάδα, λόγω και των πρόσφατων κοινωνικό-οικονομικών εξελίξεων, έχει περιοριστεί σε σημαντικό βαθμό η δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας τόσο για τους Έλληνες όσο και για τους μετανάστες. Ειδικά για τους μετανάστες, η αδυναμία για πλήρη και σωστή ιατροφαρμακευτική κάλυψη αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους ανασταλτικούς παράγοντες για την πλήρη ένταξή τους στη νέα κοινωνία. Με βάση τα παραπάνω, καθίσταται επιτακτική η διερεύνηση των συνθηκών εκείνων που δυσχεραίνουν την πρόσβαση των μεταναστών στις δομές παροχής υγείας και εμποδίζουν και την ύπαρξη ποιότητας στις υπηρεσίες που τους παρέχονται.

Από μελέτες, οι οποίες εστιάζουν στα εμπόδια που συναντούν οι μετανάστες σε διαφορετικές χώρες υποδοχής στο Δυτικό κόσμο, διαπιστώνεται μια σειρά παραγόντων που δυσχεραίνουν τη δυνατότητα παροχών στον τομέα της υγείας. Ο κυριότερος παράγοντας φαίνεται να είναι ο βαθμός κατανόησης και χρήσης της γλώσσας της χώρας υποδοχής. Μετανάστες οι οποίοι επιδεικνύουν χαμηλά επίπεδα κατανόησης και ομιλίας της κυρίαρχης γλώσσας, στη χώρα υποδοχής, παρουσιάζουν σαφώς χαμηλότερα ποσοστά πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας απ' ότι μετανάστες με καλή κατανόηση της επίσημης γλώσσας. Η ανεπαρκής χρήση και κατανόηση της γλώσσας οδηγεί συχνά σε αδυναμία περιγραφής των συμπτωμάτων και των ενοχλήσεων που βιώνουν οι μετανάστες, και κατά συνέπεια δυσχεραίνεται η σωστή και ακριβής διάγνωση της ασθένειας. Οι δυσκολίες επιτείνονται και στην

περίπτωση φαρμακευτικής αγωγής, εξαιτίας της αδυναμίας κατανόησης των οδηγιών με αποτέλεσμα οι μετανάστες να βρίσκονται πολλές φορές αντιμέτωποι με μικρές ή και σοβαρές επιπλοκές, αγνοώντας τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

Άλλος σημαντικός παράγοντας όσον αφορά τη δυσκολία πρόσβασης και χρήσης των δομών υγείας είναι και η έλλειψη πληροφόρησης για τη λειτουργία του συστήματος αλλά και η πολυπλοκότητα αυτού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παρατηρείται μεγάλος αριθμός ατόμων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των δημόσιων νοσοκομείων με επιπτώσεις τόσο στην εξυπηρέτηση των μεταναστών όσο και στην ποιότητα των υπηρεσιών τις οποίες λαμβάνουν.

Η ιατρική ασφάλεια και το κόστος των υπηρεσιών υγείας, το οποίο καλούνται συχνά να πληρώσουν οι μετανάστες, τους οδηγεί στη μη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Στην Ελλάδα, η παροχή υπηρεσιών υγείας εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας καλύπτεται κατά ένα μέρος από την ασφάλιση του ασθενούς. Στις περιπτώσεις όμως των μη ασφαλισμένων ασθενών, που τέτοιοι κατά κύριο λόγο είναι οι μετανάστες, το συνολικό κόστος των υπηρεσιών που θα λάβουν καλύπτεται από τους ίδιους.

Ακόμη ένας λόγος που αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στην πρόσβαση των μεταναστών στις δομές υγείας είναι η μεροληπτική αντιμετώπιση από την πλευρά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ή ο φόβος ότι μπορεί να υπάρξει τέτοια αντιμετώπιση.

Ένας επιπλέον παράγοντας που επηρεάζει την προσβασιμότητα στην παροχή υγείας είναι οι πολιτισμικές διαφοροποιήσεις στην κατανόηση και αντιμετώπιση της ασθένειας. Από έρευνες που διεξήχθησαν στις ΗΠΑ και τον Καναδά διαπιστώθηκε ότι ομάδες μεταναστών από χώρες της Ανατολής (Κίνα, Ινδία, Κορέα, Βιετνάμ), από χώρες της Νοτίου και Κεντρικής Αμερικής αλλά και από Αφρικανικές χώρες ακολουθούν και εφαρμόζουν παραδοσιακές τεχνικές εξέτασης και θεραπείας διαφόρων ασθενειών, οι οποίες συχνά διαφοροποιούνται ή και αντιτίθενται προς εκείνες της σύγχρονης δυτικής ιατρικής.

Οι παράγοντες αυτοί φαίνεται να επηρεάζουν πολύ περισσότερο τους μετανάστες που δεν έχουν νόμιμα έγγραφα παραμονής. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, απαγορεύεται η χρήση των

υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής, εκτός κι αν πρόκειται για κάποιο επείγον περιστατικό. Σε αυτή την περίπτωση, δεν επιτρέπεται η άρνηση παροχής βοήθειας από το νοσηλευτικό προσωπικό γιατί κάτι τέτοιο συνιστά ποινικό παράπτωμα και αντιτίθεται στον ιατρικό όρκο. Όμως η ίδια η διατύπωση αυτής της εξαίρεσης αφήνει χώρο για παρερμηνείες, αναφορικά με την επείγουσα ή μη φύση του προβλήματος από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (Κιτσαράς και Μπάκα, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Μετανάστευση προς την Ελλάδα

Η κατάρρευση της Σοβιετικής Ένωσης αλλά και του καθεστώτος της Αλβανίας στις αρχές δεκαετίας του 1990, είχε ως αποτέλεσμα την ραγδαία αύξηση την μετανάστευσης στην Ελλάδα. Το μεγαλύτερο μέρος των μεταναστών την περίοδο εκείνη εισήλθαν στη χώρα παράνομα ή με τουριστική βίζα.

Αργότερα, τη δεκαετία του 2001- 2011, κυρίως λόγω των πολέμων σε Μέση Ανατολή (Ιράκ-Αφγανιστάν) και μετέπειτα Λιβύη και Συρία, «σπρώχνουν» ολοένα και περισσότερους ανθρώπους στο δρόμο της μετανάστευσης προς την Ευρώπη, ενώ η Ελλάδα μετατρέπεται σε πόλο έλξης εκατοντάδων χιλιάδων μεταναστών από ολόκληρο τον κόσμο με αποτέλεσμα περίπου το 7% του πληθυσμού της χώρας να αποτελείται από μετανάστες από χώρες εκτός Ε.Ε.

Παρά το γεγονός της ελληνικής οικονομικής κρίσης, δεν έχει σημειωθεί μείωση του αριθμού των μεταναστών που έρχονται στην Ελλάδα, η οποία αποτελεί παράλληλα τον κύριο δρόμο εισόδου στην Ευρώπη. Το 2010, σύμφωνα με την FRONTEX, 9 στους 10 μετανάστες που εισήλθαν παράνομα στην Ευρώπη, εισήλθαν μέσω της Ελλάδας. Πολλοί μετανάστες που εισέρχονται στην Ελλάδα, ξαναφεύγουν μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, οι πολιτικές εξελίξεις στην Λιβύη και την Τυνησία το 2011 (Αραβική Άνοιξη), επανέφεραν την μετανάστευση προς την Ευρώπη μέσω της Ιταλίας (κυρίως μέσω της νήσου Λαμπεντούζα, καθιστώντας αυτή τη χώρα μια από τις κύριες πύλες εισόδου μεταναστών στην Ευρώπη. Το 2011 σημειώθηκε περαιτέρω αύξηση της μετανάστευσης. Σύμφωνα με τη FRONTEX, τους πρώτους 9 μήνες του 2011 πέρασαν τα ελληνικά σύνορα 112.844 μετανάστες έναντι 76.697 την αντίστοιχη περίοδο του 2010.

Παράλληλα, τα κυριότερα σημεία μαζικής εισόδου των μεταναστευτικών κυμάτων στην Ελλάδα το διάστημα 2000-2011 ήταν μέσω του Έβρου ποταμού (διαμέσου της Τουρκίας) ή και χερσαίως στο μοναδικό κομμάτι των ελληνοτουρκικών συνόρων μεταξύ Νέας Βύσσας και Καστανιών, όπου ο Έβρος διασχίζει την Αδριανούπολη και τα σύνορα δεν οριοθετούνται απ' αυτόν. Επίσης, μέσω των νησιών του Αιγαίου και φυσικά του λιμανιού της Πάτρας και της Ηγουμενίτσας (www.Wikipedia.org).

Παρακάτω, ακολουθεί ο διαδραστικός χάρτης της FRONTEX, Interactive map on Migration (i-Map), που υποδεικνύει τις μαζικές μεταναστευτικές διαδρομές μέσω θαλάσσης και ξηράς προς την Ευρώπη. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στον χάρτη, η Ελλάδα βρίσκεται στη διαδρομή της Ανατολικής Μεσογείου, που αποτελεί και το βασικό δρόμος μετανάστευσης. Οι χώρες από τις οποίες προωθούνται οι μετανάστες είναι κυρίως το Ιράκ, η Συρία, η Ιορδανία, η Τουρκία και το Ιράν, ενώ ο κύριος όγκος μεταναστευτικής ροής προς την Ελλάδα εντοπίζεται στα σύνορα του Έβρου (www.i-map-migration.org).



Χάρτης: Διαδραστικός χάρτης μεταναστευτικών ροών

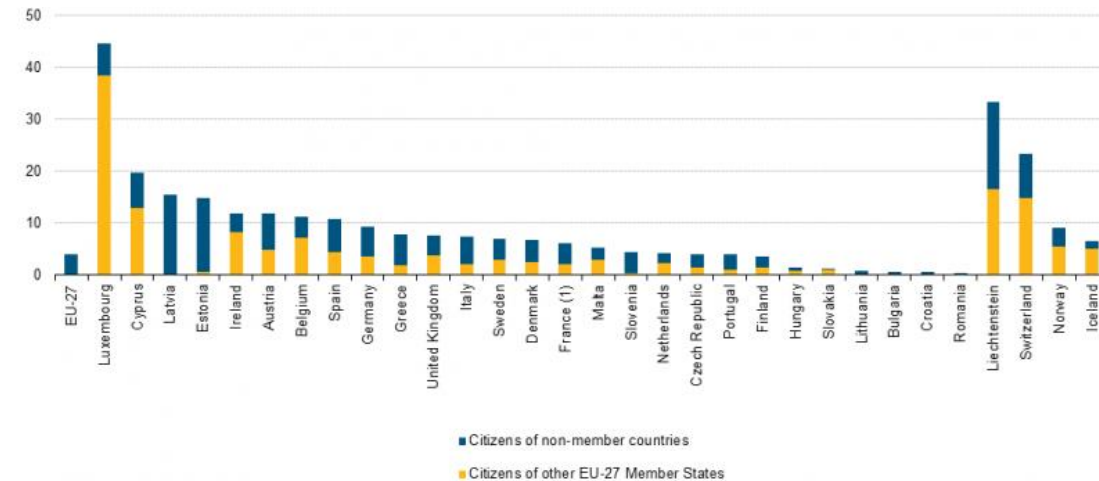
Τα μεταναστευτικά αυτά κύματα δεν έχουν προέλθει από ηθελημένες επιλογές, ενώ παράλληλα η στάση του ελληνικού κράτους, στο πλαίσιο της οποίας δεν χρειάστηκε να διαφοροποιήσει τη μεταναστευτική πολιτική της αφομοίωσης και της ομογενοποίησης, ακόμα κι όταν επρόκειτο για μη ομογενείς (Γεωργούλας, 2001).

Σύμφωνα με στοιχεία που αφορούν την μετανάστευση στην Ελλάδα, η ηλικία του 80% των μεταναστών κυμαίνεται από 15–64 χρόνων, ηλικία που αντιστοιχεί περίπου στο 67% του ελληνικού πληθυσμού. Ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση κατά 50% είναι έγγαμοι και έχουν προστατευόμενα μέλη. Το επίπεδο μόρφωσης τους διαφοροποιείται σημαντικά: άλλοι είναι αναλφάβητοι, άλλοι έχουν απλή λυκειακή και άλλοι έχουν πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Στην πλειονότητά τους εγκαθίστανται στην Αττική (σε ποσοστό 44,3%) και στην Κεντρική Μακεδονία (σε

ποσοστό 15%). Ως προς την επαγγελματική τους δραστηριότητα σε ποσοστό 55,8% εργάζονται ως ανειδίκευτοι εργάτες και μόνο ένα ποσοστό 16,6% είναι ειδικευμένοι εργάτες (Νικολάου Μαρία και Στεργίου Λ., 2006).

Παρακάτω, το γράφημα 1 μας παρουσιάζει το ποσοστό των αλλοδαπών στο πλαίσιο του μόνιμου πληθυσμού που προέρχεται είτε από χώρες - μέλη της ΕΕ, είτε από χώρες εκτός ΕΕ. Όπως διαφαίνεται, στην περίπτωση της Ελλάδας, το ποσοστό του μόνιμου πληθυσμού που προέρχεται από χώρες εκτός της ΕΕ είναι σαφώς μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των χωρών-μελών της ΕΕ (<http://ec.europa.eu/eurostat>).

Ποσοστό Αλλοδαπών Μόνιμου Πληθυσμού



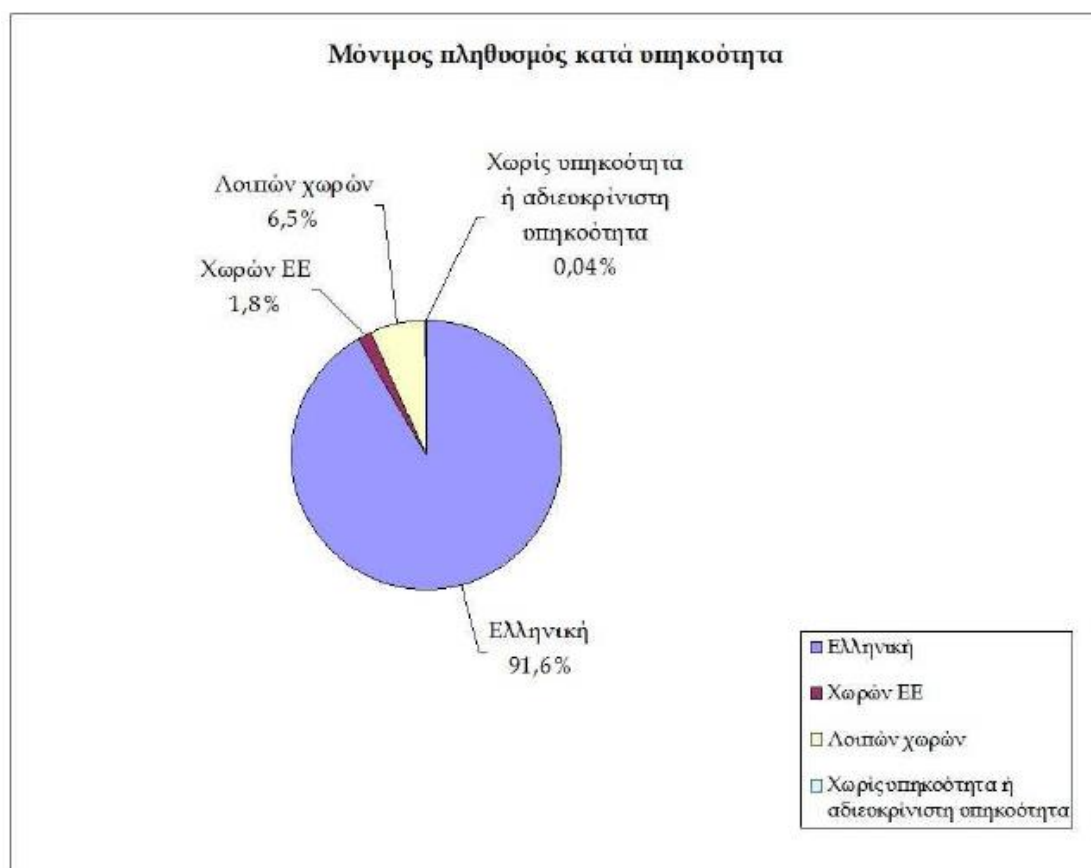
(1) Provisional.
Source: Eurostat (online data code: migr_pop1ctz)

Γράφημα 1

2.2 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του μόνιμου πληθυσμού των μεταναστών της χώρας.

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία στο πλαίσιο της απογραφής του 2011 και όπως παρουσιάζεται στο παρακάτω γράφημα (2), η σύνθεση του μόνιμου πληθυσμού της χώρας κατά υπηκοότητα, προκύπτει σε 9.903.268 κατοίκους, οι οποίοι έχουν ελληνική υπηκοότητα, 199.101 κάτοικοι έχουν υπηκοότητα άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 708.003 κάτοικοι έχουν υπηκοότητα λοιπών χωρών, ενώ 4.825 κάτοικοι είναι χωρίς υπηκοότητα ή έχουν αδιευκρίνιστη υπηκοότητα (www.statistics.gr).

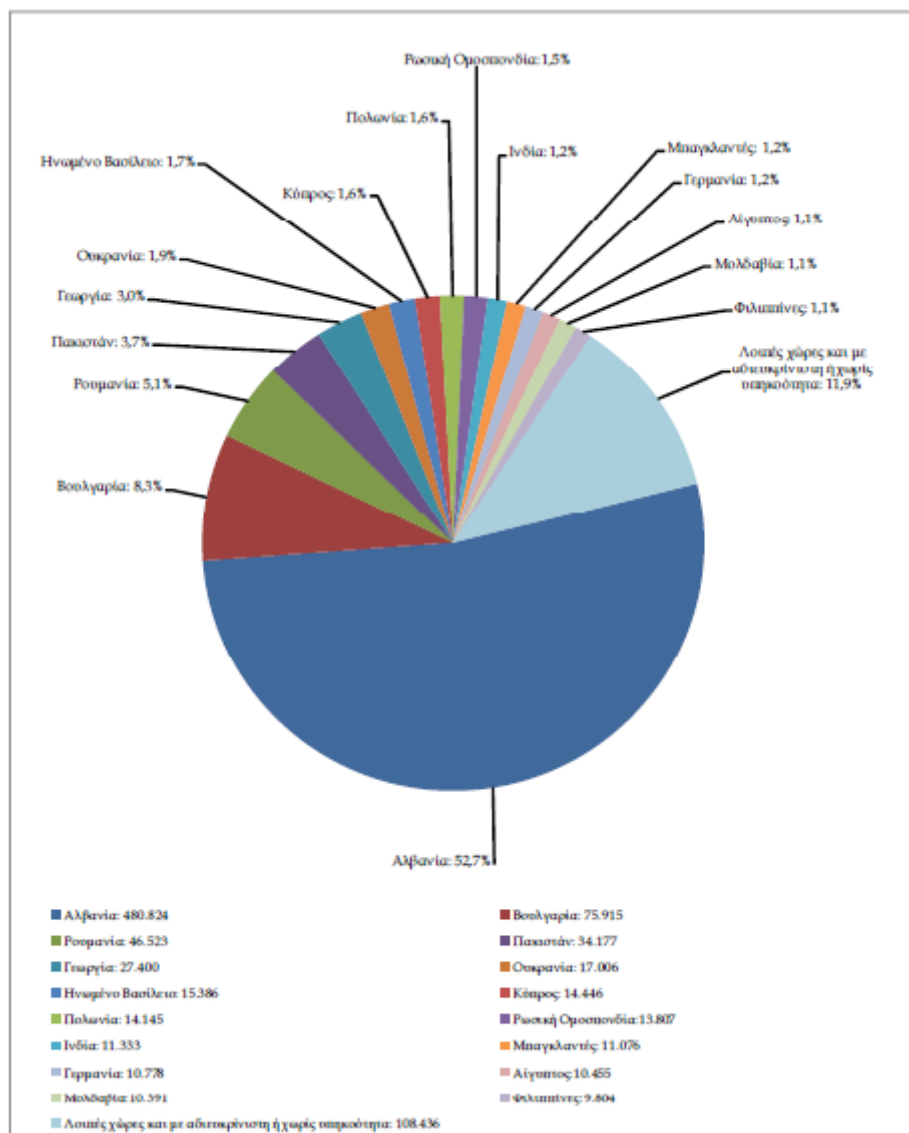
Ειδικότερα, το σύνολο των αλλοδαπών που διέμεναν μόνιμα στην Ελλάδα, όπως και των ατόμων χωρίς ή με αδιευκρίνιστη υπηκοότητα ανήλθε σε 911.929 άτομα, δηλ. 149.000 περισσότερα περίπου άτομα από την απογραφή του 2001, στο πλαίσιο της οποίας είχαν καταγραφεί συνολικά 762.291 άτομα που κατοικούν στη χώρα χωρίς ελληνική υπηκοότητα και που αποτελούσαν το 7% του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Από αυτό τον αριθμό, οι 48.560 αλλοδαποί είναι πολίτες της Ε.Ε. ή της ΕΖΕΣ, υπάρχουν ακόμη 17.426 Κύπριοι που απολαμβάνουν κάποια προνόμια λόγω της υπηκοότητάς τους. Οι υπόλοιποι 690.000 είναι υπήκοοι τρίτων χωρών (όχι όμως ομογενείς) και για όσους από αυτούς είναι ενήλικες (άνω των 18 ετών) απαιτείται από το νόμο να έχουν κανονική άδεια παραμονής στη χώρα (Baldwin-Edwards et al., 2004).



Γράφημα 2: Απογραφή 2011

Στη συνέχεια, σύμφωνα με το γράφημα 3, όπου παρουσιάζεται η ποσοστιαία συμμετοχή των 16 πολυπληθέστερων υπηκοοτήτων, προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό και συγκεκριμένα 52,7% των αλλοδαπών που διαμένουν στην Ελλάδα έχουν Αλβανική υπηκοότητα, το 8,3% Βουλγαρική, το 5,1% Ρουμάνικη και ακολουθεί με 3,7% η Πακιστανική και 3,0% η Γεωργιανή.

Μόνιμος Πληθυσμός Αλλοδαπών



Γράφημα 3: Απογραφή 2011

Ως εκ τούτου, η Ελλάδα ξεχωρίζει αφενός γιατί βρίσκεται στην πρώτη θέση των χωρών της ΕΕ, με το μεγαλύτερο αναλογικά αριθμό μεταναστών και πιθανώς με το μεγαλύτερο αριθμό μεταναστών χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα και αφετέρου γιατί ο μισός και πλέον μεταναστευτικός πληθυσμός προέρχεται από μία και μόνο χώρα, την Αλβανία.

Στην επόμενη ενότητα ακολουθεί η επισήμανση σε νομικό επίπεδο των διαφορετικών κατηγοριών των αλλοδαπών.

2.3 Ορισμοί και κατηγορίες

Στην Ελλάδα, ο νομικός όρος «αλλοδαπός» αναφέρεται σε όλους όσους δεν έχουν ελληνική υπηκοότητα, αλλά ουσιαστικά χρησιμοποιείται μόνο για υπηκόους τρίτων χωρών. Σε αυτόν περιλαμβάνονται οι παρακάτω κατηγορίες:

- Ξένοι υπήκοοι που ζουν και εργάζονται στην Ελλάδα και έχουν άδεια παραμονής και εργασίας (μετανάστες με τα απαραίτητα έγγραφα).
- Ξένοι υπήκοοι που ζουν και εργάζονται στην Ελλάδα παράνομα, χωρίς άδεια παραμονής ή εργασίας σε ισχύ (παράνομοι-παράτυποι μετανάστες). Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται άνθρωποι που βρίσκονται στην Ελλάδα πολλά χρόνια και δεν έχουν κατορθώσει να εκδώσουν ή να ανανεώσουν την άδεια παραμονής τους. Άνθρωποι που επιδιώκουν να μεταβούν σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και βρίσκονται στην Ελλάδα προσωρινά, καθώς και όσοι από τους αιτούντες άσυλο απορρίφθηκαν αλλά δεν εγκατέλειψαν τη χώρα, παρόλο που είναι νομικά υποχρεωμένοι να το πράξουν.
- Αιτούντες άσυλο και άμεσα εξαρτώμενα μέλη που έχουν κάνει ή έχουν εισέλθει στην Ελλάδα με την πρόθεση να κάνουν αίτηση ασύλου.
- Πρόσφυγες που ζουν και εργάζονται στην Ελλάδα έχοντας αποκτήσει το καθεστώς του πρόσφυγα από τις αρμόδιες αρχές ή άτομα στα οποία έχει χορηγηθεί άσυλο για ανθρωπιστικούς λόγους.

Στις παραπάνω κατηγορίες προστίθενται οι Έλληνες μετανάστες ή μετανάστες ελληνικής καταγωγής:

- Παλιννοστούντες ομογενείς ελληνικής καταγωγής, οι οποίοι ήταν ή και είναι υπήκοοι των νέων ανεξάρτητων κρατών της Σοβιετικής Ένωσης και μπορούν να αποκτήσουν ελληνική υπηκοότητα, εφόσον το επιθυμούν.
- Ομογενείς, οι οποίοι έχουν αλβανική υπηκοότητα, είναι ελληνικής καταγωγής και έχουν τη δυνατότητα ειδικής άδειας παραμονής και εργασίας τρίχρονης διάρκειας.
- Τέλος, ειδική αναφορά οφείλετε να γίνει στην κατηγορία των ασυνόδευτων ανηλίκων μεταναστών, οι οποίοι φθάνουν στην Ελλάδα χωρίς συνοδεία κάποιου ενήλικα υπευθύνου για τη φροντίδα τους. Έτσι, οι ανήλικοι στη πράξη αντιμετωπίζονται όπως οι ενήλικοι μετανάστες «χωρίς τα απαιτούμενα» έγγραφα ή οι ενήλικοι αιτούντες άσυλο» (MIGHEALTHNET, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας σύμφωνα με τη MIGHEALTHNET (2009), χαρακτηρίζεται ως μεικτό και βασίζεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), στα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης και σε μικρότερο βαθμό στην ιδιωτική ασφάλιση και τον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Το ΕΣΥ παρέχει ιατρική κάλυψη συνολικά στον πληθυσμό που διαμένει νόμιμα στη χώρα. Πρέπει να σημειωθεί ότι η ασφάλιση στην Ελλάδα είναι υποχρεωτική και καλύπτει τους εργαζόμενους και συνταξιούχους και τα εξαρτημένα απ αυτούς μέλη. Για τους αλλοδαπούς που προέρχονται από χώρες της ΕΕ υπάρχουν ρυθμίσεις που εξασφαλίζουν την κάλυψη τους σε συνεργασία με τα ασφαλιστικά ταμεία των χωρών τους.

3.2 Η χρηματοδότηση του ΕΣΥ

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα στηρίζεται σε δημόσιους και ιδιωτικούς πόρους. Η δημόσια χρηματοδότηση επιτυγχάνεται μέσω της κοινωνικής ασφάλισης και της επιβολής φορολογίας.

Βασική πηγή εσόδων για τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν οι εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, εντάσσοντας σε αυτό και τις κρατικές εισφορές για τους δημόσιους υπαλλήλους. Ο κρατικός προϋπολογισμός, μέσω των άμεσης και έμμεσης φορολογίας, καλύπτει τις διοικητικές δαπάνες του συστήματος υγείας, αναλαμβάνει τη χρηματοδότηση των δημοσίων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας, ενώ παράλληλα επιδοτεί τα ασφαλιστικά ταμεία και επενδύει σε κεφαλαιουχικά αγαθά.

Η τρίτη πηγή χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας είναι οι ιδιωτικές δαπάνες, οι οποίες λαμβάνουν διάφορες μορφές. Μια μορφή είναι η καταβολή άμεσων πληρωμών για υπηρεσίες που είτε δεν καλύπτει η κοινωνική ασφάλιση είτε τις καλύπτει αλλά οι πολίτες προτιμούν να τις αγοράσουν στην ιδιωτική αγορά για λόγους μείωσης του χρόνου αναμονής ή καλύτερης ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών.

Άλλες μορφές ιδιωτικής δαπάνης είναι οι επίσημες συν-πληρωμές που προβλέπονται για συμμετοχή του ασθενή στο κόστος περίθαλψης, όπως για παράδειγμα η συμμετοχή στα συνταγογραφούμενα φάρμακα, οι παράτυπες πληρωμές που καταβάλλονται προκειμένου να παρακαμφθούν οι λίστες αναμονής ή να επιτευχθεί η καλύτερη προσοχή από την πλευρά του ιατρού και, τέλος, οι δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης για όσους έχουν συνάψει συμβόλαια με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

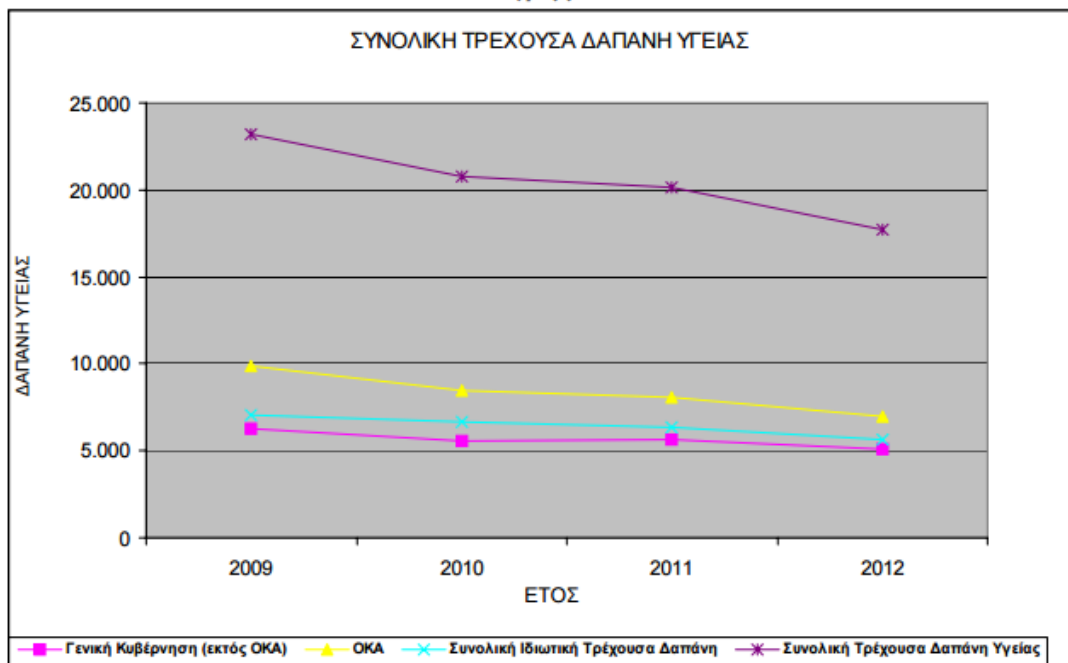
Αξιοσημείωτο, ωστόσο, σχετικά με τους χρηματοδοτικούς πόρους του συστήματος υγείας, θα πρέπει να θεωρείται το γεγονός του πολύ υψηλού ποσοστού των ιδιωτικών δαπανών, το οποίο έχει σαν αποτέλεσμα να αμφισβητείται ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος υγείας της χώρας. Η προβληματική αυτή κατάσταση της υψηλής ιδιωτικής δαπάνης ενισχύεται ακόμη περισσότερο από το υπάρχον «ασταθές» φορολογικό σύστημα και ειδικότερα από τα υψηλά ποσοστά φοροδιαφυγής και παραοικονομίας. Συμπερασματικά, δεν επιτυγχάνεται η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και έτσι οι συνεχώς αυξανόμενες δαπάνες υγείας επιβαρύνουν υπέρμετρα τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα (Οικονόμου , 2012).

3.3 Οι δαπάνες Υγείας

Η Ελλάδα αποτελεί μία απ' τις λίγες χώρες του ΟΟΣΑ, στις οποίες δεν έχει εφαρμοστεί το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, το οποίο έχει σαν αποτέλεσμα την έλλειψη επαρκών ποσοτικών και ποιοτικών στοιχείων, που έχουν να κάνουν με επίσημα στατιστικά στοιχεία σχετικά με την κατανομή των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας μεταξύ των διάφορων μορφών περίθαλψης. Παράλληλα, οι συνεχείς αναθεωρήσεις του ΑΕΠ μετά το 2006, συνέβαλαν σε συνεχείς αλλαγές των μεριδίων που καταλαμβάνουν στο ΑΕΠ οι συνολικές, ιδιωτικές και δημόσιες δαπάνες υγείας (Οικονόμου, 2012).

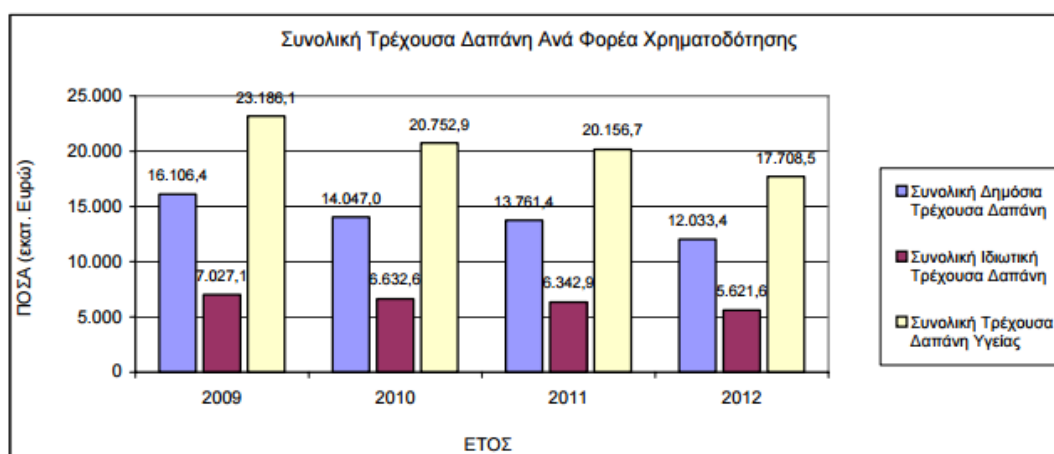
Συγκεκριμένα, στη χώρα μας η συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας ως προς το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) διαμορφώθηκε σε 10.03%, 9.34%, 9.67% και 9.16% του ΑΕΠ για τα έτη 2009, 2010 , 2011 και 2012 αντίστοιχα.

Διάγραμμα 1



πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

Διάγραμμα 2



πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

Στα διαγράμματα 1 και 2 παρουσιάζεται η συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας και η συνολική τρέχουσα υγειονομική δαπάνη ανά χρηματοδοτικό φορέα (Γενική Κυβέρνηση εκτός Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ)), Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης, νοικοκυριά, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, και λοιπές δαπάνες (από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ), Εκκλησία, κλπ) για τη χρονική περίοδο 2009-2012. Οι συνολικές δημόσιες τρέχουσες δαπάνες υγείας σημείωσαν μείωση κατά 2.0% το έτος 2011 έναντι του 2010 και κατά 12.6% το 2012 σε σχέση με τις δαπάνες του έτους 2011. Η συνολική ιδιωτική τρέχουσα δαπάνη το 2011 παρουσίασε μείωση κατά 4.4% έναντι του έτους 2010 και μείωση κατά 11.4% το έτος 2012 ως προς το έτος 2011 (www.statistics.gr).

3.4 Νομικό καθεστώς και δικαίωμα χρήσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας από τους μετανάστες

Ένας από τους σημαντικότερους τομείς στο θέμα της μετανάστευσης, προτού αναφερθούμε ειδικότερα στο δικαίωμα παροχής υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες, αποτελεί το νομοθετικό πλαίσιο που ισχύει στη χώρας μας.

Ο κύριος νόμος για την μεταναστευτική πολιτική είναι ο νόμος 1975/1991 «Είσοδος-έξοδος, παραμονή, εργασία, απέλαση αλλοδαπών, διαδικασία αναγνώρισης αλλοδαπών προσφύγων και άλλες διατάξεις».

Όπως έχει υποστηριχτεί, πολλά σημεία του νόμου αυτού αποτελούν αντιγραφή του παλαιότερου (ν. 4310/1929) και γενικά τον διακρίνει η αστυνομική λογική. Βασικές αρχές αποτελούν η απαγόρευση εργασίας, όταν δεν υπάρχει άδεια εργασίας, η απέλαση ως τιμωρία για τους αλλοδαπούς και ο περιορισμός των κινήσεων ακόμη και των νόμιμων αλλοδαπών για «λόγους ασφαλείας του κράτους» (άρθρο 14 του ν. 4310 και άρθρο 26 του ν. 1975) Η έμφαση που δίδεται στην κατασταλτική πολιτική και στον κοινωνικό έλεγχο αντανακλά τη στάση της πολιτείας απέναντι στη μετανάστευση και αναδεικνύει τη βασική φιλοσοφία που είναι «η

προσωρινότητα της παραμονής του αλλοδαπού στη χώρα μας», πράγμα που καθιστά δυσμενή τη θέση του αλλοδαπού και την εξαρτά τόσο από την εργασία του όσο και από τον εργοδότη του (Γεωργούλας, 2001, Λαμπριανίδης, 2001).

Το νομικό καθεστώς για τους αλλοδαπούς σήμερα διέπεται από τον πιο πρόσφατο Νόμο 2910/2001 με τίτλο «Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια. Κτήση της ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις», που αντικατέστησε τον προηγούμενο Νόμο 1975/1991.

Ο νέος νόμος 2910/2001 αν και κινείται στα ίδια πλαίσια με τον προγενέστερο, επιχειρεί την αντιμετώπιση της παράνομης μετανάστευσης. Συγκεκριμένα περιλαμβάνει διατάξεις σχετικά με: α) τις γενικές προϋποθέσεις εισόδου και παραμονής αλλοδαπών, β) την είσοδο αλλοδαπών για λόγους σπουδών, γ) την είσοδο και παραμονή αλλοδαπών για την παροχή εξαρτημένης εργασίας καθώς και διατάξεις που ρυθμίζουν το ζήτημα της άσκησης ανεξάρτητης οικονομικής δραστηριότητας. Προβλέπεται επίσης η οικογενειακή συνένωση αλλοδαπών που είναι νόμιμα εγκατεστημένοι στη χώρα μας.

Άλλες διατάξεις του πιο πάνω νόμου αφορούν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των αλλοδαπών, τη δυνατότητα πρόσβασης των ανήλικων αλλοδαπών στην εκπαίδευση καθώς και τις διαδικασίες κτήσης της ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση. Όπως και στον προηγούμενο νόμο, σημαντικό μέρος του πρόσφατου νόμου αναφέρεται στους περιορισμούς-ανάκληση άδειας και παραμονής και στις απελάσεις των ανεπιθύμητων αλλοδαπών. Σχετικά με τους «μη νόμιμα εισερχόμενους αλλοδαπούς» στη χώρα μας προβλέπονται και πάλι αυστηρές πειθαρχικές κυρώσεις, ποινές, απελάσεις κ.α.

Συγκεκριμένα, στο τομέα της υγείας, ο άνωθεν νόμος (Ν.2910/2001) χορήγησε επισήμως ίσα δικαιώματα στους ξένους πολίτες που διαμένουν νόμιμα στη χώρα, σε σχέση με αυτά των Ελλήνων, σχετικά με την εθνική ασφάλιση και κοινωνική προστασία. Ο αρμόδιος ασφαλιστικός φορέας που καλύπτει το μεγαλύτερο αριθμό μεταναστών που έχουν «επίσημα έγγραφα» είναι το ΙΚΑ. Σύμφωνα με στοιχεία του Ινστιτούτου Μεταναστευτικής Πολιτικής, το 2005 οι ασφαλισμένοι μετανάστες στο ΙΚΑ ήταν 242.142 και καταλάμβαναν το 13% του συνόλου των ασφαλισμένων του Οργανισμού, στον ΟΑΕΕ ήταν 9.705 που αντιστοιχεί στο 1,7% και στον ΟΓΑ 44.689 που αντιστοιχεί στο 6,1% (www.imepo.org).

Ακολουθεί ο νόμος 3386/2005 με τίτλο *Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική επικράτεια*, ο οποίος θεωρείται βασικό

νομοθέτημα της ελληνικής μεταναστευτικής πολιτικής. Με τον νέο νόμο μειώθηκε η γραφειοκρατία, ενοποιώντας την άδεια εργασίας και διαμονής μεταναστών σε ένα έγγραφο. Έγινε προσπάθεια νομιμοποίησης παράτυπων μεταναστών και ενσωματώθηκε η κοινοτική οδηγία 2003/86 για την οικογενειακή επανένωση των μεταναστών. Επίσης ενσωματώθηκε η κοινοτική οδηγία 2003/109 για το καθεστώς του επί μακρόν διαμένοντος αλλοδαπού με συμπλήρωση πενταετούς διαμονής στην Ελλάδα και γνώση της ελληνικής γλώσσας, πολιτισμού και ιστορίας. Παράλληλα προβλέπονται ποινικές, οικονομικές και διοικητικές κυρώσεις σε όσους παρέχουν υπηρεσίες σε παράνομους μετανάστες/υπηκόους τρίτων χωρών. Ο συγκεκριμένος νόμος δεν αναφέρεται στο τομέα της υγείας στο σύνολό του, παρά μόνο ως γενική προϋπόθεση δικαιώματος διαμονής των μεταναστών στη χώρα σε ορισμένα άρθρα του (www.Wikipedia.org).

Συγκεκριμένα, να μην αποτελούν κίνδυνο για τη δημόσια υγεία. Οι μόνες ασθένειες που μπορούν να δικαιολογήσουν άρνηση εισόδου ή του δικαιώματος διαμονής είναι εκείνες που προβλέπονται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, καθώς και άλλες λοιμώδεις, μεταδοτικές ή παρασιτικές ασθένειες, οι οποίες επιβάλλουν τη λήψη μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας. Η διαπίστωση, μετά την έκδοση της αρχικής άδειας διαμονής, ότι ο ενδιαφερόμενος πάσχει από ασθένεια, από την οποία προσεβλήθη μετά την είσοδο του στη χώρα, δεν αποτελεί λόγο για τη μη ανανέωση της άδειας διαμονής του ή την απομάκρυνση του από το έδαφος της Χώρας. Όπως επίσης, να διαθέτουν πλήρη ασφάλιση ασθένειας, για το σύνολο των κινδύνων που καλύπτονται για τους ημεδαπούς (www.metanastes.gr).

Στη συνέχεια, έπεται ο νόμος 3386/2007 με τίτλο «*Ειδικές ρυθμίσεις θεμάτων μεταναστευτικής πολιτικής και λοιπών ζητημάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης*». Με τον νόμο αυτό διευκολύνονται οι μετανάστες στην εξαγορά του 20% των ενσήμων που απαιτείται να συμπληρώσουν για να ανανεώσουν την άδεια παραμονής τους. Επίσης οι γονείς μεταναστών μπορούν να νομιμοποιούνται όταν τα παιδιά τους φοιτούν στην πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Τέλος, θεσπίστηκε ο νόμος 3838/2010, σχετικά με τις προϋποθέσεις απόκτησης ελληνικής ιθαγένειας. Τροποποιείται ο *Κώδικας ελληνικής ιθαγένειας* ο οποίος βασιζόταν στην αρχή του δίκαιου του αίματος. Με τον νέο νόμο τα παιδιά μεταναστών αποκτούν την ελληνική ιθαγένεια, με τη γέννησή τους στην Ελλάδα, με προϋπόθεση ότι οι δύο γονείς διαμένουν στην Ελλάδα μόνιμα και νόμιμα για 5

συνεχόμενα έτη. Επίσης παιδιά μεταναστών, τα οποία έχουν παρακολουθήσει τουλάχιστον 6 έτη ελληνικού σχολείου και κατοικούν μόνιμα και νόμιμα στη χώρα, δικαιούνται την ελληνική ιθαγένεια. Οι αλλοδαποί οι οποίοι επιθυμούν την πολιτογράφηση ως Έλληνες θα πρέπει να διανέμουν νόμιμα για επτά συνεχόμενα έτη, να έχουν λευκό ποινικό μητρώο, γνώση ελληνικών, ομαλή ένταξη στην οικονομική και κοινωνική ζωή αλλά και εξοικείωση με τους θεσμούς του πολιτεύματος (www.Wikipedia.org).

Ο εν λόγω νόμος, αναφέρεται στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας, βασιζόμενος στην Υπουργική Απόφαση με αριθμό Υ4α/ΓΠ/οικ.48985/7315, όπου έχουμε τον «Καθορισμό προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών». Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τις διατάξεις, δικαιούχοι δωρεάν νοσοκομειακής περίθαλψης (πολυήμερης ή βραχείας) καθίστανται οι ακόλουθες κατηγορίες πολιτών:

- Ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες ή πολίτες ελληνικής καταγωγής (ομογενείς, κάτοχοι δελτίου ταυτότητας ομογενούς) ή υπήκοοι κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή υπήκοοι τρίτων χωρών, νόμιμα και μόνιμα διαμένοντες στην Ελλάδα, οι οποίοι στερούνται των προϋποθέσεων έκδοσης βιβλιαρίου ανασφάλιστου και δεν είναι ασφαλισμένοι σε κανένα δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα.
- Ασφαλισμένοι που έχουν απωλέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα λόγω οφειλών στα οικεία Ασφαλιστικά Ταμεία, όπως επίσης και τα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς τους (www.unhcr.gr).

Εντούτοις, λαμβάνοντας υπόψη, λόγω της παρατεταμένης ύφεσης και της υψηλής ανεργίας, του μεγάλου ποσοστού της αδήλωτης εργασίας των μεταναστών, πολλοί νόμιμα διαμένοντες, να στερούνται κοινωνικής ασφάλισης και επομένως δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στη δημόσια υγεία. Επίσης, οι μετανάστες δεν απολαμβάνουν παροχές πρόνοιας, όπως το βιβλιάριο περίθαλψης ανασφάλιστων, το οποίο προβλέπει την κάλυψη της δαπάνης για ολόκληρο το χρονικό διάστημα που υπάρχει η ανάγκη ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής ανάγκης (MIGHEALTHNET, 2009).

3.5 Το καθεστώς παραμονής και οι κατηγορίες Μεταναστών.

Το δικαίωμα των αλλοδαπών στο θέμα της πρόσβασης στο ελληνικό σύστημα υγείας διαφέρει ανάλογα με το καθεστώς παραμονής τους στη χώρα. Παρακάτω παρουσιάζονται οι τέσσερις κατηγορίες των μεταναστών και αντιστοίχως τα δικαιώματά τους στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

3.5.1 Αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες (νόμιμοι)

Στον ισχύοντα νόμο 2910/2001, και συγκεκριμένα στο άρθρο 39 παρ.1 του κεφαλαίου για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των αλλοδαπών, αναφέρεται ότι «οι αλλοδαποί που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα ασφαρίζονται στους οικείους ασφαλιστικούς οργανισμούς και απολαμβάνουν των ιδίων ασφαλιστικών δικαιωμάτων με τους ημεδαπούς». Επομένως, οι αλλοδαποί εκείνοι που έχουν εισέλθει στη χώρα και παραμένουν νόμιμα, εφόσον απασχολούνται με σχέση εξαρτημένης εργασίας ή ασκούν ανεξάρτητη οικονομική δραστηριότητα, έχουν το δικαίωμα και την υποχρέωση να ασφαρίζονται στους διάφορους ασφαλιστικούς οργανισμούς, όπως ακριβώς και οι Έλληνες πολίτες και δικαιούνται τις ίδιες παροχές.

Προκειμένου όμως να τους χορηγηθεί η άδεια παραμονής πρέπει να συντρέχουν σωρευτικά κάποιες προϋποθέσεις, μεταξύ των οποίων, να είναι ασφαλισμένοι για την κάλυψη εξόδων νοσηλείας, ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης και για την κάλυψη εργατικού ατυχήματος ή να έχουν ήδη υποβάλει σχετική αίτηση.

Επίσης, απαιτείται να είναι υγιείς, γεγονός που αποδεικνύεται με το πιστοποιητικό υγείας, που εκδίδεται από ημεδαπά κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα ή κέντρα υγείας ή θεραπευτήρια και ιατρεία του ΙΚΑ. Σε αυτό, πρέπει να πιστοποιείται ότι ο αλλοδαπός δεν πάσχει από νόσημα, το οποίο σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα και την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για τη δημόσια υγεία. Τα έξοδα για τις εξετάσεις που απαιτούνται για την έκδοση του πιστοποιητικού βαρύνουν τον ενδιαφερόμενο αλλοδαπό (άρθρ.21 και 26 Ν. 2910/2001).

Πρέπει να σημειωθεί επίσης ότι οι αλλοδαποί που κατοικούν νόμιμα στην Ελλάδα, για δυο τουλάχιστον χρόνια, έχουν τη δυνατότητα, στο πλαίσιο της οικογενειακής συνένωσης, να ζητήσουν την είσοδο και εγκατάσταση των μελών της οικογένειάς τους στη χώρα (σύζυγος, άγαμα τέκνα κάτω των 18 ετών). Στην περίπτωση αυτή, τα μέλη της οικογένειάς του, που συντηρούνται από αυτόν έχουν το δικαίωμα να ασφαλιστούν έμμεσα στον ασφαλιστικό φορέα του αλλοδαπού (άρθρ. 28 Ν. 2910/2001).

Για την παροχή νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε αυτή την κατηγορία αλλοδαπών, απαιτείται η προσκόμιση βιβλιαρίου υγείας ασφαλιστικού φορέα για να καλυφθεί η δαπάνη από αυτόν. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει βιβλιάριο υγείας ασφαλιστικού φορέα, υποχρεούνται να πληρώσουν τη δαπάνη της νοσηλείας τους. Κατ' εξαίρεση γίνονται δεκτά για νοσηλεία μόνο επείγοντα περιστατικά και πάντοτε μέχρι την σταθεροποίηση της υγείας τους. Για εισαγωγή στο νοσοκομείο τακτικού περιστατικού προκαταβάλλεται υποχρεωτικά το 50% του εκτιμώμενου κόστους νοσηλείας.

3.5.2 Παλιννοστούντες ομογενείς

Αναφορικά με τους παλιννοστούντες ομογενείς Ποντίους και τους Βορειοηπειρώτες, ισχύει ευνοϊκότερο καθεστώς. Η έμφαση στην προστασία αυτής της ομάδας φαίνεται και από τη δημιουργία ειδικών θεσμών όπως το *Εθνικό Ίδρυμα Υποδοχής και Αποκατάστασης Αποδήμων και Παλιννοστούντων Ομογενών Ελλήνων*, (ΕΙΥΑΠΟΕ), την ίδρυση και λειτουργία κέντρων φιλοξενίας και τη δημιουργία κέντρου *Συμπαράστασης Παλιννοστούντων Μεταναστών* από την Εκκλησία της Ελλάδος. Η προστατευτική πολιτική σε σχέση με τα ζητήματα υγείας επικεντρώνεται στα εξής :

- στη δυνατότητα κοινωνικής ασφάλισης στον ΟΓΑ (για ανασφάλιστους υπερήλικες, άρθρο 48, Ν. 2084/1992) και ειδικός λογαριασμός αυτασφάλισης στο ΙΚΑ (άρθρο 36, Ν. 1902/1990).
- Δικαίωμα δωρεάν ιατροφαρμακευτικής-νοσοκομειακής περίθαλψης (Υ.Α. Α3β/Φ15/720/7/2/1990, Υπουργείο Υγείας)
- Χορήγηση έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από το Υπ. Εργασίας (Υ.Α. 33155/3012/1985) και βοηθήματα επαναπατρισμού από το Υπ. Υγείας (Υ.Α. ΦΕΚ 242, τ. Β', 26/4/1988).

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

3.5.3 Αναγνωρισμένοι πολιτικοί πρόσφυγες

Οι αναγνωρισμένοι αλλοδαποί πολιτικοί πρόσφυγες απολαμβάνουν όλων των παροχών που απολαμβάνουν και οι Έλληνες πολίτες με τους οποίους εξομοιώνονται ως προς τα δικαιώματα σε παροχές κοινωνικής ασφάλισης. Συνεπώς έχουν δικαιώματα πρόσβασης στις παροχές υγείας, ίδια με αυτά των Ελλήνων πολιτών.

Επίσης δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, εφόσον τους έχει δοθεί το δελτίο ταυτότητας πρόσφυγα ή το δελτίο αιτήσαντος άσυλο αλλοδαπού ή το ειδικό δελτίο παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους.

3.5.4 Μη νόμιμοι αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες

Παρά τη νομιμοποίηση μεγάλου αριθμού οικονομικών μεταναστών, εντούτοις εξακολουθούν να υπάρχουν πολλοί παράνομα διαμένοντες αλλοδαποί και οικονομικοί μετανάστες. Σχετικά με την κοινωνική ασφάλιση των αλλοδαπών οικονομικών μεταναστών μη νόμιμων τόσο στον προηγούμενο νόμο (1975/91, άρθρου 31, παρ. 2) όσο και στον νεότερο (2910/2001, άρθρο 51, παρ. 1) υπάρχει διάταξη σύμφωνα με την οποία «τα νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου υποχρεούνται να μη δέχονται για εξέταση αίτημα αλλοδαπού που βρίσκεται στο ελληνικό έδαφος αν δεν είναι κάτοχος άδειας παραμονής ή δεν έχει θεώρηση εισόδου ή γενικά δεν αποδεικνύει ότι παραμένει νόμιμα στην Ελλάδα. Εξαιρούνται τα νοσοκομεία, τα θεραπευτήρια και οι κλινικές στις περιπτώσεις που οι αλλοδαποί

εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία». Ο νεότερος νόμος συμπληρώνει την παραπάνω διάταξη προβλέποντας ότι εξαιρούνται και τα ανήλικα παιδιά. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην υπάρχει δυνατότητα παροχής ιατροφαρμακευτικής στήριξης καθώς και μη ικανοποίηση οποιουδήποτε θέματος μετανάστη αλλοδαπού, που δεν διαμένει νόμιμα στη χώρα μας.

Όπως γίνεται φανερό, οι αλλοδαποί που ευρίσκονται παράνομα στη χώρα μας, στερούνται ασφαλιστικών δικαιωμάτων και δεν γίνονται δεκτοί στα νοσοκομεία, θεραπευτήρια και κλινικές. Επιπλέον, προβλέπεται ότι οι διευθυντές των κλινικών και θεραπευτηρίων υποχρεούνται να ενημερώνουν την αστυνομική υπηρεσία ή την υπηρεσία αλλοδαπών και μετανάστευσης για την άφιξη και αναχώρηση αλλοδαπών, που νοσηλεύονται στα ιδρύματα αυτά (Ν. 2910 άρθρο 54).

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται συνοπτικά το δικαίωμα πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας των διαφορετικών κατηγοριών αλλοδαπών.

Καθεστώς Παραμονής	Πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας
Μετανάστες με τα απαραίτητα χαρτιά (νόμιμα διαμένοντες)	Κάθε αλλοδαπός τρίτης χώρας ο οποίος διατηρεί άδεια παραμονής σε ισχύ απολαμβάνει πρόσβαση στο ΕΣΥ με τα ίδια δικαιώματα όπως οι Έλληνες πολίτες. Κατ' επέκταση οι «νόμιμοι» μετανάστες που είναι ασφαλισμένοι και διαθέτουν το βιβλιário υγείας που εκδίδει ο ασφαλιστικός τους φορέας μπορούν να απολαμβάνουν τις υπηρεσίες του ΕΣΥ δωρεάν ή καλύπτοντας τμήμα του κόστους . Δεν έχουν ,όμως , τη δυνατότητα έκδοσης βιβλιαρίου απορίας , όπως οι Έλληνες ,οι παλιννοστούντες και οι ομογενείς που είναι ανασφάλιστοι και αποδεικνύουν χαμηλό εισόδημα .
Μετανάστες χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα	Σύμφωνα με το νόμο (Άρθρο 84/Ν.3386/2005) οι άτυποι μετανάστες δεν έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας με εξαίρεση τα επείγοντα περιστατικά και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους (εξαιρούνται οι ανήλικοι). Η μόνη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας που δικαιολογείται από το νόμο είναι επομένως η περίθαλψη στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων .
Παλιννοστούντες και ομογενείς	Οι παλιννοστούντες από τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης και οι ομογενείς από την Αλβανία απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με τους Έλληνες πολίτες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας .
Πρόσφυγες και αιτούντες άσυλου	Οι πρόσφυγες και αιτούντες άσυλου μετά την έκδοση της προσφυγικής ταυτότητας και της κάρτας αίτησης ασύλου , και για το χρονικό διάστημα που αυτές βρίσκονται σε ισχύ , απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με τους Έλληνες πολίτες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας .Σε περίπτωση που είναι ανασφάλιστοι ή έχουν μικρό εισόδημα δικαιούνται δωρεάν πρόσβασης σε πρωτοβάθμια , δευτεροβάθμια περίθαλψη και φαρμακευτική κάλυψη .

Πηγή: Mighealthnet

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθούν τα νομοθετικά κενά, που αφορούν τους αλλοδαπούς χωρίς άδεια παραμονής, που έχουν ήδη καταθέσει αίτηση για ανανέωση άδειας καθώς και τους κατόχους άδειας παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους.

- Στην πρώτη περίπτωση, οι αλλοδαποί χωρίς άδεια παραμονής, μεταξύ άλλων, δεν μπορούν να εκδώσουν ή να ανανεώσουν βιβλιάρια υγείας για τους ίδιους ή τα προστατευόμενα μέλη τους και να λάβουν τις παροχές ή τα επιδόματα που δικαιούνται μέχρι την έκδοση της νέας άδειας. Λόγω των σημαντικών καθυστερήσεων που σημειώνονται στην έκδοση αδειών παραμονής, προτείνεται να παραμένουν για αυτό το διάστημα νόμιμα στη χώρα και να καλύπτονται από τη «βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών έκδοσης άδειας παραμονής», με την οποία θα μπορούν να κάνουν χρήση όλων αυτών των δικαιωμάτων.

Στη δεύτερη περίπτωση, ενώ η άδεια παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους (άρθρ. 37 παρ. 4 α του Ν.2910/2001) χορηγείται κυρίως όταν υπάρχουν σοβαροί λόγοι υγείας του αιτούντος, δεν προβλέπεται δωρεάν νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού. Η πρόβλεψη αυτή επιβάλλεται και για λόγους ίσης μεταχείρισης με τους κατόχους άδειας παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους (άρθρ. 8 παρ.3 του Π.Δ. 61/1999), που χορηγείται στους αλλοδαπούς, των οποίων η αίτηση ασύλου έχει απορριφθεί. (Προτάσεις του Συνηγόρου του Πολίτη επί της τροποποίησης του Ν.2910/2001 (Μαράτου-Αλιπράντη και Γκαζόν, 2005).

3.6 Η νοσηλεία των μεταναστών στην Ελλάδα: Οι διακρατικές συμφωνίες και οι εγκύκλιοι για την ιατροφαρμακευτική & νοσοκομειακή περίθαλψη.

Τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας, η νοσηλεία των αλλοδαπών έχει εξελιχθεί σε μείζον θέμα εξαιτίας της αύξησης αυτών που δεν διαθέτουν ασφαλιστικό φορέα. Ειδικότερα, οι ανασφάλιστοι μετανάστες, οι οποίοι αποτελούν ένα μεγάλο μέρος του μεταναστευτικού πληθυσμού, λόγω του φαινομένου της «μαύρης» εργασίας που παρατηρείται εδώ και πολλά χρόνια στη χώρα μας, έχει σαν αποτέλεσμα την συνεχή επιβάρυνση του προϋπολογισμού των νοσοκομείων.

Με βάση, λοιπόν, τις συνθήκες που διαμορφώθηκαν και στο πλαίσιο ανάπτυξης της συνεργασίας στον τομέα της υγείας με άλλες χώρες, η Ελλάδα προχώρησε σε συμφωνία με εννέα χώρες: Τσεχία, Σλοβακία, Αλβανία, Βουλγαρία, Ρουμανία, Αρμενία, Κύπρος, Ουγγαρία, Μάλτα. Δεν είναι τόσο ότι το πρόβλημα με τους μετανάστες και τη νοσηλεία τους είναι κοινό στις παρακάτω χώρες, όσο το ότι γεωπολιτικοί και λόγοι στρατηγικής επέβαλαν τη σύναψη αυτής της συμφωνίας. Έτσι λοιπόν, η ισχύς των Διακρατικών Συμφωνιών ποικίλλει με χρονικό ορίζοντα που εκτείνεται από 2 έως 5 χρόνια με ταυτόχρονη ανανέωση ύστερα από συμφωνία και των δύο συμβαλλόμενων μερών.

Σύμφωνα λοιπόν με τα άρθρα των συμφωνιών, για όλες τις χώρες, η δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται μόνο σε επείγοντα περιστατικά και για άμεση αντιμετώπιση και εφόσον υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή του ασθενή. Το HIV και οι μεταδοτικές ασθένειες (συνήθως από αυτές πάσχουν οι λαθρομετανάστες) καθώς και η εγκυμοσύνη θεωρούνται κανονικά έκτακτα περιστατικά. Όσον αφορά στα παιδιά- ανηλίκους, η περίθαλψη και η νοσηλεία τους είναι δωρεάν σύμφωνα με νόμο που τα προστατεύει. Ως προς αυτό, διαφοροποιούνται μόνο δύο χώρες: η Αλβανία και η Κύπρος. Σε Αλβανούς υπηκόους παρέχεται δωρεάν περίθαλψη, εκτός από έκτακτες περιπτώσεις στη διάρκεια της προσωρινής τους διαμονής, σε 300 Αλβανούς ύστερα από υπουργική απόφαση. Κάτι ανάλογο ισχύει και για τους Κύπριους υπηκόους χωρίς όμως τον περιορισμό του αριθμού τους.

Ενδεχομένως, οι Διακρατικές Συμφωνίες να έχουν βελτιώσει σε μεγάλο βαθμό τις παροχές υγείας του πληθυσμού των δύο μερών, παρόλα αυτά όμως οι μετανάστες που νοσηλεύονταν σε νοσοκομεία του ΕΣΥ συνεχώς αυξάνονταν, με αποτέλεσμα να αυξάνεται και το ήδη υπάρχον κόστος νοσηλείας. Μετά τις συνθήκες αυτές, λοιπόν, το αρμόδιο υπουργείο θέσπισε συγκεκριμένες διαδικασίες, έτσι ώστε προκειμένου να εισέλθουν οι μετανάστες, αλλοδαποί εκτός χωρών Ε.Ε, στην χώρα μας και να νοσηλευτούν, να απαιτείται η έκδοση υπουργικής απόφασης και η κοινοποίηση της στο νοσοκομείο πριν αυτοί περάσουν τα σύνορα της χώρας. Για όσους βρίσκονται προσωρινά στη χώρα και νόμιμα, η νοσηλεία τους γίνεται κανονικά και με την είσπραξη νοσηλίων. Στους μη νόμιμους, παρέχονται οι πρώτες βοήθειες σε έκτακτα περιστατικά μόνο. Οι πολιτικοί πρόσφυγες εφόσον έχουν τα απαραίτητα δικαιολογητικά, χαίρουν της νοσηλείας και της δωρεάν περίθαλψης. Σε περιπτώσεις ομογενών παρέχεται δωρεάν περίθαλψη υπό τη προϋπόθεση να διαθέτουν Βιβλιάριο Οικονομικής Αδυναμίας συνοδευόμενο υποχρεωτικά από το Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας Ομογενή (Γαϊτανίδου Ε).

Τέλος, σύμφωνα με υπ' αρ. 56432 απόφαση των υπουργών υγείας και οικονομικών (ΦΕΚ Β 1753-28.06.2014) οι νομίμως διαμένοντες στην ελληνική επικράτεια ομογενείς, οι υπήκοοι κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και οι υπήκοοι τρίτων χωρών, νόμιμα και μόνιμα διαμένοντες στην Ελλάδα, οι οποίοι στερούνται των προϋποθέσεων έκδοσης βιβλιαρίου ανασφαλιστού και δεν είναι ασφαλισμένοι σε κανένα δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα και οι ασφαλισμένοι που έχουν απολέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα λόγω οφειλών στα οικεία ασφαλιστικά Ταμεία, όπως επίσης και τα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς τους, δικαιούνται δωρεάν φαρμακευτική φροντίδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Βασικοί Ασφαλιστικοί Οργανισμοί: Προϋποθέσεις ασφάλισης και παροχές στους αλλοδαπούς

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στους τρεις βασικούς ασφαλιστικούς Οργανισμούς (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ-ΤΕΒΕ, ΟΓΑ) που έχουν πλέον σημαντικό αριθμό ασφαλισμένων αλλοδαπών.

Η ανάλυσή θα επικεντρωθεί στις προϋποθέσεις και διαδικασίες εγγραφής στα μητρώα των ταμείων των αλλοδαπών, στις ιδιαιτερότητες, στην κάλυψη και στις παροχές καθώς και στις ρυθμίσεις που προβλέπονται για την ένταξη του αλλοδαπού πληθυσμού στο ασφαλιστικό σύστημα (Μαράτου-Αλιμπραντή και Γκαζόν, 2005).

4.2 Ασφαλιστικοί Φορείς

➤ ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων)



Εικόνα: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Σύμφωνα με τον κανονισμό του ΙΚΑ «ασφαλισμένος στο ΙΚΑ είναι οποιοδήποτε πρόσωπο παρέχει εξαρτημένη εργασία, ανεξάρτητα από την υπηκοότητα του ή την ιθαγένεια του».

Συνεπώς, όποιος έχει τις προϋποθέσεις εγγράφεται στο ΙΚΑ με αριθμό μητρώου αυτόν που προκύπτει την στιγμή της εγγραφής του στο γενικό μητρώο του ΙΚΑ, εφόσον δεν τηρείται ειδικό μητρώο για τους αλλοδαπούς. Η μοναδική αναφορά σε υπηκοότητα γίνεται σε περίπτωση Έλληνα εργαζόμενου στο εξωτερικό για επιχείρηση με έδρα εντός Ελλάδος. Οι αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες που έχουν άδεια παραμονής και εργασίας και οι οποίοι προσφέρουν εξαρτημένη εργασία, ανεξάρτητα από την ιδιότητα του εργοδότη και τη σύμβαση που έχουν ασφαλίζονται στο ΙΚΑ. Με γνώμονα την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων, το ΙΚΑ κατάργησε την υποχρεωτική θεώρηση του οικογενειακού βιβλιαρίου υγείας εφόσον έχουν δηλωθεί ως προστατευόμενα μέλη σύζυγος και παιδιά που δεν έχουν συμπληρώσει τα δεκαοχτώ τους χρόνια μέχρι τη λήξη της ασφαλιστικής ικανότητας των άμεσων ασφαλισμένων.

Όπως αναφέρεται, στις σχετικές εγκυκλίους: α) εγκ.78/02 Β) εγκ. 54/03 η διάρκεια της ασφαλιστικής ικανότητας για όλους τους ασφαλισμένους του Ιδρύματος - διαρκεί πλέον από 1η Μαρτίου κάθε έτους μέχρι το τέλος Φεβρουαρίου του επόμενου εφόσον συντρέχουν οι απαραίτητες χρονικές προϋποθέσεις δηλαδή 50 ημέρες ασφάλισης κατά το προηγούμενο ημερολογιακό έτος (1/1 -31-12) ή βάσει 15μήνου αφιερωμένων στη περίπτωση αυτή των 3 τελευταίων μηνών (δηλαδή το μήνα προσέλευσης και δύο ακόμη). Κατόπιν τούτου η ασφαλιστική ικανότητα για το έτος 2003, ισχύει μέχρι το 2/2004 εάν συντρέχουν οι παραπάνω αναφερόμενες σχετικές προϋποθέσεις. Επομένως, όλοι οι ασφαλισμένοι με τη θεώρηση του βιβλιαρίου ασθένειας τους για το έτος 2003 είναι καλυμμένοι μέχρι τον 2/04. Αντίστοιχα, για το έτος 2004 η θεώρηση γίνεται μέχρι το Φεβρουάριο του 2005.

➤ Ταμείο Επαγγελματιών & Βιοτεχνών Ελλάδος (ΤΕΒΕ-ΟΑΕΕ)



Εικόνα: Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών

Με το Ν.2676/99 συστάθηκε ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.) στο οποίο εντάχθηκαν τα Ταμεία Τ.Ε.Β.Ε – Τ.Α.Ε. – Τ.Σ.Α., ο οποίος περιλαμβάνει Κλάδο Σύνταξης και Κλάδο Υγείας. Σκοπός του Ο.Α.Ε.Ε. είναι η ασφαλιστική κάλυψη των προσώπων που ασκούν ασφαλιστέο επάγγελμα στα ενοποιημένα Ταμεία σε περίπτωση γήρατος, αναπηρίας, θανάτου, ατυχήματος, ασθένειας ή θανάτου τους. Το ΤΕΒΕ αποτελεί φορέα κύριας ασφάλισης των επαγγελματιών και βιοτεχνών και υπάγεται στον ΟΑΕΕ. Η ασφάλιση στο Τ.Ε.Β.Ε. είναι υποχρεωτική και ασφαλίζονται όλοι οι Επαγγελματίες και Βιοτέχνες που έχουν συμπληρώσει το 18ο έτος της ηλικίας τους και ασκούν επάγγελμα, ανεξάρτητα με τη μορφή λειτουργίας της επιχείρησης, ατομική ή εταιρεία (ομόρρυθμη, ετερόρρυθμη, Α.Ε, Ε.Π.Ε.). Επίσης στην ασφάλιση του ΤΕΒΕ υπάγονται και διάφορες άλλες κατηγορίες επαγγελματιών όπως ξενοδόχοι, εκτελωνιστές, καθώς και απασχολούμενοι με σύμβαση έργου σε φορείς του Δημοσίου Τομέα.

Οι ασφαλισμένοι αλλοδαποί στο ΤΕΒΕ έχουν ακριβώς **τα ίδια δικαιώματα** και **υποχρεώσεις με τους Έλληνες ασφαλισμένους**. Για την εγγραφή τους στο

TEBE, εκτός των δικαιολογητικών που απαιτούνται για τους Έλληνες πολίτες, οι ομογενείς της Αλβανίας (Βορειοηπειρώτες) πρέπει να προσκομίσουν φωτοαντίγραφο ειδικού δελτίου ταυτότητας σε ισχύ και οι αλλοδαποί εκτός ΕΟΧ και χωρών, με τις οποίες η Ελλάδα έχει συνάψει διακρατικές συμβάσεις πρέπει να προσκομίσουν φωτοαντίγραφο άδειας παραμονής σε ισχύ ή βεβαίωση έκδοσης αυτής.

Μετά την εγγραφή στα Μητρώα του ΤΕΒΕ, οι ασφαλισμένοι υποχρεούνται στην καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών, προκειμένου να δικαιούνται τις παροχές του ταμείου. Οι ασφαλισμένοι κατατάσσονται ανάλογα με την χρονολογία εγγραφής τους στον ασφαλιστικό φορέα (παλαιοί ασφαλισμένοι μέχρι 31/12/1992 και νέοι ασφαλισμένοι μετά την 1/1/1993) σε ασφαλιστικές κατηγορίες. Για τους νέους ασφαλισμένους υπάρχουν 14 ασφαλιστικές κατηγορίες, από τις οποίες οι 5 είναι υποχρεωτικές και οι 9 προαιρετικές. Ο νέο-εγγραφόμενος στο ΤΕΒΕ, που δεν έχει ασφαλισθεί πριν από την 1-1-1993 σε άλλο φορέα κύριας ασφάλισης, κατατάσσεται υποχρεωτικά στην 1η ασφαλιστική κατηγορία. Η κατάταξη σε ανώτερη ασφαλιστική κατηγορία γίνεται μετά την συμπλήρωση παραμονής δύο ετών σε κάθε μία και μέχρι την πέμπτη (5), όπου μπορεί να παραμείνει μέχρι τη συνταξιοδότησή του, εφόσον ο ίδιος με αίτησή του δεν ζητήσει την υπαγωγή του σε μια από τις υπόλοιπες εννέα (9) προαιρετικές κατηγορίες. Το ύψος της σύνταξης συναρτάται με την ασφαλιστική κατηγορία στην οποία εντάσσεται ο ασφαλισμένος και για το λόγο αυτό, όσο υψηλότερη είναι η ασφαλιστική κατηγορία, τόσο μεγαλύτερο είναι και το ποσό της σύνταξης που εξασφαλίζει ο ασφαλισμένος.

Το Τ.Ε.Β.Ε. παρέχει:

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

- Επίσης, παρέχει στους ασφαλισμένους του με συμμετοχή 25% όλα τα απαραίτητα θεραπευτικά μέσα (αμαξίδια χειροκίνητα, συμπτυκνωτές οξυγόνου, ακουστικά βαρηκοΐας κλπ) και χωρίς συμμετοχή στη δαπάνη αγοράς κάποια αναλώσιμα υλικά σε ασφαλισμένους του που πάσχουν από σοβαρά χρόνια νοσήματα (παραπληγικοί – τετραπληγικοί, πάσχοντες από νεοπλάσματα κ.α.).
- Νοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία παρέχεται μέσω συμβεβλημένων με το ΤΕΒΕ κρατικών νοσοκομείων, ιδιωτικών κλινικών και άλλων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, στα οποία οι ασφαλισμένοι του νοσηλεύονται στη ΒΑ θέση. Επίσης καλύπτει τις δαπάνες για τη νοσηλεία στο εξωτερικό σε εξαιρετικές περιπτώσεις για σοβαρότατα νοσήματα, η διάγνωση και η θεραπεία των οποίων δεν μπορεί να γίνει στην Ελλάδα.
- Φαρμακευτική περίθαλψη, μέσω συμβεβλημένων φαρμακείων με συμμετοχή του ασφαλισμένου στη δαπάνη από 25% μέχρι 0% σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις. Στους επιδοματούχους του ΕΚΑΣ, παρέχονται φάρμακα με ποσοστό 10% αντί του 25% που προαναφέρθηκε.

Επίσης, οι ασφαλισμένοι του ΤΕΒΕ δικαιούνται παροχές σε χρήματα όπως επίδομα τοκετού, επίδομα εργατικού ατυχήματος σε περίπτωση που το ατύχημα συνέβη κατά την άσκηση του επαγγέλματος ή εξ αφορμής αυτού, καθώς και έξοδα κηδείας σε περίπτωση θανάτου του άμεσα ασφαλισμένου.

Τέλος, η διάκριση των αλλοδαπών που κάνουν χρήση εξωνοσοκομειακής περίθαλψης είναι πολύ δύσκολο να υπολογιστεί εφόσον ισχύει η ελεύθερη επιλογή γιατρού από κατάλογο γιατρών συμβεβλημένων με το ΤΕΒΕ.

➤ **Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ)**



Εικόνα: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

Ο ΟΓΑ ιδρύθηκε με το νόμο 4169/61 με σκοπό καταρχήν τη χορήγηση παροχών συντάξεων γήρατος – χηρείας και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στον αγροτικό πληθυσμό της χώρας. Στη συνέχεια διευρύνθηκε η ασφαλιστική του προστασία με προσθήκη παροχών, όπως φαρμακευτική περίθαλψη, συντάξεις αναπηρίας κ.α. Το 1998 ο ΟΓΑ μετατράπηκε σε Ταμείο Κύριας Ασφάλισης Αγροτών (νόμος 2458/97) και παρέχει ένα ευρύ και πλήρες φάσμα ασφαλιστικής προστασίας.

Στην ασφάλιση του ΟΓΑ υπάγονται υποχρεωτικά: Οι αγρότες, οι αυτοτελώς δηλ. προσωπικά απασχολούμενοι, συστηματικά και κατά κύριο βιοποριστικό επάγγελμα στην αγροτική οικονομία (ιδιοκτήτες και εκμεταλλευτές αγροκτημάτων, κτηνοτρόφοι, πτηνοτρόφοι, μελισσοκόμοι κλπ.) καθώς και οι αλιείς που δεν υπάγονται στην ασφάλιση άλλου φορέα. Επίσης, υπάγονται οι αγρο-εργάτες, (οι απασχολούμενοι κατά κύριο βιοποριστικό επάγγελμα με ημερομίσθιο ή μισθό, σε οποιαδήποτε παραγωγική αγροτική εργασία).

Στον κλάδο κύριας ασφάλισης Αγροτών του ΟΓΑ μπορούν να ασφαλιστούν και οι αλλοδαποί που απασχολούνται στην αγροτική οικονομία και έχουν λάβει άδεια άσκησης εργασίας, εφόσον βέβαια απασχολούνται συστηματικά κατά κύριο επάγγελμα και όχι περιστασιακά και αντλούν το βιοπορισμό τους από την απασχόληση αυτή.

Οι αυτοτελώς απασχολούμενοι στην αγροτική οικονομία μπορούν να επιλέξουν με δήλωσή τους μια από τις επτά ασφαλιστικές κατηγορίες του κλάδου και υποχρεούνται να καταβάλουν οι ίδιοι τις ασφαλιστικές τους εισφορές για σύνταξη, ασθένεια και για την Αγροτική Εστία (από 380,28 € έως 1.066,08 € ετησίως). Αν δεν υποβάλουν δήλωση, η κατάταξη γίνεται από τον ανταποκριτή του ΟΓΑ στην 1η κατώτερη ασφαλιστική κατηγορία. Η αλλαγή ασφαλιστικής κατηγορίας μπορεί να ζητηθεί οποτεδήποτε από τον ασφαλισμένο (ισχύει από την 1η του επόμενου έτους από την υποβολή της σχετικής αίτησης).

Το ύψος της σύνταξης είναι ανάλογο του χρόνου ασφάλισης - καταβολής εισφορών και της ασφαλιστικής κατηγορίας την οποία έχει επιλέξει ο ασφαλισμένος για το λόγο αυτό, όσο υψηλότερη είναι η ασφαλιστική κατηγορία, τόσο μεγαλύτερο είναι και το ποσό της σύνταξης που θα δικαιούται ο ασφαλισμένος.

Με βάση τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν. 2639/98,10 όλοι οι αγροεργάτες-αλλοδαποί ασφαλίζονται πλέον στον ΟΓΑ, ανεξάρτητα από την περιοχή που παρέχουν την εργασία τους. Όπως αναφέρεται στην εγκύκλιο 1/1999 του ΟΓΑ σχετικά με θέματα ασφάλισης των αγροεργατών-αλλοδαπών: οι απασχολούμενοι κατά κύριο βιοποριστικό επάγγελμα, με ημερομίσθιο ή μισθό, σε είδος ή σε χρήμα, σε οποιαδήποτε αγροτική παραγωγική εργασία και εφόσον προσκομίσουν δικαιολογητικό από το οποίο πιστοποιείται η νομιμότητα της παραμονής τους στη χώρα μας, μπορούν να απευθυνθούν στους ανταποκριτές του ΟΓΑ και να ζητήσουν την εγγραφή τους στα Μητρώα του Κλάδου .

Ο ΟΓΑ παρέχει στους ασφαλισμένους του, άνευ συμμετοχής τους, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη μέσω των Αγροτικών Ιατρείων, των Κέντρων Υγείας και των Εξωτερικών Ιατρείων των Κρατικών Νοσοκομείων και των Συμβεβλημένων με τον ΟΓΑ θεραπευτηρίων Κοινωφελούς χαρακτήρα. Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει τις απαραίτητες ιατρικές φροντίδες, μικροβιολογικές, παρακλινικές και λοιπές εξετάσεις και θεραπείες, χορήγηση συνταγών φαρμάκων, χορήγηση φαρμάκων για αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων, διενέργεια ειδικών εξετάσεων σε ιδιωτικά εργαστήρια.

Επίσης παρέχεται εντελώς δωρεάν πλήρης νοσοκομειακή περίθαλψη στη Γ' θέση των Κρατικών Νοσοκομείων, των Θεραπευτηρίων του ΙΚΑ και των συμβεβλημένων με τον ΟΓΑ Ιδιωτικών Κλινικών και Θεραπευτηρίων. Αν ο

ασφαλισμένος επιθυμεί να νοσηλευτεί σε βελτιωμένη θέση, τότε βαρύνεται με τη διαφορά της δαπάνης από τη Γ' θέση στη βελτιωμένη.

Στους ασφαλισμένους του ΟΓΑ χορηγούνται βοηθητικά θεραπευτικά μέσα, θεραπευτικά μέσα και όργανα παροδικής χρήσης, προθέσεις για μετεγχειρητικές καταστάσεις, ορθοπεδικά είδη, μηχανήματα και τεχνητά μέλη και συσκευές οξυγονοθεραπείας και αποδίδεται στους ασφαλισμένους η νόμιμη δαπάνη.

Ο Ο.Γ.Α. παρέχει στους ασφαλισμένους του πλήρη φαρμακευτική περίθαλψη και οι ασφαλισμένοι πληρώνουν για τα φάρμακα συμμετοχή 25%, με εξαίρεση φάρμακα για την αντιμετώπιση και θεραπεία ορισμένων χρόνιων παθήσεων, στα οποία η συμμετοχή είναι 10% ή χορηγούνται δωρεάν.

Στις γυναίκες που κατά το χρόνο του τοκετού τους είναι ασφαλισμένες στον Κλάδο Υγείας του ΟΓΑ παρέχεται επίδομα κυοφορίας και λοχείας καθώς και, σε περίπτωση που ο τοκετός πραγματοποιηθεί σε Ιδιωτικό Μαιευτήριο με δαπάνη της ασφαλισμένης, βοήθημα τοκετού. Επίσης σε περίπτωση θανάτου του ασφαλισμένου ή συνταξιούχου του ΟΓΑ καταβάλλεται εφάπαξ βοήθημα εξόδων κηδείας.

Συμπερασματικά, οι αλλοδαποί ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ έχουν ίδια δικαιώματα και υποχρεώσεις με τους Έλληνες ασφαλισμένους. Συγκεκριμένα δεν κατατάσσονται σε ασφαλιστικές κατηγορίες του Κλάδου Κύριας Ασφάλισης, όπως και οι Έλληνες και πληρώνουν εισφορές για σύνταξη ασθένεια και τον Λογαριασμό Αγροτικής Εστίας. Δικαιούνται επίσης να λαμβάνουν σύνταξη, νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και να συμμετέχουν στα προγράμματα Κοινωνικού Τουρισμού και στις άλλες παροχές του Λογαριασμού Αγροτικής Εστίας του ΟΓΑ (υπ' αριθμό. πρωτ. 74254/27.9.2004 επιστολή της Διεύθυνσης Διοικητικής υποστήριξης του ΟΓΑ).

Στο επόμενο κεφάλαιο ακολουθεί η ανάλυση της έννοιας της «προσβασιμότητας» στη φροντίδα υγείας και συγκεκριμένα στο εθνικό σύστημα υγείας της χώρας μας στο πλαίσιο της γραφειοκρατίας και της οικονομικής κρίσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Η Έννοια της «Προσβασιμότητας» στο σύστημα υγείας

Σύμφωνα με τους Ingleby et al (2005), η πρόσβαση σε αποτελεσματική φροντίδα υγείας, θα πρέπει να θεωρείται εξίσου σημαντική με τη στέγαση και την εκπαίδευση για την διαβίωση και επομένως την ένταξη των μεταναστών στο κοινωνικό σύνολο.

Επομένως, η πρόσβαση σε καλής ποιότητα φροντίδα υγείας είναι μία σημαντική πτυχή της κοινωνικής ένταξης ή ακόμη και αποκλεισμού των μεταναστών. Οι υπάρχουσες υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας είναι το αποτέλεσμα μιας μακράς διαδικασίας προσαρμογής στις ανάγκες της πλειοψηφίας του γηγενούς πληθυσμού, οπότε είναι αναμενόμενο να αποτυγχάνουν να ανταποκριθούν στις ανάγκες άλλων ομάδων (Watters, 2002).

Η έννοια της «προσβασιμότητας» είναι πολύ ευρεία και καλύπτει πολλές πλευρές των τρόπων πρόσβασης στη φροντίδα. Αποτελεί μία από τις αρχές που διατυπώνονται στον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη, ο οποίος υπογραμμίζει τη σημασία των διαφανών κριτηρίων για την πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη και την υποχρέωση των κρατών να διαθέτουν επαρκές σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που δεν αποκλείει τμήματα του πληθυσμού από τη λήψη υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Ωστόσο, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι δύσκολο να μετρηθεί και δεν υπάρχει λεπτομερής μεθοδολογία σε επίπεδο ΕΕ για την παρακολούθησή της και την προώθηση των βέλτιστων πρακτικών. Αυτό θα ήταν σημαντικό βήμα για τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας.

Ένας δείκτης που χρησιμοποιείται συνήθως είναι η διακύμανση, σε όλη την ΕΕ, του ποσοστού των κατοίκων που αναφέρουν δυσκολίες στην πρόσβαση ιατρικής περίθαλψης για λόγους που σχετίζονται με την προσβασιμότητα των συστημάτων υγείας: χρόνος αναμονής, απόσταση που διανύεται και συμμετοχή του ασφαλισμένου στις δαπάνες. Ωστόσο, τα πορίσματα αυτά απορρέουν από ανάγκες βάσει ιδίας

δήλωσης και, ως εκ τούτου, ενδέχεται να διαπνέονται από πολιτισμικές προκαταλήψεις όταν γίνεται σύγκριση μεταξύ χωρών.

Στην Ελλάδα, το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει ορισμένες βασικές αρχές.

Μία από αυτές είναι η αρχή της ιδιότητας του πολίτη με την οποία δίδεται η δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης που παρέχονται από το ΕΣΥ. Περιλαμβάνει δε, δύο τύπους υπηρεσιών: αφενός τα αγροτικά κέντρα υγείας και αφετέρου τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων.

Μια δεύτερη αρχή είναι αυτή της απασχόλησης καθώς και της καταβολής ασφαλιστικών εισφορών. Η συγκεκριμένη αρχή επιτρέπει την πρόσβαση σε υπηρεσίες που όχι μόνο παρέχονται αλλά και χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση. Σε όλες τις άλλες υπηρεσίες υγείας, η πρόσβαση επιτυγχάνεται με βάση το επάγγελμα. Σ' αυτή την κατηγορία, λοιπόν, υπάγονται τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών ταμείων, όπως επίσης και οι ιδιώτες ιατροί, τα διαγνωστικά κέντρα, οι κλινικές που έχουν σύμβαση μ' αυτά καθώς και η νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Κάθε εργαζόμενος υποχρεούται να ενταχθεί σε κάποιο ταμείο ασφάλισης, χωρίς βέβαια να μπορεί να το επιλέξει ο ίδιος, και με βάση πάντα το επάγγελμά του.

Η τρίτη αρχή αφορά στους άπορους, εκείνους, δηλαδή, που ενώ δεν έχουν ασφάλιση και εισόδημα, τους παρέχεται ωστόσο το δικαίωμα της δωρεάν πρόσβασης σε κέντρα υγείας και δημόσια νοσοκομεία, με την προϋπόθεση να έχουν ελεγχθεί τα μέσα διαβίωσής τους.

Τέλος, υπάρχει και η δυνατότητα ελεύθερης επιλογής ιδιωτικών κέντρων υγείας, μη συμβεβλημένων με τον ασφαλιστικό φορέα, και ανεξάρτητα από το αν καλύπτεται από ένα συγκεκριμένο ασφαλιστικό ταμείο. Σ' αυτή την περίπτωση, βέβαια, προαπαιτούμενο είναι η κάλυψη του κόστους περίθαλψης από τον ίδιο τον ιδιώτη.

Επίσης, μια ακόμη δυνατότητα είναι αυτή της σύναψης ιδιωτικής ασφάλισης υγείας όπου οι όροι και οι παροχές διαμορφώνονται ανάλογα με τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε ασφαλισμένου.

Είναι κοινός τόπος ότι η Ελλάδα, τις τελευταίες τουλάχιστον δύο δεκαετίες, αποτελεί χώρα υποδοχής μεταναστών. Σε οτιδήποτε έχει να κάνει με το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, οι μετανάστες που ζουν νόμιμα στην Ελλάδα και διαθέτουν τα απαραίτητα δικαιολογητικά, καθώς επίσης και όσοι έχουν ζητήσει

άσυλο και τους έχει δοθεί, απολαμβάνουν των ίδιων παροχών όπως ακριβώς και οι Έλληνες πολίτες.

Για τους διαμένοντες παράνομα στη χώρα, παρέχεται μόνο νοσοκομειακή περίθαλψη, σε περίπτωση μάλιστα που απειλείται η υγεία τους και έως ότου υπάρξει μια σταθεροποίηση αυτής. Επίσης, έχουν τη δυνατότητα να απευθύνονται και σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης που προσφέρονται από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και από δημοτικά ιατρεία (Φούσκας και Οικονόμου, 2011).

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που περιορίζει την προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, ειδικότερα εν μέσω κρίσης, είναι οι υψηλές ιδιωτικές οικονομικές δαπάνες . Συγκεκριμένα, τα ποσοστά των μεταναστών που κατάφεραν να εξασφαλίσουν νομικά την παραμονή τους στη χώρα και ταυτόχρονα παραμένουν ανασφάλιστοι, είναι υψηλά. Όσοι δεν είναι ασφαλισμένοι, οφείλουν να προκαταβάλλουν υποχρεωτικά οι ίδιοι το 50% του εκτιμώμενου κόστους νοσηλείας-περίθαλψης στο νοσοκομείο.

Ως εκ τούτου, το κόστος αυτό κρίνεται δυσβάσταχτο για μεγάλο αριθμό μεταναστών, οι οποίοι αφενός δεν δικαιούνται βιβλιάριο οικονομικής αδυναμίας και αφετέρου δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να στραφούν σε ιδιωτικές κλινικές. Οι συνθήκες αυτές αποτυπώνουν την ελληνική πραγματικότητα στον συγκεκριμένο τομέα , ενώ παράλληλα ενισχύεται σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Μαρατού-Αλιπράντη και Γκαζόν (2005), όπου οι μετανάστες λόγω χαμηλότερων εισοδημάτων σε σύγκριση με το γηγενή πληθυσμό, ζουν διαρκώς μέσα σε ένα κλίμα αβεβαιότητας και ανασφάλειας. Για αυτό το λόγο, οι αλλοδαποί αδυνατούν να σηκώσουν το οικονομικό βάρος μιας έκτακτης ανασφάλειας, όπως είναι τα προβλήματα υγείας. Κατόπιν τούτου, δυσχεραίνεται η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, λόγω της ανασφάλιστης εργασίας και του χαμηλού εισοδήματος των μεταναστών, καθώς και του περιοριστικού θεσμικού πλαισίου.

Παράλληλα, η ελλιπής ενημέρωση των κρατικών φορέων όσον αφορά το νομικό πλαίσιο και την κρατική πρόνοια των επιμέρους κατηγοριών αλλοδαπών, εμποδίζει την πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Επιπροσθέτως, η μεγάλη γραφειοκρατία που εξελίσσεται εδώ και πολλά χρόνια ανάμεσα σε συναρμόδια υπουργεία, δήμους και νομαρχίες σχετικά με τις εκδόσεις ή ανανεώσεις αδειών παραμονής, έχουν ως αποτέλεσμα να δυσχεραίνουν ποικιλοτρόπως την προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Ακόμη, πέραν των προβλημάτων επικοινωνίας, σημαντικός παράγοντας για την δυσκολία πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας είναι και η ελλιπής ενημέρωση για το πώς λειτουργούν τα συστήματα υγείας, αλλά και σε ορισμένες περιπτώσεις η πολυπλοκότητα αυτών. Συχνά οι μετανάστες έχουν πλήρη άγνοια αναφορικά με τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας της χώρας υποδοχής και δεν γνωρίζουν ακριβώς τις διαδικασίες τις οποίες θα πρέπει να ακολουθήσουν, αν αρρωστήσουν, πέραν της επίσκεψης στα επείγοντα περιστατικά ενός νοσοκομείου (Cucchi et al, 2008).

Επίσης, η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού που να λειτουργούν ως διερμηνείς, διαμορφώνοντας έτσι το κατάλληλο υπόβαθρο, ώστε το προσωπικό των νοσοκομείων να κατανοεί καλύτερα τις ανάγκες των μεταναστών και επομένως να παρέχονται επιτυχώς και χωρίς διακρίσεις υπηρεσίες υγείας, έχει ως αποτέλεσμα να διογκώνει το χρόνιο πρόβλημα στο ελληνικό σύστημα ασύλου, σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των μεταναστών.

Τέλος, δεν υπάρχουν ενδείξεις συστηματικών διακρίσεων και αποκλεισμού, ενώ περιπτώσεις κακομεταχείρισης από γιατρούς και νοσοκομειακό προσωπικό είναι μάλλον σπάνια και μεμονωμένα περιστατικά. Ωστόσο, οι αλλοδαποί συνεχίζουν να παραμένουν ευάλωτες ομάδες, καθώς αντιμετωπίζουν τη βίαιη προσαρμογή σε ένα καινούργιο περιβάλλον, στο οποίο αισθάνονται ξένοι, καθώς αντιμετωπίζουν καθημερινά το ρατσισμό, τη φτώχεια, το φόβο και την κοινωνική απαξίωση.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι, οι παραπάνω λόγοι είναι αυτοί που περιορίζουν την προσβασιμότητα των αλλοδαπών στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ακόμη και όταν η πρόσβαση τους είναι νομικά κατοχυρωμένη. Από την αντίθετη όμως πλευρά, πολλά είναι και τα περιστατικά που χαρακτηρίζονται από παρατυπία σχετικά με την πρόσβαση των μεταναστών στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Η θεωρία αυτή ενισχύεται μέσω ερευνών, τα αποτελέσματα των οποίων δείχνουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αλλοδαπών ασθενών που καταφεύγουν στα επείγοντα είναι ανασφάλιστοι. Οπότε, αυτό σημαίνει ότι οι μετανάστες τόσο λόγω της ανασφάλειας, όσο και της έλλειψης επίσημων εγγράφων, δεν αναζητούν τη φροντίδα υγείας στις δημόσιες υπηρεσίες, παρά μόνο όταν η κατάσταση της υγείας τους χειροτερεύσει, όπου και το κόστος περίθαλψης θα είναι μεγαλύτερο.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η περίθαλψη των μεταναστών, να προσεγγίζεται μονομερώς, από την οπτική δηλαδή μόνο του οικονομικού τομέα και όχι από τους

κινδύνους που ελλοχεύουν για τη δημόσια υγεία σε περίπτωση μη παροχής υπηρεσιών. (Γιατροί του κόσμου, 2007).

5.2 Η υγεία των Μεταναστών στην Ελλάδα

Οι πληροφορίες που υπάρχουν για την υγεία και την χρήση υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του μεταναστευτικού πληθυσμού είναι περιορισμένες λόγω της μη διαθεσιμότητας - καταγραφής επισήμων στοιχείων. Παράλληλα, ελάχιστες είναι και οι μελέτες που έχουν ασχοληθεί εξ ολοκλήρου με θέματα υγείας των μεταναστών στην Ελλάδα. Η εικόνα ωστόσο που σχηματίζεται, είναι ότι δεν παρατηρούνται συστηματικές ανισότητες εις βάρος των μεταναστών σχετικά με θέματα πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας, αλλά τα πρότυπα χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες μοιάζουν με αυτά των χαμηλότερων κοινωνικό-οικονομικών στρωμάτων του ελληνικού πληθυσμού (Κοτσιώνη, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Η πόλη της Χαλκίδας



Εικόνα: Νομός Ευβοίας- Χαλκίδα

Η Χαλκίδα είναι η πρωτεύουσα και έδρα της περιφερειακής ενότητας της Στερεάς Ελλάδος, καθώς και το εμπορικό και βιομηχανικό κέντρο του νησιού της Εύβοιας. Η Εύβοια είναι το δεύτερο σε έκταση νησί της Ελλάδας και το τρίτο της ανατολικής Μεσογείου. Η πόλη είναι κτισμένη στις δύο πλευρές του πορθμού του Ευρίπου με το ένα κομμάτι της να βρίσκεται στην νήσο Εύβοια και το άλλο της στην Στερεά Ελλάδα, με συνολική έκταση 30,8 τ. χλμ. Σύμφωνα με την απογραφή του 2011 η Χαλκίδα έχει πληθυσμό 59.125 κατοίκους. Ωστόσο, σύμφωνα με το πρόγραμμα «Καλλικράτης», από την συνένωση των προϋπαρχόντων δήμων Αθηδώνος, Δηλαντίων, Αυλίδος, Νέας Αρτάκης, ο αριθμός αυξάνεται σε 102.223 μόνιμους κατοίκους, ανεξαρτήτως υπηκοότητας (ελληνικής ή άλλης χώρας). Θα

πρέπει να προστεθεί το γεγονός ότι η απόσταση Χαλκίδα- Αθήνα είναι 78 χιλιόμετρα, Χαλκίδα-Θήβα 35 χιλιόμετρα, ενώ από τη Λιβαδειά απέχει 93 χιλιόμετρα (www.dimos-xalkideon.gr).

Όσον αφορά το μεταναστευτικό πληθυσμό της περιοχής, λόγω σημαντικών δυσκολιών, δεν είναι εύκολη ποσοτικά η καταγραφή του, γεγονός το οποίο οφείλεται στη μεγάλη έκταση του φαινομένου της παράνομης μετανάστευσης, στο χαοτικό χαρακτήρα της γραφειοκρατίας μεταξύ των συμβαλλόμενων υπουργείων για τη νομιμοποίηση τους, στις συνεχείς μετακινήσεις τους με στόχο την εύρεση εργασίας καθώς και στο μείζον θέμα με τους ομογενείς. Όλα αυτά τα στοιχεία, συμβάλλουν στη δυσκολία καταγραφής του ακριβή αριθμού των αλλοδαπών-μεταναστών, στο πλαίσιο μιας ενιαίας βάσης δεδομένων.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των αλλοδαπών ωστόσο, λόγω φυσικά των αναγκών της ευρύτερης περιοχής, εργάζεται στον πρωτογενή τομέα (γεωργία, αλιεία), καθώς πρόκειται για έναν κλάδο χαμηλής ειδίκευσης, εποχικότητας και ανασφάλιστης εργασίας, ο οποίος θεωρείται και κινητήριο μοχλός της τοπικής οικονομίας. Οι υπόλοιποι ασχολούνται κυρίως στο δευτερογενή τομέα, καθώς τόσο στη Χαλκίδα, όσο και στις οι ευρύτερες περιοχές, δραστηριοποιείται μεγάλος αριθμός επιχειρήσεων-συνεταιρισμών, οι οποίες έχουν ανάγκες φθηνού και ανειδίκευτου εργατικού δυναμικού.

6.2 Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χαλκίδας

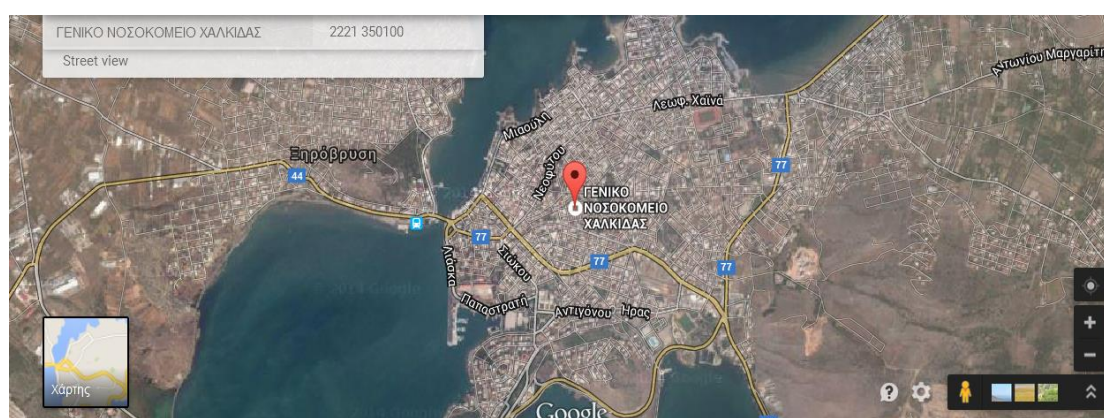


Εικόνα: Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χαλκίδας

Το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χαλκίδας ανήκει στην 5^η υγειονομική περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας και Θεσσαλίας και αποτελεί δευτεροβάθμια μονάδα περίθαλψης. Βρίσκεται στο κέντρο της πόλης της Χαλκίδας, όπως φαίνεται άλλωστε και παρακάτω στον δορυφορικό χάρτη και σύμφωνα με τις πληροφορίες του Γραφείου Υποστήριξης του Πολίτη του νοσοκομείου, ξεκίνησε να λειτουργεί στο συγκεκριμένο κτήριο στις αρχές του 1980. Παράλληλα, το νοσοκομείο αυτό, με την σημερινή του μορφή, εντάχθηκε στο ΕΣΥ το 1982 και με τον Ν. 1397/83, όπου άρχισε ουσιαστικά τη λειτουργία του με 180 κρεβάτια. Σύμφωνα με τον τελευταίο οργανισμό λειτουργίας (ΦΕΚ. Β 3479/31.12.2012), προβλεπόταν ανάπτυξη έως και 256 κλινών. Ωστόσο, η συνολική δυναμικότητα ανεπτυγμένων κλινών του

νοσοκομείου που λειτουργούν σήμερα είναι 196 κλίνες, ενώ όσον αφορά το προσωπικό που εργάζεται σε αυτό είναι συνολικά 328 άτομα. Συγκεκριμένα, έχει ως εξής:

- διοικητικό προσωπικό: 38 άτομα
- ιατρικό προσωπικό: 64 άτομα
- νοσηλευτικό προσωπικό: 205 άτομα
- τεχνικό προσωπικό: 21 άτομα



δορυφορικός χάρτης: τοποθεσία Γενικού Νοσοκομείου Χαλκίδας

Ακολούθως, ένα άλλο σημαντικό κεφάλαιο όσον αφορά τον νοσοκομείο της Χαλκίδας, το οποίο συνδέεται άρρηκτα με την προσβασιμότητα, είναι οι κλινικές, τα τμήματα και τα ιατρεία που διαθέτει, καθώς και οι ιατρικές υπηρεσίες που δύναται να προσφέρει αντιστοίχως.

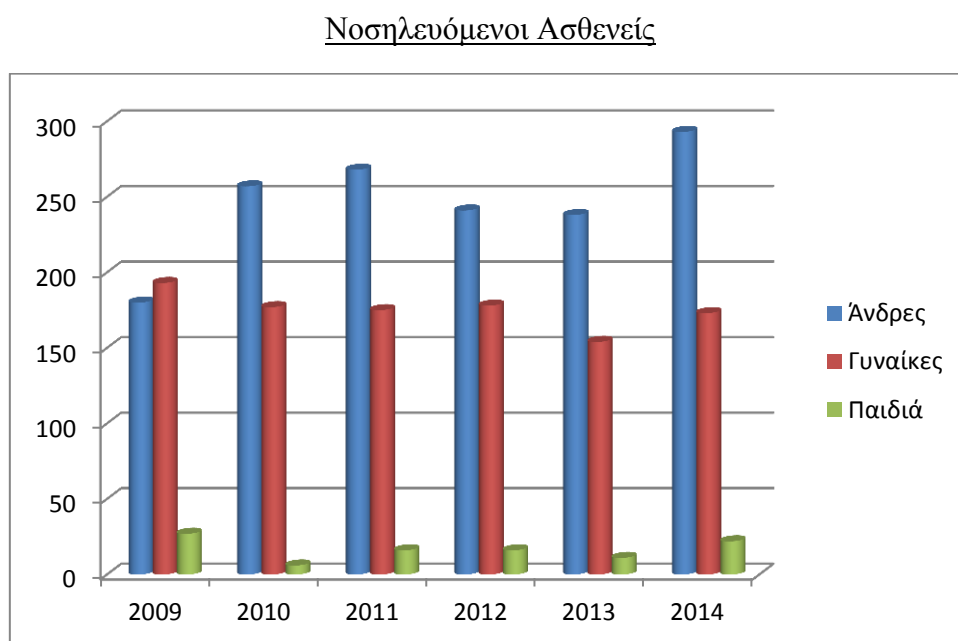
Συγκεκριμένα, διαθέτει:

- Παθολογικό τμήμα (Α' και Β'), το οποίο με τη σειρά του διαθέτει: τακτικό παθολογικό ιατρείο, διαβητολογικό ιατρείο και τέλος ιατρείο διαβητικού ποδιού.
- Παιδιατρικό τμήμα, το οποίο διαθέτει τακτικό, έκτακτο τμήμα, καθώς και τμήμα νοσηλείας παιδιών. Το συγκεκριμένο τμήμα υποστηρίζει παράλληλα τη μαιευτική-γυναικολογική κλινική του νοσοκομείου.

- Καρδιολογικό τμήμα, το οποίο διαθέτει μονάδα εντατικής θεραπείας (με 6 κρεβάτια), τακτικό ιατρείο, υπερτασικό ιατρείο, ιατρείο υπερήχων, τεστ κοπώσεως , εξέταση Doppler και διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς.
- Νεφρολογικό τμήμα, το οποίο διαθέτει μονάδα τεχνητού νεφρού και τακτικό νεφρολογικό ιατρείο.
- Χειρουργική κλινική, η οποία διαθέτει νοσηλευτικό τμήμα, εξωτερικό τακτικό ιατρείο, ιατρείο μαστού και ενδοσκοπικό τμήμα.
- Ουρολογική κλινική, η οποία διαθέτει ανδρολογικό ιατρείο, ουρολογικό ιατρείο και τμήμα υπερήχων.
- Ακτινολογικό τμήμα, το οποίο διαθέτει ακτινοσκοπικό τμήμα, τμήμα υπερήχων, αξονικό τομογράφο και μαστογράφο.
- Πνευμονολογικό τμήμα, εκτός από τακτικό ιατρείο, διαθέτει ιατρείο ύπνου, εργαστήριο σπироμέτρησης και εργαστήριο ενδοσκόπησης.
- Οφθαλμολογική κλινική, η οποία διαθέτει τακτικό οφθαλμολογικό ιατρείο και ιατρείο laser.
- Ορθοπαιδική Κλινική, η οποία εκτός από τακτικό ορθοπαιδικό ιατρείο, διαθέτει και ιατρείο γύψων.
- Εργαστηριακό τομέα, ο οποίος έχει στη διάθεσή του αιματολογικό, βιοχημικό, μικροβιολογικό και κυτταρολογικό εργαστήριο.
- Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), το οποίο διαθέτει έκτακτο παθολογικό, καρδιολογικό, χειρουργικό και ορθοπαιδικό τμήμα, καθώς και μονάδα βραχείας νοσηλείας με 6 κρεβάτια.
- Αναισθησιολογικό τμήμα, το οποίο έχει στη διάθεση του ιατρείο πόνου.
- Οδοντιατρικό ιατρείο.
- Τμήμα φυσιοθεραπείας.
- Πρότυπο Σταθμό αιμοδοσίας.
- Κέντρο Ψυχικής Υγείας.

6.3 Στατιστικά στοιχεία νοσηλευόμενων αλλοδαπών στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας για τη χρονική περίοδο 2009-2014.

Στο κεφάλαιο αυτό, κατόπιν προσωπικής έρευνας, παρουσιάζονται στατιστικά δεδομένα, όπως: α) αριθμός ασθενών: ανδρών, γυναικών και παιδιών (ανήλικοι), β) ημέρες νοσηλείας (διανυκτέρευση) στο νοσοκομείο ξεχωριστά για άνδρες και γυναίκες, γ) τμήμα νοσηλείας και δ) φορέα κοινωνικής ασφάλισης εφόσον φυσικά υπάρχει, για το σύνολο των αλλοδαπών που νοσηλεύτηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας την περίοδο 2009-2014, σύμφωνα με το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Νοσηλευτηρίων.



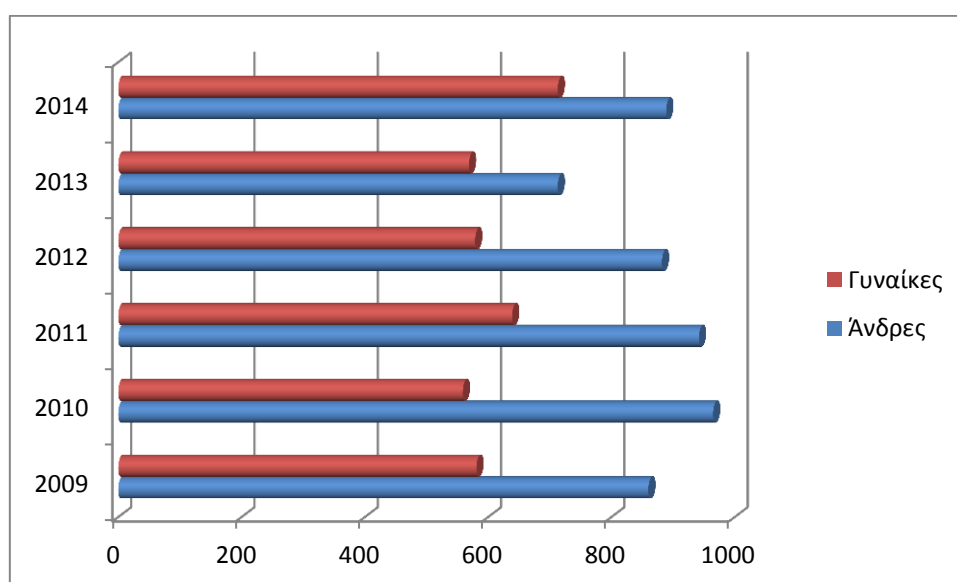
Πίνακας 1

Ο πίνακας 1 μας παρουσιάζει τον αριθμό των αλλοδαπών που νοσηλεύτηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας τη χρονική περίοδο 2009-2014. Συγκεκριμένα, επρόκειτο συνολικά για 2.625 ασθενείς, εκ των οποίων οι 1477 ήταν άνδρες, 1050 ήταν γυναίκες και 98 παιδιά. Σύμφωνα πάντα με τα στοιχεία της έρευνας, το έτος

όπου οι περισσότεροι άνδρες αλλοδαποί νοσηλεύτηκαν στο Γ.Ν. Χαλκίδας στο πλαίσιο της δετίας, αυτό ήταν το 2014 και οι λιγότεροι το έτος 2009, ενώ για την ίδια περίπτωση, ο μεγαλύτερος αριθμός γυναικών και παιδιών ήταν για το έτος 2009 και ο μικρότερος όσον αφορά τις γυναίκες ήταν το 2013 και για τα παιδιά το 2010.

Παρακάτω, ο πίνακας 2 παρουσιάζει τις ημέρες νοσηλείας (διανυκτέρευση) ανδρών και γυναικών ξεχωριστά για την ίδια χρονική περίοδο. Αναλυτικότερα, συνολικά άνδρες και γυναίκες νοσηλεύτηκαν 8.891 ημέρες, εκ των οποίων 5.251 ημέρες αφορούν τους άνδρες και 3.640 τις γυναίκες. Για το έτος 2009, η κατανομή ήταν, άνδρες: 860 ημέρες, γυναίκες: 581, για το 2010, άνδρες: 965 ημέρες, γυναίκες: 559. Όσον αφορά το 2011, έχουμε άνδρες: 942 ημέρες και γυναίκες: 639 ημέρες νοσηλείας. Το 2012, άνδρες: 882 ημέρες, γυναίκες: 579 ημέρες, το 2013 άνδρες: 713 ημέρες και γυναίκες: 569 ημέρες και τέλος το 2014 άνδρες: 889 και γυναίκες 713 ημέρες νοσηλείας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Ημέρες νοσηλείας

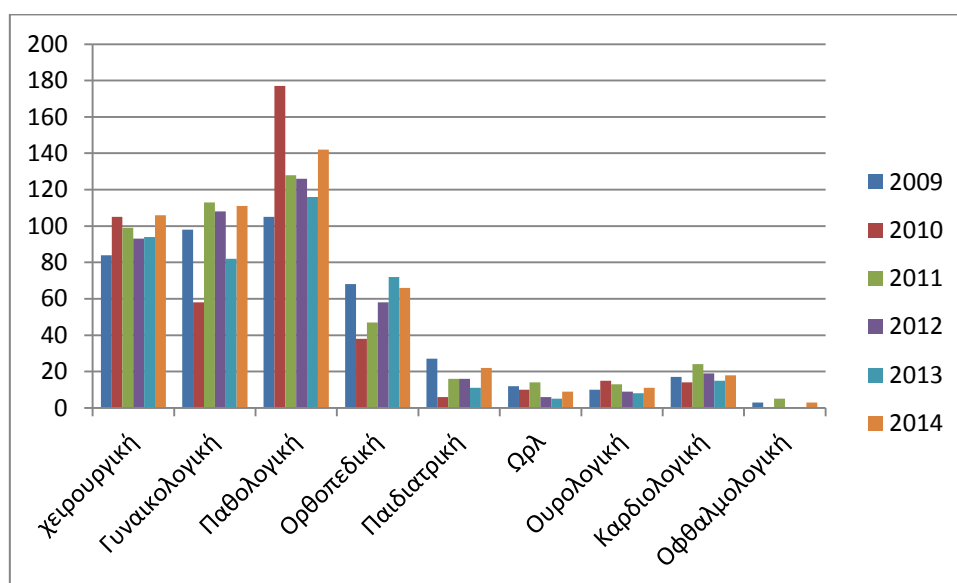


Πίνακας 2

Παρακάτω, ο πίνακας 3, μας δείχνει τα τμήματα του νοσοκομείου της Χαλκίδος, ανάλογα με την επισκεψιμότητα-εισαγωγή των ασθενών σε αυτό. Γενικότερα, για την χρονική περίοδο 2009-2014 πραγματοποιήθηκαν 2.632 εισαγωγές. Συγκεκριμένα, στο χειρουργικό τμήμα του νοσοκομείου έγιναν συνολικά 581 εισαγωγές (2009: 84, 2010: 105, 2011: 99, 2012: 93, 2013: 94, 2014: 106). Στο γυναικολογικό τμήμα έγιναν 570 εισαγωγές (2009: 98, 2010: 58, 2011: 113, 2012: 108, 2013: 82, 2014: 111).

Σχετικά με το παθολογικό τμήμα πραγματοποιήθηκαν 794 εισαγωγές (2009: 105, 2010: 177, 2011: 128, 2012: 126, 2013: 116, 2014: 142), αντίστοιχα, όσον αφορά το ορθοπεδικό τμήμα του νοσοκομείου έγιναν 349 εισαγωγές (2009: 68, 2010: 38, 2011: 47, 2012: 58, 2013: 72, 2014: 66). Στη συνέχεια, στο παιδιατρικό τμήμα υπήρξαν συνολικά 98 εισαγωγές (2009: 27, 2010: 6, 2011-2012: 16, 2013: 11, 2014: 22), ακολούθως, στο ωτορινολαρυγγολικό τμήμα έγιναν αντίστοιχα 56 (2009: 12, 2010: 10, 2011: 14, 2012: 6, 2013: 5, 2014: 9). Το ουρολογικό τμήμα το επισκέφθηκαν συνολικά 66 αλλοδαποί (2009: 10, 2010: 15, 2011: 13, 2012: 9, 2013: 8, 2014: 11). Όσον αφορά το καρδιολογικό τμήμα έγιναν 107 εισαγωγές (2009: 17, 2010: 14, 2011: 24, 2012: 19, 2013: 15, 2014: 18). Τέλος, στο οφθαλμολογικό τμήμα υπήρξαν συνολικά μόνο 11 εισαγωγές για την συγκεκριμένη χρονική περίοδο (2009: 3, 2010: 0, 2011: 5, 2012-2013: 0, 2014: 3).

Τμήματα- Κλινικές νοσοκομείου

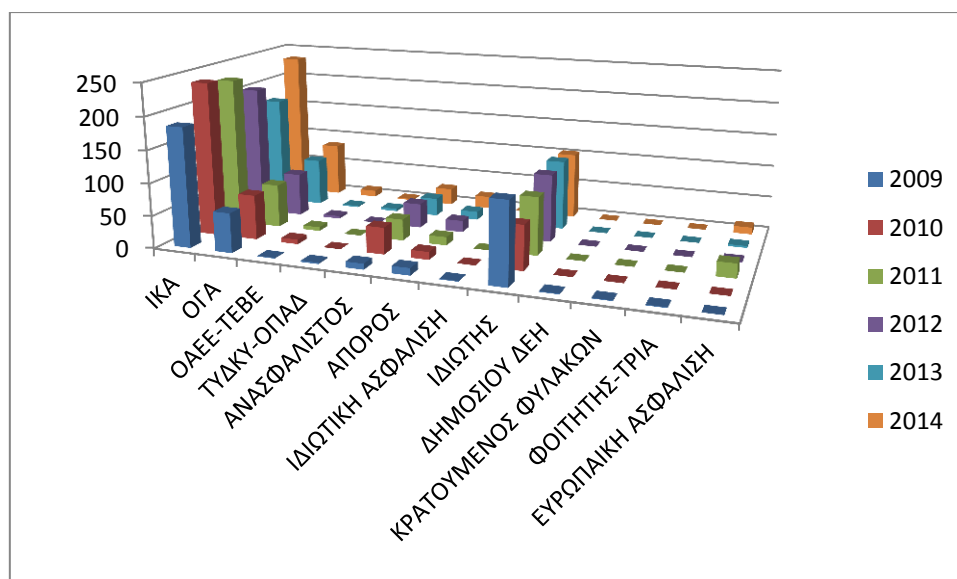


Πίνακας 3

Τέλος, στον πίνακα 4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με το φορέα ασφαλιστικής κάλυψης των νοσηλευομένων αλλοδαπών στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, εφόσον βέβαια αυτός υπάρχει.

Αναλυτικότερα, στο ΙΚΑ, για την χρονική περίοδο 2009-2014, ασφαλισμένοι ήταν συνολικά 1.256 αλλοδαποί, εκ των οποίων το 2009: 184, 2010: 237, 2011: 229, 2012: 202, 2013: 171 και 2014: 233. Όσον αφορά τον ΟΓΑ, ήταν ασφαλισμένοι συνολικά 422 αλλοδαποί και συγκεκριμένα το 2009: 61, 2010: 69, 2011: 67, 2012: 67, 2013: 74 και 2014: 84. Στον ΟΑΕΕ-ΤΕΒΕ ήταν ασφαλισμένοι συνολικά 30 μετανάστες, στον ΟΠΑΔ-ΤΥΔΚΥ 8, ενώ ιδιωτική ασφάλιση είχαν 2. Τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο ευρωπαϊκή ασφάλιση, στο πλαίσιο της νοσηλείας τους, είχαν 38 άτομα, ιδιωτική κάλυψη προέκυψε για 595 ανθρώπους, ενώ ανασφάλιστοι ήταν 175 άτομα και άποροι 86. Τέλος, στην κατηγορία των φοιτητών, κρατούμενων φυλακών και εργαζομένων σε ΔΕΚΟ, που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο, ανήκαν συνολικά 3 αλλοδαποί.

Ασφαλιστική κάλυψη



Πίνακας 4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Εμπειρική προσέγγιση

Η παρούσα έκθεση αποτελεί επισκόπηση των μεταναστών της Βορείου Αφρικής με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (DT2) που ζουν στη Γαλλία. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν σε δύο ξεχωριστές συγχρονικές εθνικές έρευνες. Ο επιπολασμός (DT2) υπολογίστηκε χρησιμοποιώντας μια βασισμένη στον πληθυσμό έρευνα, όπου συμμετέχουν 13.959 άτομα ηλικίας ≥ 45 ετών (EDS), ενώ η κατάσταση της υγείας και της ποιότητας της περίθαλψης αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας ένα δείγμα 3.894 ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη.

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Fosse-Edorh et al (2014) αφορούσαν την επικράτηση του DT2 και της παχυσαρκίας με ποσοστό 14,0% και 20, 5% αντίστοιχα στους συμμετέχοντες οι οποίοι έχουν γεννηθεί στην Β. Αφρική και με ποσοστό της τάξεως του 7,5% και 15, 8% αντίστοιχα σε όσους γεννήθηκαν στη Γαλλία. Ο επιπολασμός του σακχαρώδη διαβήτη συνδέθηκε με την περιοχή γέννησης στις γυναίκες μετά την προσαρμογή για την ηλικία, το δείκτη μάζας του σώματος και το εισόδημα ή το επάγγελμα, αλλά όχι μετά την προσαρμογή για το επίπεδο εκπαίδευσης. Στην περίπτωση των ανδρών, δεν συσχετιζόταν με την περιοχή γέννησης. Όσοι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη γεννήθηκαν στη Βόρειο Αφρική και στη Γαλλία, συχνά επωφελούνταν από δωρεάν ιατρική κάλυψη, παρόλο που οι διαβητικοί ασθενείς που γεννήθηκαν στη Βόρειο Αφρική είχαν επισκεφθεί έναν ιατρό λιγότερο συχνά από τους ασθενείς που γεννήθηκαν στη Γαλλία. Επίσης, οι διαβητικοί ασθενείς που γεννήθηκαν στη Β. Αφρική αντιμετώπισαν πιο συχνά οφθαλμολογικές επιπλοκές σε σχέση με τους γεννημένους στη Γαλλία.

Η μεγαλύτερη επικράτηση του επιπολασμού του διαβήτη σε γυναίκες που γεννήθηκαν στη Β. Αφρική και του φτωχότερου γλυκαιμικού ελέγχου που παρατηρήθηκε συνολικά στον πληθυσμό γεννημένων στη Β. Αφρική είναι πολύ πιθανόν να συμβάλλουν σε διαφορές ως προς την θνησιμότητα του σακχαρώδη διαβήτη σε σύγκριση με τους διαβητικούς ασθενείς που γεννήθηκαν στη Γαλλία, γεγονός που έχει παρατηρηθεί σε προηγούμενες μελέτες.

Το ποσοστό των μεταναστών στους ευρωπαϊκούς πληθυσμούς είναι ουσιαστικό και αναπτύσσεται, παρά την επιβράδυνση της μετανάστευσης μετά την παγκόσμια οικονομική κρίση. Η μελέτη των Rechel et al (2013) περιγράφει τις βασικές πτυχές της μετανάστευσης και της υγείας στην Ευρώπη, συμπεριλαμβανομένης και της κλίμακας της διεθνούς μετανάστευσης, τα διαθέσιμα στοιχεία για την υγεία των μεταναστών, των εμποδίων στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, τους τρόπους βελτίωσης της παροχής υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες και στους διακινούμενους πολιτικές υγείας που έχουν υιοθετηθεί σε όλη την Ευρώπη. Η βελτίωση της υγείας των μεταναστών και η παροχή πρόσβασης τους σε κατάλληλες υπηρεσίες υγείας αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα, αλλά η γνώση για το τι μέτρα πρέπει να ληφθούν για την επίτευξη των στόχων αυτών, αυξάνεται.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, το Ισραήλ απορρόφησε περίπου 1 εκατομμύριο μετανάστες. Το δικαίωμα του πολίτη και των κοινωνικών δικαιωμάτων σε μια χώρα με καθολική κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης, κάνει την ισραηλινή υπόθεση ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα, όσον αφορά τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας για τη φροντίδα των μεταναστών. Στόχος της έρευνας των Davidovitch et al (2013) ήταν να περιγράψει τα πρότυπα αξιοποίησης των επειγόντων περιστατικών και των νοσοκομειακών υπηρεσιών, μεταξύ των πρόσφατων μεταναστών στο Ισραήλ και να προσδιοριστεί εάν και πότε υπάρχει σύγκλιση των προτύπων χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης από την πλευρά των πρόσφατων μεταναστών με τους γηγενείς και μακροχρόνια εγκατεστημένους μετανάστες στο Ισραήλ. Τα στοιχεία ελήφθησαν από μια ηλεκτρονική βάση δεδομένων υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει κοινωνικό- δημογραφικά χαρακτηριστικά, ημερομηνία της μετανάστευσης, παρουσία χρόνιας νόσου, επισκέψεις στα επείγοντα περιστατικά και τις ημέρες νοσηλείας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι τιμές(έξοδα) των επειγόντων περιστατικών και εισαγωγής στο νοσοκομείο ήταν χαμηλότερες για τους μετανάστες, και παρέμειναν έτσι ακόμα και μετά από 10 χρόνια. Οι οικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντες επηρεάζουν τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των μεταναστών, γεγονός το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε ανισότητα στην παροχή υγείας και μεταγενέστερα αποτελέσματα για την υγεία. Μια καλύτερη κατανόηση είναι απαραίτητη για τις διαφορές στα πρότυπα χρησιμοποίησης της υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των μεταναστών και βετεράνων Ισραηλινών.

Στόχος της μελέτης των Beniflah et al (2013) ήταν να συγκρίνουν τις επισκέψεις ισπανόφωνων ασθενών στο παιδιατρικό τμήμα επειγόντων περιστατικών (Π.Ε.Δ), πριν και μετά την εφαρμογή του νομοσχεδίου HB87, το οποίο επιτρέπει στις τοπικές αρχές επιβολής του νόμου, την εξουσία να επιβάλλει νόμους για τη μετανάστευση. Συγκεκριμένα, έγινε μία αναδρομική ανασκόπηση των ιατρικών φακέλων όλων των ισπανόφωνων ασθενών σε επίπεδο δημογραφικών στοιχείων, κατάστασης του ασθενή και πληρωμής της νοσηλείας για ένα χρονικό διάστημα 4 μηνών κατά το 2011 κ μετέπειτα έγινε σύγκριση για το ίδιο χρονικό διάστημα τα έτη 2009 και 2010.

Στο πλαίσιο της μελέτης των Lee et al (2013), πραγματοποιήθηκε έρευνα σχετικά με τις διαφορές στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση και την ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των γεννημένων στη Σιγκαπούρη πολιτών και των μεταναστών που παρουσιάζουν ανάρπωση εμφράγματος του μυοκαρδίου (STEMI). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που εισήχθησαν με STEMI είχαν προσληφθεί για μια έρευνα ερωτηματολογίου. Οι ασθενείς αυτοί κατηγοριοποιούνται με βάση την κατάσταση της μετανάστευσής τους, σε αυτούς που είναι γεννημένοι πολίτες της Σιγκαπούρης, αυτούς που γεννήθηκαν στο εξωτερικό, στους μόνιμους κατοίκους και στους κατοίκους αλλοδαπής

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι μεταξύ των 374 ασθενών που συγκεντρώθηκαν, οι 286 ήταν γεννημένοι πολίτες της Σιγκαπούρης και οι υπόλοιποι 88 ήταν μετανάστες. Περαιτέρω ανάλυση των μεταναστών αποκάλυψε ότι 33 ασθενείς ήταν αλλοδαποί πολίτες που ζούσαν πλέον στη Σιγκαπούρη, οι 22 ήταν μόνιμοι κάτοικοι και οι 33 κάτοικοι αλλοδαπής. Παράλληλα, εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση μεταξύ των τεσσάρων προαναφερθέντων ομάδων. Την υψηλότερη θέση στην κοινωνικοοικονομική τάξη με βάση το επάγγελμα, το επίπεδο εκπαίδευσης και το μέσο μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού κατείχαν οι μόνιμοι κάτοικοι, ενώ την χαμηλότερη οι κάτοικοι αλλοδαπής. Δεν υπήρχαν διαφορές στο ποσοστό των ασθενών που υποβλήθηκαν σε πρωτογενή έλεγχο. Η διάμεση τιμή «Πόρτα- μπαλόνι» (χρόνος μέτρησης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης) ήταν παρόμοια μεταξύ των τεσσάρων ομάδων.

Συμπερασματικά, υπήρχαν σημαντικές διαφορές στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση μεταξύ των τεσσάρων ομάδων που παρουσιάζονται με STEMI. Παρά το

γεγονός ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας σε αυτούς τους ασθενείς με διαφορετικό καθεστώς μετανάστευσης, όσοι είχαν το σύμπτωμα-μπαλόνι χρόνο διέφεραν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών των μεταναστών.

Η φυματίωση στην Ιταλία αποτελεί όλο ένα και περισσότερο μία ασθένεια για συγκεκριμένες κοινωνικές υποομάδες, όπως οι μετανάστες. Σκοπός της παρούσας έρευνας των Buonora et al (2013) ήταν να περιγράψει την τάση εμφάνισης της φυματίωσης την περίοδο 1999-2008 στην Ούμπρια (Ιταλική περιφέρεια), μιας περιοχής με υψηλά ποσοστά μεταναστών. Για αυτό το λόγο, χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από το Σύστημα Πληροφοριών για λοιμώδη νοσήματα και μέσω μιας παλινδρόμησης, εκτιμήθηκε ο αριθμός των υποθέσεων και τα ποσοστά εμφάνισης, καθώς και οι πιθανότητες να επηρεαστούν από τη συγκεκριμένη ασθένεια. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, αναφέρθηκαν 590 περιστατικά φυματίωσης, εκ των οποίων οι 254 ήταν ξένοι, δηλ. το 43% του συνόλου, ενώ για το 2008 καταγράφηκαν 39,7 νέες περιπτώσεις ανά 100.000.

Η έρευνα των Hamilton και Kawachi (2013), δείχνει ότι η εισοδηματική ανισότητα είναι αντιστρόφως ανάλογη με την υγεία. Η ένωση αυτή έχει τεκμηριωθεί σε μελέτες που χρησιμοποιούν μεταβολή της εισοδηματικής ανισότητας μεταξύ των χωρών ή σε βάθος χρόνου από μία μόνο χώρα. Η κύρια κριτική αυτών των προσεγγίσεων είναι η αδυναμία τους να λογοδοτήσουν για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εισοδηματική ανισότητα. Η εργασία αυτή χρησιμοποιεί παραλλαγή σε μεμονωμένες εμπειρίες της εισοδηματικής ανισότητας μεταξύ των μεταναστών εντός των Ηνωμένων Πολιτειών (ΗΠΑ) για να αξιολογηθεί κατά πόσον τα άτομα που μετακινήθηκαν από τις χώρες με τη μεγαλύτερη ανισότητα των εισοδημάτων από τις ΗΠΑ, έχουν καλύτερη υγεία από ό, τι εκείνοι που μετανάστευσαν από χώρες με λιγότερο εισόδημα στην ισότητα από ό, τι η ΗΠΑ.

Αξιοποιώντας το ατομικό επίπεδο (Μάρτιος- πληθυσμός τρέχουσας έρευνας) και τα δεδομένα σε επίπεδο χώρας (εκθέσεις των Ηνωμένων Εθνών για την Ανθρώπινη Ανάπτυξη), που δείχνουν ότι μεταξύ των μεταναστών που έχουν διαμείνει στο διάστημα μεταξύ 6 και 20 ετών, οι αναφορές των ερωτηθέντων, είναι ότι η υγεία είναι πιο ευνοϊκή για τους μετανάστες της πρώτης κατηγορίας (δηλαδή, μεγαλύτερη ανισότητα των εισοδημάτων) από ό, τι εκείνοι στην τελευταία (δηλαδή, χαμηλότερη

εισοδηματική ανισότητα). Τα αποτελέσματα, βάση των απαντήσεων που δόθηκαν, δείχνουν επίσης, ότι η υγεία είναι καλύτερη μεταξύ των μεταναστών από τις πιο ανεπτυγμένες χώρες, καθώς και σε όσους έχουν περισσότερα χρόνια στην εκπαίδευση, είναι άνδρες και παντρεμένοι.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, η Ελλάδα είχε μετατραπεί σε χώρα υποδοχής μεταναστών κυρίως από τα Βαλκάνια και χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, οι οποίοι αποτελούν σήμερα περίπου το 9% του συνολικού πληθυσμού. Παρά την αύξηση του αριθμού των μεταναστών, λίγες πληροφορίες είναι γνωστές σχετικά με την κατάσταση υγείας τους και την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Η μελέτη των Galanis et al (2013) είχε ως στόχο να διερευνήσει τις αντιλαμβανόμενα εμπόδια για την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες στην Ελλάδα. Μια πιλοτική μελέτη συγχρονική διεξήχθη από Ιανουάριο έως Απρίλιο 2012 στην Αθήνα, Ελλάδα. Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείτο από 191 μετανάστες που ζούσαν στην Ελλάδα για λιγότερο από 10 χρόνια. Στο πλαίσιο αυτού, αναπτύχθηκε ένα ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε πληροφορίες σχετικά με κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, την κατάσταση της υγείας, τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, τις γνώσεις και την αξιοποίηση καθώς και τις δυσκολίες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης έδειξαν ότι μόνο το 20,4% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι είχαν μια καλή / πολύ καλό βαθμό γνώσης σχετικά με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας στην Ελλάδα. Ένα σημαντικό ποσοστό (62,3%) από τους συμμετέχοντες χρειάζεται τουλάχιστον μία φορά να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπορούσαν να το αντέξουν οικονομικά, κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, ενώ το 49,7% χρησιμοποίησε τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας κατά τους τελευταίους 12 μήνες στην Ελλάδα. Ανάμεσα στα πιο σημαντικά προβλήματα είναι ο μεγάλος χρόνος αναμονής στα νοσοκομεία, δυσκολίες στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και το υψηλό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Η αυξημένη ικανότητα να μιλούν ελληνικά συσχετίστηκε με αυξημένη γνώση των υπηρεσιών υγείας ενώ επίσης το αυξημένο οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα συσχετίστηκε με λιγότερες δυσκολίες στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός των Κανταρή και Θεοδώρου (2013) ήταν η διερεύνηση των συνθηκών πρόσβασης και χρήσης υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο από τις οικιακές βοηθούς.

Κύριοι στόχοι της έρευνας ήταν η αποτύπωση και η ανάλυση των συνθηκών πρόσβασης, η ανάδειξη τυχόν εμποδίων και προβλημάτων, καθώς και η καταγραφή των αντιλήψεων της ομάδας αυτής για τις υπηρεσίες υγείας στην Κύπρο. Για τη συλλογή των στοιχείων διεξήχθη συγχρονική μελέτη (cross-sectional study), με πληθυσμό αναφοράς τις οικιακές βοηθούς, από τρίτες χώρες, από τις οποίες επιλέχθηκε δείγμα 625 ατόμων. Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε με χρήση ερωτηματολογίου, που δημιουργήθηκε ειδικά για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, βρέθηκε ότι οι κύριες αιτίες χρήσης των υπηρεσιών υγείας ήταν για εξετάσεις αίματος, βραχυχρόνια νοσήματα και τραυματισμούς/δηλητηριάσεις. Ποσοστό 18,2% δήλωσε ότι κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στην Κύπρο υπήρξε ανάγκη χρήσης υπηρεσιών υγείας, που όμως δεν ικανοποιήθηκε. Επί πλέον, το 10,4% απάντησε ότι υπήρξε ανάγκη λήψης φαρμάκων, που επίσης έμεινε ανικανοποίητη. Οκτώ στις δέκα οικιακές βοηθούς που έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας επισκέφθηκαν τις υπηρεσίες υγείας συνοδεία του εργοδότη ή κάποιου άλλου Ελληνοκύπριου. Το 51% χρησιμοποίησε φάρμακα που τους τα προμήθευσε ο εργοδότης τους. Το 61,7% των οικιακών βοηθών δήλωσαν ότι η πρώτη ενέργεια που κάνουν σε περίπτωση προβλήματος υγείας είναι να προστρέξουν στον εργοδότη για συμβουλή και βοήθεια.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης βρίσκονται στην ίδια κατεύθυνση με εκείνα άλλων ερευνών. Τα εμπόδια της γλώσσας και της επικοινωνίας, της άγνοιας του συστήματος (health illiteracy) και του κόστους είναι παρόντα σε μεγάλο βαθμό και στην Κύπρο. Ο ρόλος του εργοδότη είναι πολύ σημαντικός αναφορικά με την πρόσβαση και τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Βρέθηκε ότι οι οικιακές βοηθοί καταναλώνουν περισσότερες υπηρεσίες που αφορούν στη θεραπεία και πολύ λιγότερες για την πρόληψη και τη διάγνωση. Κάποια από τα ευρήματα αποδίδονται σε ιδιαιτερότητες της ομάδας των οικιακών βοηθών, αλλά και των συνθηκών που επικρατούν στην Κύπρο.

Πολλοί μετανάστες στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι φορολογούμενοι σε ηλικία εργασίας, ενώ λίγοι είναι ηλικιωμένοι δικαιούχοι του Medicare (κοινωνικό πρόγραμμα ασφάλισης στις ΗΠΑ). Το δημογραφικό προφίλ των μεταναστών υποδεικνύει ότι ενδεχομένως να είναι δυσανάλογο της επιδότησης της Medicare Trust

Fund, το οποίο υποστηρίζει πληρωμές σε νοσοκομεία και ιδρύματα υπό το Medicare part A. Για αυτό το λόγο, πραγματοποιήθηκε έλεγχος των δεδομένων που αφορούσαν τόσο τις εισφορές, όσο και τις δαπάνες που γινόντουσαν για λογαριασμό του ταμείου. Το 2009 οι μετανάστες αποτελούσαν το 14,7% των εισφορών του ταμείου, αλλά αντιπροσώπευαν μόνο το 7,9% των δαπανών, δηλ. ένα καθαρό πλεόνασμα 13,8 δις δολάρια. Αντιθέτως, οι γεννημένοι στις ΗΠΑ δημιούργησαν ένα έλλειμμα 30.900.000.000 δολάρια. Εν ολίγοις, οι μετανάστες δημιούργησαν ένα πλεόνασμα για τη χρονική περίοδο 2002-2009, ύψους 115,2 δις δολαρίων, το οποίο οφειλόταν στο υψηλό ποσοστό των φορολογούμενων που βρισκόταν σε ηλικία εργασίας. Συμπερασματικά, σύμφωνα με τους Zallman et al (2013) οι πολιτικές που περιορίζουν τη μετανάστευση μπορεί να καταστρέψουν τους χρηματοδοτικούς πόρους του Medicare.

Τα τελευταία χρόνια, η Μάλτα έχει βιώσει μια αυξανόμενη εισροή μεταναστών από την Αφρική. Με στόχο τον καθορισμό δημογραφικών χαρακτηριστικών και την αξιολόγηση του επιπολασμού της δημόσιας υγείας και τους όρους-προϋποθέσεις μεταξύ των αιτούντων άσυλο στη Μάλτα, μια μελέτη της κλινικής έρευνας υλοποιήθηκε στο πλαίσιο του έργου της Ευρωπαϊκής Ένωσης «Mare Nostrum». Στο πλαίσιο της έρευνας των Padovese et al (2013) το χρονικό διάστημα μεταξύ του Αυγούστου 2010 - Ιουνίου 2011 ένας δερματολόγος και ένας ειδικός μολυσματικών ασθενειών, εκτελούσαν γενική και εξειδικευμένη αξιολόγηση της υγείας των μεταναστών που φιλοξενούνταν σε ανοικτά κέντρα. Συγκεκριμένα, συμπεριλήφθησαν συνολικά 2.216 μετανάστες, εκ των οποίων 82,7% ήταν άνδρες με μέσο όρο ηλικίας 25 ετών και το 70,1% ήταν από τη Σομαλία. Από το σύνολο των γυναικών, το 42,5% είχε υποστεί κάποιο είδος ακρωτηριασμού των γεννητικών οργάνων. Ένα σύνολο 5.077 διαγνώσεων, αφορούσαν δερματικές παθήσεις (21,9%), αναπνευστικές παθήσεις (19,8%) και γαστρο-εντερικές ασθένειες (14,2%), ενώ το 31% των μεταναστών ανέφεραν καλές συνθήκες υγείας.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι μετανάστες έχουν μικρότερη επιβάρυνση νοσηρότητας σε σχέση με τους συμπατριώτες τους που ζουν στη χώρα προέλευσης. Ωστόσο, οι συνθήκες διαβίωσης κατά τη διάρκεια του ταξιδιού, τις χώρες διέλευσης και μετά την άφιξή τους μπορούν να επηρεάσουν την κατάσταση της υγείας τους. Η παρούσα μελέτη παρέχει μια ολοκληρωμένη εικόνα αυτού του

αυξανόμενου πληθυσμού που έχει ανάγκη την προαγωγή της υγείας, τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και το δίκαιο σχεδιασμό πολιτικής.

Η μελέτη της Lebrum (2012) επιδίωξε να εξετάσει την επίδραση της διάρκειας νοσηλείας και γλωσσικής επάρκειας για την πρόσβαση των μεταναστών και τη χρησιμοποίηση της περίθαλψης στον Καναδά και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Τα δεδομένα προήλθαν μέσω έρευνας στον κοινοτικό τομέα υγείας κατά την περίοδο 2007-2008. Οι αναλύσεις περιορίστηκαν σε μη ηλικιωμένους ενήλικες που γεννήθηκαν στο εξωτερικό, της κάθε χώρας. Οι δείκτες ιατρικής περίθαλψης που συμπεριλαμβάνονται, έχουν μια συνηθισμένη πηγή φροντίδας, ετήσια διαβούλευση με επαγγελματία οδοντίατρο, οφθαλμίατρο, εμβόλιο γρίπης κατά το προηγούμενο έτος και τεστ Παπανικολάου κατά τα προηγούμενα τρία έτη. Παράλληλα, χρησιμοποιούνται μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης, για να εκτιμηθούν οι σχετικές πιθανότητες πρόσβασης ή χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης, η προσαρμογή ανάγκης, οι δημογραφικοί παράγοντες, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η ασφαλιστική κάλυψη. Σε γενικές γραμμές, τα ποσοστά πρόσβασης στην περίθαλψη και τη χρήση ήταν υψηλότερα στον Καναδά από τις ΗΠΑ μεταξύ όλων των εθνικών ομάδων. Επίσης, προσαρμοσμένες αναλύσεις και στις δύο χώρες, έδειξαν ότι οι μετανάστες με μικρότερη διάρκεια παραμονής (κάτω από 10 ετών) και περιορισμένης γλωσσικής επάρκειας είχαν γενικά χαμηλότερα ποσοστά πρόσβασης / χρήσης σε σύγκριση με εκείνους με μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής (10 ετών και άνω) και την επάρκεια σε κάθε επίσημη γλώσσα της χώρας αντίστοιχα. Υπήρχε όμως μία εξαίρεση σε αυτό το μοτίβο στις ΗΠΑ, όπου μετανάστες με περιορισμένη την αγγλική γλώσσα είχαν υψηλότερες πιθανότητες να έχουν ένα πρόσφατο τεστ Παπανικολάου σε σχέση με μετανάστες με καλύτερη γνώση τη αγγλικής γλώσσας. Η εμμονή των ανισοτήτων όσον αφορά την εμπειρία της υγειονομικής περίθαλψης με βάση τη διάρκεια της διαμονής και της γλωσσικής επάρκειας στον Καναδά δείχνει ότι η καθολική ασφαλιστική κάλυψη υγείας δεν μπορεί να είναι επαρκής για την εξασφάλιση της πρόσβασης και χρήσης της πρωτοβάθμιας και της προληπτικής φροντίδας για αυτόν τον πληθυσμό.

Καμία εθνική μελέτη στο παρελθόν δεν διερεύνησε κατά πόσον οι εργαζόμενοι μετανάστες είναι λιγότερο πιθανό να ζητήσουν ιατρική αγωγή απ' ότι οι Αμερικάνοι εργαζόμενοι μετά τα εργατικά ατυχήματα και αν η πηγή πληρωμής διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων. Ως εκ τούτου, στο πλαίσιο της μελέτης τους οι

Xiang et al (2012) χρησιμοποίησαν δεδομένα για τη χρονική περίοδο 2004-2009 σχετικά με τις ιατρικές δαπάνες, υπολογίζοντας την ετήσια συχνότητα εμφάνισης μη θανατηφόρων εργατικών ατυχημάτων ανά 100 εργαζόμενους. Τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης ήταν εξοπλισμένα προκειμένου να ελέγξουν αν οι τραυματίες μετανάστες εργάτες ήταν λιγότερο πιθανό από ότι οι εργαζόμενοι που ήταν γεννημένοι στις ΗΠΑ, να αναζητήσουν επαγγελματική ιατρική θεραπεία μετά τα εργατικά ατυχήματα. Παράλληλα, έγινε εκτίμηση του μέσου όρου ιατρικών δαπανών ανά τραυματισμένο εργαζόμενο, χρησιμοποιώντας γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης, για την προσαρμογή ως προς το φύλο, την ηλικία, τη φυλή, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση, το επίπεδο της φτώχειας, και την ασφάλιση.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι συνολικά 1.909 τραυματίες εργαζόμενοι γεννημένοι στις ΗΠΑ ανέφεραν 2.176 γεγονότα εργατικών ατυχημάτων και 508 τραυματίες μετανάστες εργάτες ανέφεραν 560 γεγονότα αντίστοιχα. Η ετήσια συχνότητα εμφάνισης μη θανατηφόρου ατυχήματος ανά 100 εργαζόμενους ήταν 4,0% για τους Αμερικάνους εργαζόμενους και 3% για τους εργαζόμενους μετανάστες. Η μέση ιατρική δαπάνη ανά τραυματία εργαζόμενο για την συγκεκριμένη χρονική περίοδο αναφοράς ήταν 2.357 δολάρια για Αμερικάνους εργαζόμενους και 2.351 δολάρια για τους μετανάστες. Η αποζημίωση που καταβλήθηκε στους εργαζόμενους σε συνάρτηση με τις συνολικές δαπάνες ήταν 57% για τους Αμερικάνους και 43,2% για τους μετανάστες εργάτες.

Εν ολίγοις, οι μετανάστες εργάτες είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης μη θανατηφόρων εργατικών ατυχημάτων από τους Αμερικάνους εργαζόμενους. Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στην αναζήτηση ιατρικής περίθαλψης και στις μέσες δαπάνες ανά εργαζόμενο τραυματία μεταξύ των δύο ομάδων. Το ποσοστό των συνολικών δαπανών που καταβάλλονται από την αποζημίωση των εργαζομένων ήταν μικρότερο (οριακά σημαντικό) για τους μετανάστες εργαζόμενους από ό, τι για τους Αμερικάνους εργαζόμενους.

Χρησιμοποιώντας δύο εθνικά αντιπροσωπευτικά σύνολα δεδομένων, η μελέτη των Chen et al (2012) εξέτασε τις ανισότητες των δαπανών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των Καυκάσιων και διαφόρων ασιατικών αμερικανικών υποομάδων. Οι πολύ-παραγοντικές αναλύσεις αποδεικνύουν ότι οι

Αμερικανοί της Ασίας, ως ομάδα, έχουν σημαντικά χαμηλότερες συνολικές δαπάνες σε σύγκριση με τους Καυκάσιους. Επίσης, επισημαίνεται η σημαντική ετερογένεια των δαπανών στον τομέα της υγείας εντός των ασιατικών αμερικανικών υποομάδων. Παράλληλα, τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι τα προγράμματα εκμάθησης γλώσσας, θα ήταν αποτελεσματικά στη μείωση των ανισοτήτων μεταξύ των Καυκασίων και ασιατικών αμερικανικών υποομάδων με εξαίρεση τους Ινδούς και Φιλιππινέζους, οι οποίοι τείνουν να είναι πιο ικανοί στα αγγλικά. Ακόμη, τόσο η ιθαγένεια όσο και η γέννηση είναι σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με τις διαφορές των δαπανών. Ωστόσο η κοινωνικοοικονομική κατάσταση δεν θα μπορούσε να εξηγήσει τις διαφορές των δαπανών. Βάση των αποτελεσμάτων, οι ασιάτες Αμερικάνοι έχουν χαμηλότερες ιατροφαρμακευτικές δαπάνες, όχι όμως στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και στις δαπάνες του νοσοκομείου. Εν κατακλείδι, τα συμπεράσματα της έρευνας υποδηλώνουν την ανάγκη για αρμόδιες πολιτιστικές πολιτικές, ειδικά για τις ασιατικές υποομάδες Αμερικάνων και την ανάγκη για οικονομική ενθάρρυνση αποτελεσματικών θεραπειών μεταξύ των ασιατών Αμερικάνων.

Όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας και το αντίστοιχο κόστος αυτών από μετανάστες που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV, έχουν πραγματοποιηθεί ελάχιστες αναλύσεις. Η έρευνα των Velasco et al (2012) σύγκρινε τα πρότυπα χρησιμοποίησης των πόρων και των άμεσων δαπανών υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των ισπανών και των μεταναστών ασθενών με HIV λοίμωξη. Στο πλαίσιο της εν λόγω έρευνας, συμπεριελήφθησαν όλοι οι ενήλικες οροθετικοί ασθενείς (372 άτομα) που έκαναν θεραπεία στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο – ίδρυμα Αλκορκόν της Μαδρίτης(Ισπανία) τη χρονική περίοδο 2003- 2005. Παράλληλα, έγινε αξιολόγηση του αριθμού των εξωτερικών ιατρείων, των τμημάτων των επειγόντων περιστατικών και των μονάδων ημερήσιας φροντίδας - επίσκεψης, καθώς και του αριθμού και της διάρκειας των εισαγωγών. Στη συνέχεια αναλύθηκαν οι άμεσες δαπάνες και έγινε σύγκριση όλων των μεταβλητών μεταξύ των Ισπανών και των μεταναστών ασθενών.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι μετανάστες αντιπροσώπευαν το 12% της σειράς ασθενών. Επίσης, δεν υπήρχαν διαφορές στον αριθμό των εξωτερικών ιατρείων, των επειγόντων περιστατικών και μονάδων ημερήσιας φροντίδας ανά ασθενή μεταξύ των δύο ομάδων στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Ο αριθμός των εισαγωγών στο νοσοκομείο ανά ασθενή για οποιαδήποτε αιτία ήταν υψηλότερος στους μετανάστες από ό, τι στους ισπανούς ασθενείς. Ένα υψηλό

ποσοστό των επισκέψεων, τόσο για τους μετανάστες (45,1%), όσο και για τα ισπανούς ασθενείς (43,0%), έλαβε χώρα στον τομέα των υπηρεσιών εκτός από τα λοιμώδη νοσήματα. Ακόμη, το μέσο μοναδιαίο κόστος ανά ασθενή ανά είσοδο, σε επισκέψεις εξωτερικών ασθενών και επισκέψεις επειγόντων περιστατικών ήταν παρόμοιο μεταξύ των ομάδων. Όσον αφορά το φαρμακευτικό κόστος ανά έτος ήταν υψηλότερο στους ισπανούς ασθενείς σε σχέση με τους μετανάστες, ενώ δεν υπήρχαν διαφορές στο συνολικό κόστος ανά ασθενή το χρόνο μεταξύ των δύο ομάδων. Η παγκόσμια κατανομή του κόστους ήταν παρόμοια σε μεγάλο βαθμό μεταξύ των δύο ομάδων, όπου σχεδόν το 75% του συνολικού κόστους αποδόθηκε στο φαρμακείο και στις δύο ομάδες.

Εν κατακλείδι, δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη χρησιμοποίηση των πόρων της υγείας και των συναφών δαπανών μεταξύ των μεταναστών και των Ισπανών ασθενών HIV.

Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι τα χαρακτηριστικά καρδιαγγειακού κινδύνου διαφέρουν αισθητά σε ολόκληρο τον Καναδά για 4 μεγάλες εθνικές ομάδες, δηλαδή λευκών, Νότιας Ασίας, κινέζων, και μαύρων. Θα πρέπει να αναφερθεί ωστόσο, ότι η επίδραση της μακροχρόνιας παραμονής του Καναδά για τον καρδιαγγειακό κίνδυνο εντός και μεταξύ αυτών των εθνικών ομάδων είναι άγνωστο. Ως εκ τούτου, χρησιμοποιώντας συγκεντρωτικά δεδομένα από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία του Καναδά και την Καναδική Κοινοτική Έρευνα Υγείας (CCHS) τη χρονική περίοδο 1996-2007, η μελέτη των Chiu et al (2012) σύγκρινε την ηλικία και το φύλο σε σχέση με τη συχνότητα των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου και ασθενειών μεταξύ των πρόσφατων μεταναστών (<15 χρόνια στον Καναδά) και οι επί μακρόν διαμένοντες (μετανάστες που ζούσαν στον Καναδά για ≥ 15 ετών ή άτομα που έχουν γεννηθεί στον Καναδά) μεταξύ 154.653 λευκών, 3.364 νότιο Ασιατών, 3.038 Κινέζων και 2.742 μαύρων που ζουν στο Οντάριο. Επίσης, προσδιορίστηκε το αιτιατό κλάσμα AF, που ορίζεται ως το ποσοστό του κινδύνου που μπορεί να αποδοθεί σε μακροπρόθεσμη παραμονή στον Καναδά.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι για όλες τις εθνικές ομάδες με χαρακτηριστικά καρδιαγγειακού κινδύνου (δηλαδή, το ποσοστό των ατόμων με ≥ 2 μειζόνων καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου, δηλαδή, το κάπνισμα, την παχυσαρκία, το διαβήτη και την υπέρταση) ήταν χειρότερη μεταξύ εκείνων που έχουν

μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στον Καναδά. Η μεγαλύτερη αλλαγή των πρόσφατων μεταναστών έναντι των κατοίκων μακράς διαρκείας παρατηρήθηκε στην κινεζική ομάδα, ακολουθεί αυτή των λευκών, των μαύρων και αυτών της Νοτίου Ασίας. Η συχνότητα των καρδιαγγειακών νοσημάτων δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των πρόσφατων μεταναστών και των κατοίκων μακράς διαρκείας, ανεξάρτητα από την εθνική ομάδα. Συμπερασματικά, οι στρατηγικές πρόληψης των καρδιαγγειακών ασθενειών, θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη όχι μόνο την εθνικότητα, αλλά και το επίπεδο εκπολιτισμού κάθε εθνικής ομάδας.

Οι μετανάστες στον Καναδά αποτελούν περίπου το 20% του συνολικού πληθυσμού και θα εξακολουθεί να αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού της χώρας στο μέλλον. Κατά συνέπεια, ένας αυξανόμενο σώμα της έρευνας έχει επικεντρωθεί στην εξέταση της διαφοράς στην κατάσταση της υγείας μεταξύ του αυξημένου αριθμού ατόμων που έχουν γεννηθεί στο εξωτερικό και αυτούς που είναι γεννημένοι στον Καναδά. Η υγιής επίδραση των μεταναστών, ειδικότερα, αναγνωρίζει ότι οι μετανάστες έχουν καλύτερη υγεία από ό, τι οι γεννημένοι στον Καναδά ομόλογοί τους κατά την άφιξή τους στη χώρα. Ωστόσο, μελέτες έχουν δείξει ότι διαχρονικά η υγεία των μεταναστών μειώθηκε σε ένα επίπεδο σε ισότιμη βάση με τον πληθυσμό που είναι γεννημένος στον Καναδά. Υπάρχει πολλή κερδοσκοπία ως προς τους λόγους αυτής της παρακμής, συμπεριλαμβανομένων του εκπολιτισμού (δηλαδή, πρόσληψη των ανθυγιεινών τρόπων ζωής) και της έλλειψης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο, έχουν υπάρξει λίγες μελέτες για να εξετάζει κανείς τους πιθανούς λόγους για την ενδεχόμενη πτώση στον τομέα της υγείας, ιδίως από τη σκοπιά των μεταναστών.

Σκοπός των Bustamante και Chen (2011) ήταν να ερευνήσουν τις ανισότητες των δαπανών υγείας μεταξύ των Λατίνων και μη λευκών Λατίνων ανά έτη κατοικίας στην ΗΠΑ και ιθαγένειας. Το δείγμα αποτελούνταν από 31.514 Λατίνους και 76.021 ενήλικες λευκούς (18-64 ετών) για τη χρονική περίοδο 2000-2007. Οι κύριες εξαρτημένες μεταβλητές ήταν: οποιαδήποτε δαπάνη για την υγεία και το μερίδιο αυτού (Out Of Pocket) για τις αντίστοιχες δαπάνες. Τα κύρια ευρήματα της έρευνας δείχνουν ότι οι Λατίνοι είναι λιγότερο πιθανό να έχουν οποιαδήποτε δαπάνη για την υγεία σε ποσοστό 68%, συνολικές δαπάνες για την υγεία 57%, και πιο πιθανό να πληρώσουν OOP 6% σε σύγκριση με το λευκό πληθυσμό. Συνολικά, οι ανισότητες περιορίζονται ή εξαφανίζονται για πολιτογραφημένους Λατίνους όσο περισσότερο

παραμένουν στη χώρα. Μεταξύ των Λατίνων μη πολιτών, οι ανισότητες παραμένουν σταθερές ή μειώνονται ελαφρώς, αλλά παραμένουν για μεγάλη πάροδο του χρόνου. Συμπερασματικά, το χαμηλό επίπεδο των δαπανών υγείας για τους Λατίνους που γεννήθηκαν στο εξωτερικό συνέβαλε στις ανισότητες των δαπανών για την υγεία μεταξύ των Λευκών και των Λατίνων, ωστόσο κάποια προκαταρκτικά στοιχεία δείχνουν τη σύγκλιση των δαπανών υγείας με την πάροδο του χρόνου μεταξύ των δύο ομάδων.

Χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο τυχαίων υλικοτεχνικών επιδράσεων, οι Setia et al (2011) εξέτασαν τη συμβολή της χώρας προέλευσης, τα ατομικά χαρακτηριστικά και μετέπειτα εμπειρίες από τη μετανάστευση μέσω της ατομικής βαθμολογία της υγείας (SRH) από 2468 άνδρες και 2614 γυναίκες μετανάστες από τη διαχρονική έρευνα των μεταναστών στον Καναδά κατά τη χρονική περίοδο 2001-2005. Οι διαφορές βιολογικού / κοινωνικού φύλου, βρέθηκαν καθοριστικές για όλες τις κατηγορίες της υγείας. Τα χαρακτηριστικά της χώρας προέλευσης εξήγησαν κάποιες εθνικές διαφορές στην υγεία και είχαν ανεξάρτητες αρνητικές επιπτώσεις, ιδίως μεταξύ των γυναικών. Έτσι, οι γυναίκες από χώρες με χαμηλότερο επίπεδο του δείκτη ανάπτυξης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κακής SRH και θα πρέπει να είναι στο επίκεντρο των προγραμμάτων δημόσιας υγείας που αποσκοπούν σε νέους μετανάστες στον Καναδά.

Η παρούσα έρευνα των Manneschi et al (2011) είχε ως στόχο να αξιολογήσει τις διαφορές των επιπτώσεων μιας ασθένειας όπως του καρκίνου, σε πληθυσμούς από διάφορες χώρες του κόσμου, στην περιοχή της Τοσκάνης που καλύπτεται από τα μητρώα των καρκινοπαθών. Ειδικότερα, επιλέγηκαν περιπτώσεις καρκίνου που διαγνώστηκαν τη χρονική περίοδο 1998-2005 σε πληθυσμό που κατοικεί στις επαρχίες της Φλωρεντίας και του Πράτο της Ιταλίας.

Παράλληλα, κάθε υπόθεση κατηγοριοποιήθηκε ανάλογα με τον τόπο γέννησης και συγκεκριμένα α) οι γεννημένοι στην Ιταλία, β) οι γεννημένοι σε χώρες με υψηλή μετανάστευση (PFPM), γ) γεννημένοι σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες (PSA). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, κατά την περίοδο 1998-2005, διαγνώστηκαν 14.791 περιπτώσεις επεμβατικού καρκίνου σε άτομα ηλικίας 20-59 ετών, όπου το 4,25% αφορά τα άτομα που έχουν γεννηθεί εκτός Ιταλίας (1,2% PSA και 3% PFPM). Επιπρόσθετα, οι επιπτώσεις της ασθένειας στα άτομα που γεννήθηκαν σε

ανεπτυγμένες χώρες, δε διέφεραν σημαντικά απ τις αντίστοιχες των ατόμων που γεννήθηκαν στην Ιταλία. Σχετικά με τα ποσοστά εμφάνισης, αυτά ήταν μικρότερα για τα άτομα που γεννήθηκαν σε χώρες με υψηλή μετανάστευση, τόσο στην κατηγορία ανδρών και γυναικών σε σχέση με τα άτομα που γεννήθηκαν στην Ιταλία. Αντιθέτως, συμπτώματα εμφάνισης καρκίνου που αφορούν το ήπαρ και τον τράχηλο της μήτρας έδειξαν υψηλότερα ποσοστά μεταξύ των ατόμων που γεννήθηκαν σε χώρες με υψηλή μετανάστευση.

Συμπερασματικά, τα άτομα που έχουν γεννηθεί σε χώρες με υψηλά ποσοστά μετανάστευσης, παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά από αυτούς που γεννήθηκαν στην Ιταλία, ενώ η συχνότητα ήταν υψηλότερη για τα άτομα που προέρχονται από χώρες με υψηλή μετανάστευση, μόνο για το ήπαρ και τον τράχηλο της μήτρας, δηλαδή τύποι καρκίνου με σαφέστατη νευρολογική εξήγηση. Τα μεταναστευτικά θέματα, έχουν δημιουργήσει νέες προοπτικές στο χώρο των σπουδών αλλά και σε μεθοδολογικά ζητήματα

Ο σκοπός της μελέτης των Bonvicini et al (2011) ήταν να συγκρίνει την πρόσβαση των Ιταλών και των μεταναστών στην εντατική (ER), στην επαρχία του Reggio Emilia της Ιταλίας, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στις διαφορές του χρόνου και στο ενδεχόμενο ακατάλληλων προσβάσεων. Συγκεκριμένα, έγινε ανάλυση της βάσης δεδομένων των επειγόντων περιστατικών της επαρχίας Reggio Emilia για τη χρονική περίοδο 2007-2010. Κατά την ανάλυση του μόνιμου πληθυσμού, όλοι οι αυτόχθονες πολίτες και όλοι οι μετανάστες από τις ανεπτυγμένες χώρες θεωρήθηκαν Ιταλοί, ενώ οι πολίτες από αναπτυσσόμενες χώρες ήταν μετανάστες. Προσωρινοί μετανάστες χαρακτηρίζονταν οι μετανάστες με κατοικία και ιθαγένεια μιας αναπτυσσόμενης χώρας.

Μια περιγραφική ανάλυση διεξήχθη χρησιμοποιώντας δημογραφικές μεταβλητές που σχετίζονται με τους ασθενείς (ηλικία, φύλο, ιθαγένεια και κατοικία) και οι μεταβλητές που σχετίζονται με την πρόσβαση (κωδικοί έκτακτης εισαγωγής, αιτία της εισαγωγής, ώρα, ημέρα της εβδομάδας, του μήνα και χορήγηση απαλλαγής). Κατά τα έτη 2007-2010, καταγράφηκαν 562.658 προσβάσεις σε ER για τους Ιταλούς, 95.300 προσβάσεις για τους μετανάστες και 6.800 για τους προσωρινούς μετανάστες. Τιμές Η τιμή σχετικά με την πρόσβαση των μεταναστών που κατοικούν στην Ιταλία ήταν υψηλότερη από την αντίστοιχη των Ιταλών.

Τα αποτελέσματα της μελέτης αναφέρουν ότι οι μετανάστες έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών περισσότερο από ό, τι οι Ιταλοί. Ακόμη παρουσιάζονται περισσότερες μη επείγουσες προσβάσεις σε σύγκριση με τους Ιταλούς. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα αποτελέσματα των μελετών που έχουν διεξαχθεί σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες και υπογραμμίζει την ανάγκη αναδιοργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας, ώστε να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες των μεταναστών.

Η εργασία των Martini et al (2011) είχε ως σκοπό να εξετάσει τα χαρακτηριστικά και την εξέλιξη της θνησιμότητας σε μετανάστες στην Τοσκάνη κατά την τελευταία δεκαετία, και να τα συγκρίνει με αυτά που παρατηρήθηκαν στους Ιταλούς που κατοικούν στην ίδια περιοχή. Ως μετανάστες ορίστηκαν όσοι διαμένουν στην Τοσκάνη με μη ιταλική υπηκοότητα. Παράλληλα, έχουν ταξινομηθεί σε μετανάστες από χώρες με υψηλά ποσοστά μετανάστευσης (PFPM) και μετανάστες από τις ανεπτυγμένες χώρες (PSA). Οι κύριες μετρήσεις αφορούσαν την αναλογική θνησιμότητα για την περίοδο 1997-2008 και τις τάσεις τυποποίησης της θνησιμότητας ανά 100.000 ανθρώπους κατά την περίοδο 2002-2008 ανάλογα με την ιθαγένεια (PFPM, PSA και των Ιταλών), το φύλο, την ηλικία και τα αίτια του θανάτου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, κατά την περίοδο 1997-2008, στην Τοσκάνη, έχουν καταγραφεί 4.755 θάνατοι μεταναστών: 3.055 κατοίκων (1.782 από κατηγορία PFPM και 1.273 από PSA) και 1.700 μη ιθαγενείς. Οι τάσεις για όλες και ειδικότερα για τις κύριες αιτίες θανάτου δείχνουν μια αυξανόμενη διαφορά στη θνησιμότητα μεταξύ των μεταναστών από PFPM και των Ιταλών, με υψηλότερα ποσοστά για τους Ιταλούς. Σε αντίθεση, η βρεφική θνησιμότητα είναι υψηλότερη σε παιδιά από PFPM και το χάσμα αυξάνεται τα τελευταία χρόνια. Επίσης, το ποσοστό της θνησιμότητας σχετικά με τα ατυχήματα (ως κύρια αιτία θανάτου είναι αντίστοιχο σε άνδρες και γυναίκες PFPM) και η θνησιμότητα για λοιμώδη νοσήματα είναι υψηλότερη σε PFPM μετανάστες.

Αποτελεσματικά, η μελέτη θνησιμότητας για τους μετανάστες στην Τοσκάνη επεσήμανε συγκεκριμένα προβλήματα υγείας του πληθυσμού αυτού που απορρέουν από τις συνθήκες διαβίωσης στη χώρα καταγωγής καθώς και τη χώρα υποδοχής. Θα είναι απαραίτητο να συνεχίσει να παρακολουθεί την εξέλιξη της θνησιμότητας και τα

χαρακτηριστικά αυτού του πληθυσμού, διότι αποτελεί ένα καλό εργαλείο για την έμμεση αξιολόγηση της κοινωνικοοικονομικής ενσωμάτωσης του (λαμβάνοντας επίσης υπόψη τη χρήση του υγειονομικού συστήματος), και επειδή ο πληθυσμός εξακολουθεί να αναμένεται να αυξηθεί στο επόμενες δεκαετίες.

Η μελέτη των Comas et al (2011) είχε ως στόχο τον υπολογισμό του κόστους του τοκετού, συμπεριλαμβανομένων των δαπανών της προγεννητικής και μεταγεννητικής φροντίδας (3 μήνες), καθώς και τις παροχές φροντίδας στην πανεπιστημιακή κλινική της Βαρκελώνης. Το κόστος εκτιμήθηκε λαμβάνοντας υπόψη τη μητρική προέλευση και το είδος παροχών. Για αυτό το λόγο, πραγματοποιήθηκε μια δια-τμηματική έρευνα σε μητέρες που εξυπηρετούνταν σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο τη χρονική περίοδο μεταξύ Οκτωβρίου 2006 και Σεπτεμβρίου 2007. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μέσο κόστος του τοκετού ήταν 4.328 €. Όσον αφορά την προγεννητική φροντίδα, αντιπροσωπεύει το 18% του συνολικού κόστους και το 75% των συνολικών πράξεων. Το μέσο συνολικό κόστος ήταν 5.815 € για καισαρική τομή, 4.064 € για υποβοηθούμενο κολπικό τοκετό και 3.682 € για μη υποβοηθούμενο κολπικό τοκετό. Το κόστος της γέννας μέσα από καισαρική τομή ήταν 955 € ενώ ο κόστος της εισόδου του νεογέννητου στο νοσοκομείο κυμαίνεται από 420 € σε 1.951 €, ανάλογα με τη σοβαρότητα του νεογέννητου. Η ηλικία, η προέλευση και η προγεννητική φροντίδα, δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ή οι οικονομικοί παράγοντες.

Συμπερασματικά, ούτε η μετανάστευση ούτε η προγεννητική φροντίδα σχετίστηκαν σημαντικά στη διαφορά του κόστους. Οι σημαντικότεροι παράγοντες ήταν ο τύπος του τοκετού και η νεογνική σοβαρότητα.

Η πιθανή περίπτωση επιβάρυνσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας των ΗΠΑ από τους παράνομους μετανάστες αποτελεί σημείο αναφοράς στις συζητήσεις σχετικά με τον τομέα της υγείας και τις μεταρρυθμίσεις που αφορούν τους μετανάστες. Σύμφωνα με την έρευνα των Stimpson et al (2010), οι δαπάνες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που αφορούσαν πολιτογραφημένους ενήλικους πολίτες και μη πολιτογραφημένους (ποσοστό που περιελάμβανε και παράνομους μετανάστες) για τη χρονική περίοδο 1999-2006, διαπιστώνεται ότι το κόστος παροχής φροντίδας υγείας στους μετανάστες είναι μικρότερο από το αντίστοιχο για τους πολίτες των ΗΠΑ και έτσι οι μετανάστες δεν συμβάλλουν δυσανάλογα σε

υψηλά κόστη για την παροχή περίθαλψης σε δημόσια προγράμματα όπως το Medicaid.

Στόχος της έρευνας των Fedeli et al (2010) ήταν να διερευνηθεί κατά πόσον τα ποσοστά νοσηλείας διαφέρουν μεταξύ των μεταναστών και μη μεταναστών παιδιών προσχολικής ηλικίας και το βαθμό στον οποίο οι διαφορές αυτές σχετίζονται με συγκεκριμένες παθολογικές καταστάσεις. Όλες οι απορρίψεις που εμφανίστηκαν σε παιδιά ηλικίας 1-5 ετών μεταξύ του 2005 και του 2007 στην ιταλική περιφέρεια της Βενετίας (4,8 εκατομμύρια κάτοικοι), αναλύθηκαν με τη διάγνωση που σχετίζονται ομοιογενείς ομάδες (DRGs). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα ποσοστά νοσηλείας των παιδιών για ιατρικές συνθήκες ήταν παρόμοια μεταξύ των μεταναστών και των εγχωρίων. Ωστόσο, τα ποσοστά νοσηλείας μεταξύ των μεταναστών παιδιών ήταν σημαντικά χαμηλότερα από εκείνα των Ιταλών για όλες τις συχνές χειρουργικές ομοιογενείς ομάδες (DRGs). Η έρευνα αναφέρεται σε επεμβάσεις τύπου αμυγδαλεκτομής, προληπτικές εξετάσεις γεννητικών οργάνων των αγοριών και εξοφθάλμιες εξετάσεις των κοριτσιών. Μόνο η διαδικασία περιτομής ήταν πιο συχνή (περίπου τετραπλάσια) μεταξύ των μεταναστών. Τα αποτελέσματα έδειξαν αφενός ότι τα ποσοστά νοσηλείας για τις πιο συχνές χειρουργικές επεμβάσεις είναι σημαντικά χαμηλότερα μεταξύ των μεταναστών παιδιών προσχολικής ηλικίας σε σύγκριση με αυτά των ντόπιων (Ιταλών) και αφετέρου ότι οι μειωμένοι συντελεστές χειρουργικής επέμβασης των μεταναστών θα μπορούσαν να προκύψουν από μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ των γονικών στάσεων και γνώσης των παιδιατρικών συνθηκών, τα γλωσσικά εμπόδια και την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η μελέτη των Dean και Wilson (2010) είναι μία από τις πρώτες που μπορεί να εξετάσει ποιοτικά, τις αντιληπτές αλλαγές στην κατάσταση της υγείας και τους λόγους για την αλλαγή της κατάστασης της υγείας των μεταναστών. Παράλληλα, παρουσιάζει τα αποτελέσματα 23 συνεντεύξεων από ενήλικες με πρόσφατη (λιγότερο από 3 χρόνια παραμονής), ενδιάμεση (3-10 ετών) και μακροπρόθεσμη (άνω των 10 ετών), για τους μετανάστες που ζουν στην ευρύτερη περιοχή του Τορόντο. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων πίστευαν ότι η υγεία τους είχε παραμείνει σταθερή ή ακόμα και βελτιωθεί με την πάροδο του χρόνου,

λόγω της βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου και συμπεριφοράς στον τρόπο ζωής στον Καναδά. Ακόμη, όσοι αντιλαμβάνονται ότι η υγεία τους έχει επιδεινωθεί με την πάροδο του χρόνου απέδωσαν την αλλαγή στο στρες που συνδέεται με τη μετανάστευση, καθώς και τη διαδικασία της γήρανσης και όχι την υιοθέτηση ενός ανθυγιεινού τρόπου ζωής.

Επιπλέον, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφεραν βελτίωση της πρόσβασης σε πόρους μετά τη μετανάστευση, υπήρχαν ανάμεικτα σχόλια σχετικά με την άποψη του πόσο ευεργετικοί θα ήταν οι πόροι αυτοί ή θα μπορούσαν ενδεχομένως να είναι για την υγεία. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη διεξαγωγής έρευνας για την ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας σε μελέτες σχετικά με την αλλαγή της κατάστασης της υγείας των μεταναστών και να επικεντρωθεί στους παράγοντες εκείνους που συμβάλλουν σε υψηλά επίπεδα άγχους μεταξύ αυτών που μετανάστευσαν πρόσφατα.

Λαμβάνοντας υπόψη το νομικό πλαίσιο του 1984 περί υγείας του Καναδά, η κατάσταση της υγείας των μεταναστών θα πρέπει να είναι ανάλογη με το μέσο επίπεδο εντός του συνόλου του Καναδά. Ωστόσο, υποθέτοντας την ύπαρξη ισότητας στην κατάσταση της υγείας μεταξύ μεταναστών και μη μεταναστών ή μεταξύ ομάδων μεταναστών είναι πιθανό να υπάρξει μια ρεαλιστική και απλουστευτική υπόθεση, δεδομένου ότι απαρατήρητα εμπόδια επηρεάζουν την προσβασιμότητα, την αναδιάρθρωση του καναδικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και τα προβλήματα με την παροχή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης στον πληθυσμό των μεταναστών.

Η παγκόσμια Προσωπική Βαθμολόγηση της Υγείας (SRH) είναι όλο και περισσότερο ένα βασικός δείκτης για την εκτίμηση της υγείας των μεταναστών. Ωστόσο, τα στοιχεία του αντίκτυπου στην SRH των γενεών κατάστασης, τη διάρκεια παραμονής στις ΗΠΑ και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (SES) μεταξύ των μεταναστών και των απογόνων τους είναι περιορισμένη και ασυνεπής. Η μελέτη των Acevedo-Garcia et al (2010) ξεπέρασε τους περιορισμούς στις υφιστάμενες έρευνες με το θέμα αυτό, χρησιμοποιώντας μια μοναδική, μεγάλη και ποικίλη προέλευση δεδομένων, το Ετήσιο Οικονομικό και Κοινωνικό Συμπλήρωμα της τρέχουσας έρευνα πληθυσμού. Ως αποτέλεσμα, υπάρχει η δυνατότητα συλλογής αποτελεσμάτων από τη φυλή / εθνικότητα, που αντιπροσωπεύουν τη χώρα καταγωγής και εξέτασης

του ρόλου των πολλαπλών διαστάσεων της SES. Παράλληλα, διαπιστώθηκε το γεγονός ότι συνολικά οι μετανάστες πρώτης γενιάς στις ΗΠΑ έχουν χαμηλότερες πιθανότητες στη σχέση φτώχη / δίκαιη SRH σε σχέση με την τρίτη γενιά. Η ένωση αυτή είναι ιδιαίτερα έντονη για τους μαύρους και ισπανόφωνους αλλά όχι σημαντική για τους Ασιάτες. Μεταξύ της πρώτης γενιάς Ασιατών και Ισπανών, η μεγαλύτερη διάρκεια της παραμονής συνδέεται θετικά με την κακή / δίκαιη SRH. Τέλος, οι κοινωνικοοικονομικές βαθμίδες σε SRH τείνουν να είναι λιγότερο έντονες μεταξύ της πρώτης γενιάς (σε σχέση με το τρίτο) και, στο πλαίσιο της πρώτης γενιάς, μεταξύ των νέο-αφιχθέντων (σε σχέση με εκείνους με μεγαλύτερη διάρκεια).

Τα αποτελέσματά υπογραμμίζουν τη σημασία της λογιστικής για πολλαπλές μεταβλητές που αφορούν τη μετανάστευση και τις αλληλεπιδράσεις τους με τη φυλή / εθνικότητα και SES. Σε αντίθετη περίπτωση, οι μελέτες μπορούν να εκτιμούν λανθασμένα SRH διαφορές ανάλογα με τη φυλή / εθνικότητα και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Η συνεχιζόμενη αύξηση του πληθυσμού των μεταναστών των ΗΠΑ και η δεύτερη γενιά υπογραμμίζουν την ανάγκη να εξεταστούν τα πρότυπα στον τομέα της υγείας των μεταναστών συστηματικά.

Η υγεία των μεταναστών στο Ηνωμένο Βασίλειο και η πρόσβασή τους στην υγειονομική περίθαλψη είναι σημαντικό ενδιαφέρον πολιτικής. Υπάρχουν στοιχεία εθνικών ανισοτήτων στην υγεία και στην πρόσβαση και τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά δεν ελήφθη επαρκώς υπόψη η σημασία της γέννησης στο εξωτερικό και το μήκος της παραμονής στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η μελέτη των Jayaweera και Quigley (2010) εξέτασε δείκτες για την κατάσταση της υγείας, τη συμπεριφορά και τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των μητέρων των βρεφών στο «Millennium Cohort Study» ανάλογα με το αν έχουν γεννηθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο ή στο εξωτερικό, από μεμονωμένη εθνική ομάδα και το μήκος της παραμονής.

Τα ευρήματά δείχνουν ότι υπάρχουν τόσο θετικοί όσο και αρνητικοί δείκτες υγείας που σχετίζονται με την εθνικότητα, τη γέννηση στο εξωτερικό, τη διάρκεια της διαμονής και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων σε ένα ενιαίο συντελεστή σε απομόνωση, όπου θα μπορούσε να οδηγήσει σε παρερμηνεία των ενώσεων. Για την εθνικότητα των μητέρων υπάρχει μια σημαντική σχέση με τους περισσότερους δείκτες υγείας, ανεξάρτητα από τη χώρα γέννησης, τη διάρκεια της διαμονής και τις

κοινωνικό-δημογραφικές συνθήκες. Μόλις ρυθμίζεται το θέμα της εθνικότητας και την κοινωνικό-δημογραφικών μεταβλητών, η σχέση με τη γέννηση στο εξωτερικό εξαφανίζεται στα περισσότερα αποτελέσματα που αφορούν την υγεία, το οποίο υποδηλώνει ότι μπορεί να μην υπάρξει μια ανεξάρτητη ποινή των μεταναστών στον τομέα της υγείας. Υπάρχει μια γραμμική τάση στη μείωση της κατάστασης της υγείας με την αύξηση του μήκους της κατοικίας, αλλά χωρίς ανεξάρτητη συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας παραμονής και τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό σημαίνει ότι, ενώ εξακολουθούν να υπάρχουν εμπόδια για την καλή υγεία των μεταναστών στην κοινωνία υποδοχής, όπως φαίνεται και σε άλλες μελέτες, παράγοντες που είναι σημαντικοί για ένα υγιές αποτέλεσμα δεν μπορεί να ισχύουν για ένα άλλο.

Τα ευρήματά ωστόσο αμφισβητούν γραμμικά μοντέλα εκπολιτισμού, όσον αφορά την υγεία των μεταναστών, δείχνοντας ότι μια γραμμική τάση για τη βελτίωση της κοινωνικό-οικονομικών συνθηκών για τις μητέρες σε ορισμένες εθνικές ομάδες, δεν συνδέεται πάντα με καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία ή αλλαγές στη συμπεριφορά υγείας. Τέλος, τα αποτελέσματά υποδηλώνουν την ανάγκη για μια ολοκληρωμένη συλλογή και ανάλυση πληροφοριών για όλες τις κατηγορίες των μεταναστών για την κατανόηση των προτύπων και τους παράγοντες που διέπουν την υγεία και τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης.

Η έρευνα των Siddiqi et al (2009), χρησιμοποιώντας μια διακρατική συγκριτική προσέγγιση, εξέτασε την επίδραση της ασφάλισης υγείας των μεταναστών στις ΗΠΑ σε σχέση με τις ανισότητες μη μεταναστών, όσον αφορά την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στο πλαίσιο της έρευνας για την υγεία, με κοινά στοιχεία την περίοδο 2002-2003 σε Καναδά και ΗΠΑ, συγκεντρώθηκαν αποδεικτικά στοιχεία χρησιμοποιώντας τρεις προσεγγίσεις. Πρώτον, σύγκριση της πρόσβασης στην περίθαλψη των ασφαλισμένων και ανασφάλιστων μεταναστών και ντόπιων εντός των ΗΠΑ. Δεύτερον, σε ποιο σημείο τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με τις ανισότητες πρόσβασης στην περίθαλψη μεταξύ των μεταναστών και μη μεταναστών στον Καναδά, μια χώρα με την καθολική υγειονομική περίθαλψη. Τρίτον, θα διεξαχθεί μια νέα άμεση σύγκριση αποτελεσμάτων, σχετικά με την πρόσβαση στην περίθαλψη των ασφαλισμένων και ανασφάλιστων μεταναστών στις ΗΠΑ με τους αντίστοιχους στον Καναδά.

Τα αποτελέσματα της έρευνας, ήταν αυτό-αναφερόμενες ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες και έλλειψη τακτικού γιατρού. Τα υποδείγματα της λογιστικής παλινδρόμησης ελέγχονται ως προς την ηλικία, το φύλο, nonwhite κατάσταση, την οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, την απασχόληση και την αυτό-βαθμολογία ως προς την υγεία. Στις ΗΠΑ, οι πιθανότητες των ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών των ασφαλισμένων μεταναστών ήταν παρόμοια με εκείνα των ασφαλισμένων μη μεταναστών, αλλά πολύ μεγαλύτερη για ανασφάλιστους μετανάστες. Η επίδραση της ασφάλισης υγείας ήταν ακόμα πιο εντυπωσιακή για την έλλειψη τακτικού γιατρού. Εντός του Καναδά, οι ανισότητες μεταξύ μεταναστών και μη μεταναστών ήταν παρόμοια σε μέγεθος με τις διαφορές που παρατηρήθηκαν μεταξύ των ασφαλισμένων αμερικανών. Δύο αποτελέσματα, άμεσων συγκρίσεων των ΗΠΑ και του Καναδά αποκάλυψε σημαντικές διαφορές μεταξύ των ανασφάλιστων αμερικανών μεταναστών και του Καναδέζων, αλλά όχι μεταξύ ασφαλισμένων Αμερικανών και Καναδέζων, που στρωματοποιήθηκαν από τη γέννηση.

Τα ευρήματα υποδεικνύουν, ότι η ασφάλιση υγείας είναι μια κύρια αιτία των διαφορών μεταξύ των μεταναστών και μη μεταναστών στην πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, ενώ ο δανεισμός αποτελεί μια ισχυρή υποστήριξη για την επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας στις ΗΠΑ. Τέλος, η μελέτη υπογραμμίζει τη χρησιμότητα των διακρατικών συγκρίσεων για τη δημιουργία εναλλακτικών αντιπαραδειγμάτων σε μελέτες των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης.

Η υγειονομική περίθαλψη των μεταναστών είναι το προϊόν της δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ κοινωνικών παραγόντων και των κοινωνικοοικονομικών και πολιτιστικών χαρακτηριστικών του ατόμου. Οι γνώσεις σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη των μεταναστών έχουν περιοριστεί στα ατομικά χαρακτηριστικά, χωρίς να δίνουν σημασία στο κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο εντάσσονται οι μετανάστες. Η μελέτη του Choi (2009) διερευνά τις επιπτώσεις των κοινωνικών πλαισίων σχετικά με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μεταξύ των πρόσφατων μεταναστών. Ως ένα φυσικό πείραμα, συγκρίνει την εμπειρία της υγειονομικής περίθαλψης των τριών μεταναστευτικών ομάδων στη Χαβάη, συγκεκριμένα των Φιλιππινέζων, των Κορεατών και των Marshallese (κάτοικοι νήσων Μάρσαλ), οι οποίοι βρίσκονται σε διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια, συμπεριλαμβανομένης της πολιτικής για την υγεία των μεταναστών, εθνική κοινότητα, και μεμονωμένα δίκτυα. Μέσα από έρευνα σε

νοικοκυριά που διεξήχθη μεταξύ Οκτωβρίου 2005 και Ιανουαρίου 2006, προέκυψαν στοιχεία από 378 ενήλικες μετανάστες σχετικά με την πρόσβαση στην περίθαλψη, το καθεστώς ασφάλισης υγείας, τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, τους γλωσσικούς και πολιτιστικούς παράγοντες, την κατάσταση της υγείας, την εθνική κοινότητα του κοινωνικού κεφαλαίου, και τα κοινωνικά δίκτυα.

Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δείχνουν ότι οι Marshallese ερωτηθέντες έχουν καλύτερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη από τις άλλες δύο ομάδες, παρά την χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση τους. Το υψηλό ποσοστό ασφάλισης των Marshallese, που κυρίως συνδέεται με μια πολιτική για την κατάσταση στην υγεία, η οποία παρέχει συνδρομή για ασφάλιση υγείας, είναι ο κύριος συντελεστής της μεγαλύτερης πρόσβασης φροντίδας της υγείας τους. Ενώ, οι μετανάστες από τις Φιλιππίνες δεν επωφελούνται από την ασφαλιστική συνδρομή του κράτους, τα υψηλά επίπεδα των πόρων υγειονομικής περίθαλψης και του κοινωνικού κεφαλαίου στο εσωτερικό της κοινότητας των Φιλιππίνων συνέβαλλαν σημαντικά στο γεγονός να έχουν καλύτερη πρόσβαση στην περίθαλψη, από ότι οι Κορεάτες, οι οποίοι έχουν υψηλότερο εισόδημα και μορφωτικό επίπεδο. Κατά τρόπο ενδιαφέροντα, τα σύνθετα οικογενειακά- συγγενικά δίκτυα σχετίζονται με καλύτερα επίπεδα πρόσβασης των μεταναστών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ενώ η αύξηση των εθνοτικών φιλικών δικτύων σχετίζεται με μικρότερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Εντέλει, η μελέτη αυτή υποδηλώνει ότι η αποκατάσταση της επιλογής των μεταναστών για τη δημόσια συνδρομή ασφάλισης υγείας, η ανάπτυξη των πόρων υγειονομικής περίθαλψης και του κοινωνικού κεφαλαίου στο πλαίσιο των εθνοτικών κοινοτήτων, και η κινητοποίηση των δικτύων των μεταναστών θα είναι αποτελεσματικά σημεία εκκίνησης για τη βελτίωση της πρόσβασης της υγειονομικής περίθαλψης των μεταναστών.

Όσον αφορά τις επιπτώσεις της μετανάστευσης για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, έχουν αναλυθεί από πολλές μελέτες, οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί σε χώρες με χαμηλότερα επίπεδα μετανάστευσης από την Ισπανία. Αυτές οι μελέτες δείχνουν ότι η χρήση υπηρεσιών υγείας από του μετανάστες είναι χαμηλότερη από την αντίστοιχη του ντόπιου πληθυσμού, ενώ οι μετανάστες τείνουν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης του νοσοκομείου σε βάρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η ανεπαρκής πρόσβαση και η κακή ποιότητα φροντίδας για τους μετανάστες θα μπορούσε να έχει σοβαρές συνέπειες για την υγεία τους και ότι από τον συνολικό πληθυσμό των ΗΠΑ. Οι Derosé et al (2009) πραγματοποίησαν μια συστηματική έρευνα για γεγονότα μετά το 1996, με μελέτες βασισμένες στον πληθυσμό των μεταναστών και της υγειονομικής περίθαλψης. Από τα 1.559 άρθρα που προσδιορίστηκαν, τα 67 ανταποκρίνονταν στα κριτήρια της μελέτης, εκ των οποίων το 77% εξέτασε την πρόσβαση, το 27% την ποιότητα και το 6% κόστος. Οι μετανάστες και τα παιδιά τους είχαν λιγότερες πιθανότητες να έχουν ασφάλιση υγείας και μια τακτική πηγή φροντίδας και είχαν χαμηλότερη χρήση της υγείας σε σχέση με αυτούς που γεννήθηκαν στις ΗΠΑ. Οι αλλοδαποί ή οι μη αγγλόφωνοι, ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι και ανέφεραν χαμηλότερες αξιολογήσεις και περισσότερες διακρίσεις. Οι μετανάστες πραγματοποίησαν χαμηλότερες δαπάνες στον τομέα της υγείας σε σύγκριση με τους ντόπιους, εκτός από τις δαπάνες του τμήματος επειγόντων περιστατικών για τα παιδιά των μεταναστών. Απαιτούνται πολιτικές λύσεις για τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης των μεταναστών και των παιδιών τους. Η συγκεκριμένη έρευνα είναι απαραίτητη, ώστε να διαλευκανθούν τα μη χρηματοοικονομικά εμπόδια των μεταναστών, για την παραλαβή των συγκεκριμένων διαδικασιών της περίθαλψης, το κόστος της περίθαλψης, καθώς και την εμπειρία της υγειονομικής περίθαλψης σε μη παραδοσιακούς προορισμούς των ΗΠΑ.

Η κακή υγεία των μεταναστών μπορεί να εξηγηθεί όχι μόνο λόγω των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν τα άτομα, αλλά και από το περιβάλλον στο οποίο ζουν. Οι Lorant et al (2008) ερεύνησαν τη συσχέτιση των γενικότερων παραγόντων σχετικά με τις ανισότητες στην αυτό-βαθμολογία της υγείας μεταξύ των αυτοχθόνων και των μεταναστευτικών ομάδων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, σε σύγκριση με τους γηγενείς Βέλγους, ομάδες μεταναστών από την Τουρκία και το Μαρόκο ήταν πιο πιθανό να έχουν χειρότερη αυτό-βαθμολογία της υγείας. Όταν εξειδικευμένοι παράγοντες και επιμέρους κοινωνικοοικονομική κατάσταση επετράπησαν για όλες τις ομάδες μεταναστών, είχε μια κατάσταση υγείας που ήταν παρόμοια ή ακόμα καλύτερη από ό, τι εκείνη των γηγενών Βέλγων. Οι μετανάστες αντιμετωπίζουν διπλό κίνδυνο τόσο σε ατομικό όσο και σε εξειδικευμένο επίπεδο.

Οι Pantazis κ.α. (2008) διαπιστώνουν ότι ενώ στο γενικό πληθυσμό ο επιπολασμός της ηπατίτιδας Β μειώνεται διαχρονικά ως αποτέλεσμα των

προσπαθειών ενημέρωσης και των μέτρων πρόληψης και προφύλαξης υπάρχουν ομάδες του πληθυσμού, όπως οι μετανάστες, που παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ηπατίτιδας Β, για τις οποίες απαιτείται επιδημιολογική παρακολούθηση και παρέμβαση.

Στόχος της συγκεκριμένης μελέτης των Cots et al (2007) είναι η ποσοτικοποίηση, της σχετικά υπερβολικής χρήσης των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης στο πλαίσιο του μεταναστευτικού πληθυσμού. Ως εκ τούτου, πραγματοποιήθηκε ανάλυση των επισκέψεων στα επείγοντα του νοσοκομείου “Del Mar” στη Βαρκελώνη το 2002-2003. Επίσης, έγιναν καταγραφή των παραγόντων, όπως: η χώρα προέλευσης, το φύλο, η ηλικία, η ιατρική ειδικότητα και το μεταβλητό κόστος που σχετίζονται με την ιατρική περίθαλψη. Παράλληλα, οι μετανάστες χωρίστηκαν σε εκείνους που προέρχονται από χώρες υψηλού εισοδήματος (IHIC) και εκείνους από χώρες χαμηλού εισοδήματος (ILIC), ενώ το μέσο κόστος συγκρίθηκε με τη χώρα προέλευσης.

Τα συμπεράσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι μετανάστες χρησιμοποιούν το τμήμα επειγόντων περιστατικών κατά προτίμηση, σε σύγκριση με τις άλλες υπηρεσίες υγείας. Επίσης, δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ IHIC και ILIC, γεγονός που σημαίνει ότι αυτό οφείλεται στην ευκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης καθώς και στην έλλειψη γνώσεων σχετικά με το σύστημα υγείας της χώρας και όχι στην κακή κατάσταση της υγείας που προκύπτει από την κοινωνικοοικονομική θέση των μεταναστών. Η χρήση των δαπανών ως μεταβλητή της πολυπλοκότητας αποτελεί μια καιροσκοπική χρήση ενός εξαιρετικά πλήρη μητρώου, όπου εμφανίζεται συχνότερα σε νοσοκομεία και ξεπερνά την έλλειψη κλινικών πληροφοριών που σχετίζονται με τη δραστηριότητα στα εξωτερικά ιατρεία.

Παρά τα πλεονεκτήματα για την υγεία και την επιβίωση των Ισπανών σε σχέση με μη ισπανόφωνους λευκούς στις ΗΠΑ, οι Ισπανοί αναφέρουν οι ίδιοι να βρίσκονται σε χειρότερη κατάσταση της υγείας από ό, τι οι λευκοί. Παλαιότερη έρευνα δείχνει ότι αυτές οι εθνοτικές διαφορές στην προσωπική βαθμολογία υγείας(SRH), μετράται με μια απλή ερώτηση που ζητά από τα άτομα να εκτιμήσουν τη συνολική κατάσταση της υγείας τους και εμμένουν στην παρουσία ενός εκτεταμένου συνόλου των ερμηνευτικών μεταβλητών. Η παρούσα μελέτη των

Bzostek et al (2007) χρησιμοποιούν στοιχεία από το πρώτο κύμα του «Los Angeles Family and Neighborhood Survey» (LAFANS) «διαχρονική μελέτη των οικογενειών στην Καλιφόρνια και στις γειτονιές στις που ζουν» για να δοκιμάσει τρεις υποθέσεις που αφορούν τις διαφορές μεταξύ Ισπανών και Άσπρων στην SRH. Στη συνέχεια, γίνεται αξιολόγηση για το εάν οι φτωχότερες εκθέσεις για την υγεία μεταξύ των Ισπανόφωνων προκύπτουν από: εκπολιτισμό και γλωσσικές διαφορές που σχετίζονται με τις εκθέσεις, μέτρα από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (SES) που συχνά παραλείπονται σε άλλες μελέτες και σωματοποίηση της συναισθηματικής δυσφορίας από τους Ισπανούς.

Τα αποτελέσματα προσφέρουν νέες γνώσεις για την εγκυρότητα αυτών των εξηγήσεων και προτείνουν κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα. Πρώτον, υπογραμμίζουν τη σημασία της γλώσσας της συνέντευξης σε σχέση με άλλα μέτρα του εκπολιτισμού, γεγονός που υποδηλώνει ότι τα μεταφραστικά ζητήματα μεταξύ της ισπανικής και της αγγλικής έκδοσης του ζητήματος SRH μπορούν να προκαλέσουν μερικές από τις διαφορές. Δεύτερον, την προσαρμογή του SES κυρίως για τα χρόνια της σχολικής εκπαίδευσης, στενεύει, αλλά δεν εξαλείφει το χάσμα μεταξύ λευκών και των Ισπανόφωνων SRH. Τέλος, αν και οι ερωτηθέντες που πάσχουν από κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να αναφέρουν κακή SRH, η μελέτη αυτή παρέχει ελάχιστα στοιχεία που στηρίζουν την υπόθεση σωματοποίηση. Το δεύτερο κύμα της LAFANS ενσωματώνει νέες ερωτήσεις που είναι πιθανό να επιτρέψει περισσότερο σε βάθος αξιολόγηση των υποθέσεων αυτών σε μελλοντικές αναλύσεις.

Παρά τα υψηλά επίπεδα φτώχειας και μικρότερης πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, τα παιδιά σε οικογένειες μεταναστών έχουν καλύτερη, από τα αναμενόμενα αποτελέσματα, υγεία σε σύγκριση με τα παιδιά μη μεταναστευτικών οικογενειών. Ωστόσο, η παρατήρηση αυτή δεν έχει επιβεβαιωθεί σε παιδιά με χρόνιες ασθένειες. Ο στόχος της μελέτης των Javier et al (2007) ήταν να διαπιστωθεί αν τα παιδιά με άσθμα σε οικογένειες μεταναστών έχουν καλύτερη από την αναμενόμενη κατάσταση της υγείας από ό, τι τα παιδιά με άσθμα σε μη μεταναστευτικές οικογένειες. Τα δεδομένα από την έρευνα του 2001 και του 2003 στην Καλιφόρνια για την υγεία (CHIS) χρησιμοποιήθηκαν για τον προσδιορισμό 2600 παιδιών, ηλικίας 1 έως 11, με το γιατρό να διαγνώσει άσθμα. Στη συνέχεια, έγινε ανάλυση δύο μεταβλητών και λογιστική παλινδρόμηση για να εξετασθεί η πρόσβαση στην

περίθαλψη, τη χρήση, την κατάσταση της υγείας της και την οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών.

Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι σε σύγκριση με τα παιδιά με άσθμα μη μεταναστευτικών οικογενειών, τα παιδιά με άσθμα σε οικογένειες μεταναστών είναι πιο πιθανό να στερούνται μια συνηθισμένη πηγή φροντίδας, επίσης αναφέρουν μια καθυστέρηση στην ιατρική περίθαλψη και καμία επίσκεψη στο γιατρό κατά το παρελθόν έτος. Είναι λιγότερο πιθανό να αναφέρουν συμπτώματα του άσθματος και μια επίσκεψη σε δωμάτιο έκτακτης ανάγκης κατά το παρελθόν έτος, αλλά πιο πιθανό να αναφέρουν μέτρια έως κακή την κατάσταση της υγείας. Πολύ-μεταβλητά μοντέλα αποκάλυψαν ότι η σχέση της ιδιότητας του μετανάστη με τα υγειονομικά μέτρα ήταν περίπλοκη. Αυτά τα μοντέλα πρότειναν, ότι η έλλειψη ασφάλισης και η φτώχεια σχετίζονται με τη μειωμένη πρόσβαση και τη χρήση. Τα παιδιά σε οικογένειες μεταναστών ήταν λιγότερο πιθανό να επισκεφθούν το τμήμα επειγόντων περιστατικών για το άσθμα κατά το παρελθόν έτος. Η φτώχεια σχετίζεται με την κατοχή ενός περιορισμού στη λειτουργία και μια μέτρια έως κακή αντίληψη για την υγεία, ενώ οι συνεντεύξεις που δεν βασίστηκαν στην αγγλική γλώσσα συσχετίστηκαν με λιγότερους περιορισμούς στη λειτουργία αλλά και υψηλότερα επίπεδα από την μέτρια έως κακή αντίληψη για την υγεία.

Η μελέτη των Kosmas και Theodoropoulou (2007) αποτελεί μια εμπειρική προσέγγιση, καθώς εξετάζει τα οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των οικονομικών μεταναστών στην Αθήνα, στην Ελλάδα, τους παράγοντες που επηρεάζουν την καταναλωτική τους συμπεριφορά, καθώς και την ένταξη τους στην ελληνική κοινωνία. Με βάση τα δεδομένα που προκύπτουν από την έρευνα μέσω ερωτηματολογίων σε 273 μετανάστες που επελέγησαν τυχαία από 957 εγγεγραμμένους οικονομικούς μετανάστες διαφόρων εθνικοτήτων που ζουν στην Αθήνα, εξετάστηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν την κοινωνική ένταξη των μεταναστών από πλευράς ελληνικής κοινωνίας, καθώς και τη συμπεριφορά των καταναλωτών τους.

Ο πληθυσμός του δείγματος της έρευνας αποτελείτο από 122 γυναίκες και 159 άνδρες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 34,9 χρόνια, το μέσο εισόδημα ανά κάτοικο 756, 3 ευρώ και ο μέσος όρος ετών παραμονής στη χώρα ήταν 8,3 χρόνια. Στο πλαίσιο της

μελέτης, χρησιμοποιήθηκε μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης, προκειμένου να γίνει ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν την κοινωνική ένταξη των μεταναστών.

Όπως διαπιστώθηκε, η ιθαγένεια ασκεί σημαντική επιρροή στην κοινωνική ένταξη. Συγκεκριμένα, οι μετανάστες από χώρες της ανατολικής Ευρώπης, παρουσίασαν υψηλότερο ποσοστό ένταξης από τους άλλους. Η διάρκεια παραμονής, η προσωπική σχέση με τους Έλληνες, η οποία περιλαμβάνει τόσο την έγκριση του ελληνικού τρόπου ζωής, όσο και τη θετική στάση των Ελλήνων απέναντί τους, ασκούν σημαντική επιρροή. Τέλος, από την ανάλυση της καταναλωτικής συμπεριφοράς των οικονομικών μεταναστών, διαπιστώθηκε ότι το εισόδημα ασκεί θετική επιρροή στις δαπάνες για τρόφιμα, ενώ οι μετανάστες με ανώτερη εκπαίδευση, επενδύουν περισσότερα χρήματα για την εκπαίδευση των παιδιών τους.

Οι μετανάστες έχουν χαρακτηριστεί ως ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, ωστόσο διαπιστώνεται ετερογένεια όσον αφορά το βαθμό στον οποίο είναι ευάλωτες σε ανεπαρκή υγειονομική περίθαλψη. Στην παρούσα μελέτη των Deroose et al (2007) εξετάζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ευπάθεια των μεταναστών, συμπεριλαμβανομένων του κοινωνικοοικονομικού υποβάθρου, την κατάσταση της μετανάστευσης, την περιορισμένη αγγλική γλώσσα, τις ομοσπονδιακές, πολιτειακές και τοπικές πολιτικές για την πρόσβαση σε δημόσια χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, κατοικημένη περιοχή και τέλος την περιθωριοποίηση και το στιγματισμό. Ως εκ τούτου, διαπιστώνεται ότι, συνολικά, οι μετανάστες χρησιμοποιούν λιγότερο την υγειονομική περίθαλψη και ταυτόχρονα λαμβάνουν χαμηλότερης ποιότητας περίθαλψης συγκριτικά με τους πληθυσμούς που είναι γεννημένοι στις ΗΠΑ, ωστόσο υπάρχουν διαφορές μεταξύ των υποομάδων. Τέλος, η μελέτη ολοκληρώνεται με τις επιλογές πολιτικής για την αντιμετώπιση των τρωτών σημείων των μεταναστών.

Από τις ελάχιστες έρευνες που προσφέρουν στοιχεία σχετικά με τη χρήση υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες είναι η έρευνα των Μαράτου-Αλιπράντη και Γκαζόν (2005). Από τα αποτελέσματα της έρευνας, προκύπτει ότι οι αλλοδαποί χρειάστηκαν και χρησιμοποίησαν λιγότερο συχνά τις υπηρεσίες υγείας σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας (31,3% έναντι 45,4% των Ελλήνων), ενώ για παρόμοιους πληθυσμούς (στατιστικός έλεγχος για ηλικία και επίπεδο εκπαίδευσης) η διαφορά αυτή μειώνεται. Επιπλέον, η παρουσία παιδιών στα νοικοκυριά φαίνεται να

αυξάνει τη χρήση νοσοκομείων ή κέντρων υγείας ανάμεσα στους αλλοδαπούς. Η εν λόγω πιλοτική έρευνα σε νοσοκομείο της Αττικής κατά το έτος 2003, έδειξε ότι οι αλλοδαποί αντιπροσώπευαν το 6,2% των νοσηλευόμενων (ποσοστό κοντά στο 7% που κατέγραψε η απογραφή του 2001). Οι γυναίκες αποτελούσαν το 76% του πληθυσμού των αλλοδαπών νοσηλευόμενων, ποσοστό που εξηγείται από τη μεγάλη χρήση των υπηρεσιών της γυναικολογικής κλινικής. Μάλιστα το 42% των αλλοδαπών γυναικών νοσηλεύτηκαν για τοκετό. Υψηλό ήταν το ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης των αλλοδαπών νοσηλευομένων, 73% στο ΙΚΑ και 6% σε λοιπά ταμεία.

Η μελέτη των McDonald και Kennedy (2004) συνδύασε πολλαπλές διατομές των δεδομένων που προέρχονται από την Εθνική Έρευνα Υγείας του πληθυσμού και την καναδική Κοινοτική Έρευνα Υγείας, όπου κατάφερε να επιβεβαιώσει την ύπαρξη της «υγιούς επίδρασης των μεταναστών» και συγκεκριμένα το ότι οι μετανάστες είναι σε σχετικά καλύτερη κατάσταση όσον αφορά την υγεία κατά την άφιξη τους στον Καναδά σε σύγκριση με τους γηγενείς Καναδούς και ότι η υγεία των μεταναστών συγκλίνει με τα χρόνια στον Καναδά για τα γηγενή επίπεδα. Επιπλέον, η έρευνα παρουσιάζει τεκμηριωμένα στοιχεία ότι η υγιής επίδραση των μεταναστών ήταν παρούσα για την επίπτωση των χρόνιων παθήσεων τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες και οδηγεί σε σχετικά αργή σύγκλιση στα επίπεδα των γηγενών. Υπάρχει μόνο έλλειψη επαρκών στοιχείων όσον αφορά την αυτό- αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας. Η προσθήκη των ελέγχων για την περιοχή προέλευσης και έτος άφιξης, δεν ευθύνονται για τις παρατηρούμενες επιπτώσεις, αν και η περιοχή προέλευσης είναι καθοριστικός παράγοντας για την υγεία των μεταναστών. Στη συνέχεια εξετάζει κάποιες εναλλακτικές εξηγήσεις για την παρατηρούμενη διαφορά και την υποστήριξη σχετικά με το γεγονός ότι η υγιής επίδραση των μεταναστών αντανakλά τη σύγκλιση της σωματικής υγείας παρά τη σύγκλιση στον προσυμπτωματικό έλεγχο και τον εντοπισμό των υφιστάμενων προβλημάτων υγείας.

Η μελέτη του Collado (2004) υποστηρίζει ότι ο ισπανικός πληθυσμός θα παρουσιάσει σημαντική γήρανση τα επόμενα χρόνια. Τέτοιου τύπου δημογραφικές αλλαγές, θα επιβαρύνουν σημαντικά τον εθνικό προϋπολογισμό της χώρας. Ειδικότερα, οι δαπάνες για τις συντάξεις και την υγεία αναμένεται να αυξηθούν σημαντικά. Ως εκ τούτου, η εισροή των μεταναστών θα μπορούσε να συμβάλλει σημαντικά στην ανακούφιση της φορολογικής επιβάρυνσης για τις μελλοντικές

γενιές. Μέσω της ποσοτικοποίησης επίδρασης της μετανάστευσης στο ισπανικό κράτος πρόνοιας, τα αποτελέσματα εισηγούνται ότι οι επιπτώσεις της μετανάστευσης θα είναι θετικές και εξίσου σημαντικές.

Στον τομέα της υγείας, τη διαδικασία αιμοκάθαρσης των μεταναστών που δεν έχουν επίσημα έγγραφα παραμονής στη χώρα, συνήθως την επωμίζονται τα δημόσια νοσοκομεία, λόγω του γεγονότος ότι η πλειοψηφία των ασθενών αυτών είναι ανασφάλιστοι και δεν μπορούν να αντέξουν ιδιωτική ιατρική περίθαλψη. Με έναν υπολογισμό μεγαλύτερο των 5 εκατομμυρίων αλλοδαπών χωρίς χαρτιά, το ποσοστό των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια προσεγγίζει 1.000 ασθενείς ανά έτος. Στο πλαίσιο της έρευνας των Coritsidis et al (2004) εξετάστηκαν 55 περιπτώσεις παράνομων αλλοδαπών ασθενών που ξεκίνησαν θεραπεία αιμοκάθαρσης σε δύο δημόσια νοσοκομεία στη Νέα Υόρκη και στη συνέχεια συγκρίθηκαν με εκείνα των 223 αμερικανών πολιτών, ενώ παράλληλα έγινε γνωστό και το ιατρικό τους ιστορικό την περίοδο προ αιμοκάθαρσης μέσω συνεντεύξεων στη μητρική γλώσσα των μεταναστών.

Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι οι παράνομοι μετανάστες ήταν κυρίως ισπανόφωνοι με ποσοστό 58%, χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 4% γνώριζε τη νεφρική ανεπάρκεια πριν από τη μετανάστευση, και λιγότερο από το ένα τρίτο είχε κάποια φροντίδα προ-νεφροπάθειας τελικού σταδίου. Τόσο η διαμονή τους όσο και το συνολικό κόστος για πρώτες θεραπείες αιμοκάθαρσης ήταν μεγαλύτερο από εκείνες των Αμερικανών ασθενών. Οι παράνομοι αλλοδαποί είχαν διπλάσιες πιθανότητες να βρουν εργασία.

Εν ολίγοις, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι παράνομοι αλλοδαποί, μεταναστεύουν όχι για ιατρική φροντίδα, αλλά λόγω των αυξημένων πιθανοτήτων εύρεσης εργασίας. Οπότε είναι λιγότερο πιθανόν να αναζητήσουν οποιαδήποτε ιατρική περίθαλψη σχετικά με τη θεραπεία της αιμοκάθαρσης. Έτσι λοιπόν, υπογραμμίζοντας την έλλειψη ιατρικής περίθαλψης και του χαμηλού εισοδήματος, τονίζεται η σημαντικότητα έγκαιρης παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στους παράνομους μετανάστες, πράγμα το οποίο θα απέτρεπε μελλοντικές, ακριβές, ιατρικές παροχές υγείας.

Οι ισπανόφωνοι Αμερικάνοι συχνά αντιμετωπίζονται ως μια «μονολιθική εθνική ομάδα» με ένα μοναδικό μοντέλο χρησιμοποίησης της υγειονομικής

περίθαλψης. Ωστόσο, θα μπορούσαν να υπάρξουν σημαντικές διαφορές σε αυτό τον πληθυσμό. Η έρευνα των Weinick et al (2004) εξετάζει τη σχέση ανάμεσα στη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και τους ισπανόφωνοι Αμερικάνους με βάση τη χώρα καταγωγής ή προέλευσης, τη γλώσσα της συνέντευξης και τη διάρκεια του χρόνου που έζησαν στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι Μεξικανοί και οι Κουβανοί είναι λιγότερο πιθανό, ενώ οι Πορτορικανοί πιο πιθανό να έχουν οποιοσδήποτε επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων περιστατικών από τους μη ισπανόφωνους λευκούς. Οι Μεξικανοί, όσοι προέρχονται απ' την κεντρική Αφρική / Καραϊβική και Νότιο Αμερικανοί είναι λιγότερο πιθανό να έχουν οποιαδήποτε συνταγογραφούμενα φάρμακα. Οι ισπανόφωνοι είναι λιγότερο πιθανό να έχουν οποιοσδήποτε προγραμματισμένες επισκέψεις και συνταγογραφούμενα φάρμακα, ενώ μόνο εκείνοι με μια συνέντευξη σε ισπανική γλώσσα είναι λιγότερο πιθανό να έχουν επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και εισαγωγές για νοσηλεία. Οι πιο πρόσφατοι μετανάστες είναι λιγότερο πιθανό να έχουν οποιαδήποτε περιπατητική περίθαλψη ή επίσκεψη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, ενώ όλοι οι Ισπανοί που γεννήθηκαν εκτός των Ηνωμένων Πολιτειών είναι λιγότερο πιθανό να έχουν οποιαδήποτε συνταγογραφούμενα φάρμακα.

Τα συμπεράσματα της μελέτης αναφέρουν ότι ο Ισπανόφωνος πληθυσμός αποτελείται από πολλές διαφορετικές ομάδες με διαφορετικές ανάγκες για την υγεία και διάφορα εμπόδια στην πρόσβαση για περίθαλψη. Οι προκαταλήψεις των ισπανόφωνων ως μονολιθικός πληθυσμός, στερείται την ποικιλομορφία στο εσωτερικό των ομάδων, που θα μπορούσε να λειτουργήσει ως εμπόδιο στις προσπάθειες που στοχεύουν στην παροχή κατάλληλης φροντίδας για ισπανόφωνα άτομα και θα μπορούσε να είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στις ανισότητες όσον αφορά τη διαθεσιμότητα, τη χρήση και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό αυτό.

Χρησιμοποιώντας την Εθνική Έρευνα Υγείας του πληθυσμού, η μελέτη των Newbold και Danforth (2003) επικεντρώνεται στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού των μεταναστών σε σχέση με εκείνη των μη μεταναστών στον Καναδά, με αναφορά στις συνθήκες διάγνωσης, αυτό-αξιολογήσεις για την υγεία και το Δείκτη Υγείας. Τα ευρήματα επίσης δείχνουν ότι, με εξαίρεση τις πιο πρόσφατες αφίξεις, οι μετανάστες βιώνουν χειρότερη κατάσταση της υγείας στις περισσότερες διαστάσεις σε σχέση με τους μη μετανάστες.

Μονολότι ο έλεγχος των μεταναστών με φυματίωση έχει διενεργηθεί σε πολλές βιομηχανικές χώρες για περισσότερο από 50 χρόνια, η αντίστοιχη σχέση αποτελεσματικότητας – κόστους δεν είχε αξιολογηθεί ποτέ. Για αυτό τον λόγο η έρευνα των Dasgupta et al (2000) είχε ως στόχο να υπολογίσει το εκτιμώμενο κόστος για την ανίχνευση και την αντιμετώπιση κάθε ενεργής περίπτωσης, καθώς και πρόληψης μελλοντικών ενεργών περιπτώσεις, όπου συγκρίθηκαν με τις δαπάνες για διαγνωσμένα κρούσματα φυματίωσης. Αντικείμενο μελέτης περιελάμβανε όλους τους υποψήφιους μετανάστες που υποβάλλονται σε ακτινογραφική εξέταση και ήδη αφιχθέντες μετανάστες που απαιτούν επιτήρηση για ανενεργό φυματίωση, οι οποίοι διαμένουν στο Μόντρεαλ, Κεμπέκ και παραπέμφθηκαν τον Ιούνιο 1996-Ιούνιος 1997 σε ένα παραπεμπτικό κέντρο που ειδικεύεται σε ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος. Για περισσότερο από ένα χρόνο, ανιχνευθήκαν 27 περιπτώσεις φυματίωσης, ενώ απετράπησαν 14 περιπτώσεις μελλοντικά.

Η σύγκριση του κόστους-αποτελεσματικότητας του ελέγχου της φυματίωσης και του κόστους ανίχνευσης και αντιμετώπισης κάθε ενεργής υπόθεσης, οδήγησε σε ξεκάθαρη εξοικονόμηση των 815 δολαρίων για κάθε ενεργή υπόθεση. Το οριακό κόστος για τη θεραπεία κάθε περίπτωσης ενεργούς φυματίωσης ήταν 39.409 δολάρια για τους αιτούντες έλεγχο διαλογής και 24.225 δολάρια για την παρακολούθηση, ενώ το κόστος πρόληψης κάθε περίπτωσης ήταν 33.275 δολάρια για τους αιτούντες και 65.126 δολάρια για την επιτήρηση. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η έρευνα στενής επαφής ήταν ιδιαίτερα αποδοτική και οδήγησε σε ξεκάθαρη εξοικονόμηση πόρων. Όσον αφορά τους μετανάστες που αιτούνταν προγράμματα ελέγχου και επιτήρησης, είχαν σημαντικές επιπτώσεις, ενώ παράλληλα ήταν λιγότερο αποδοτικά λόγω των ουσιαστικών λειτουργικών προβλημάτων.

Στο παρελθόν, οι περισσότεροι από τους μετανάστες στις Ηνωμένες Πολιτείες συνήθιζαν να έρχονται μέσω του νησιού «Ellis» στην ανατολική ακτή. Σήμερα, το νησί «Ellis» έχει αντικατασταθεί ως επί το πλείστον από αεροδρόμια και το 25-30 τοις εκατό των μεταναστών κατευθύνονται προς την Καλιφόρνια.

Για να οριοθετηθούν τα δρομολόγια της μετανάστευσης στην Καλιφόρνια, εξετάστηκαν τα στοιχεία μετανάστευσης, τα οποία και ταξινομούνται με βάση την «χώρα γέννησης», «χώρα της τελευταίας μόνιμης κατοικίας» και «Λιμάνι Εισόδου». Τα δεδομένα για τις ανάγκες της έρευνας, χρησιμοποιήθηκαν από το Στατιστικό

Κατάστημα της Πληροφορίας και Υπηρεσιών Μετανάστευσης & Πολιτογράφησης, το οποίο περιείχε πληροφορίες σχετικά με τους αλλοδαπούς από χώρες της Κεντρικής Αμερικής και του Ειρηνικού που έγιναν μόνιμοι κάτοικοι (μετανάστες) των Ηνωμένων Πολιτειών κατά τη χρονική διάρκεια μεταξύ του Σεπτεμβρίου-Οκτωβρίου, το έτος 1985, το 1986 και το 1987, με προορισμό διαμονής, την πολιτεία της Καλιφόρνια. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση της συχνότητας κατανομής για την «πύλη εισόδου» και συνδυαστικούς πίνακες μεταξύ της «χώρας Γέννησης» και «χώρα τελευταίας μόνιμης κατοικίας».

Τα αποτελέσματα της μελέτης των Theodoropoulou and Smith (1990), δείχνουν ότι η πλειοψηφία των μεταναστών που έρχονται στην Καλιφόρνια εισέρχονται σε δυσανάλογα μεγαλύτερους αριθμούς μέσω του Λος Άντζελες, του Σαν Φρανσίσκο και το Αγίου Ισίδωρου. Το Λος Άντζελες είναι η κύρια πύλη στην Καλιφόρνια. Οι μισοί από τους μετανάστες που σκοπεύουν να διαμείνουν στην Καλιφόρνια, χρησιμοποιούν το Λος Άντζελες ως θύρα εισόδου τους.

Οι μετανάστες από ορισμένες από τις χώρες μελέτης, δεν έρχονται στην Καλιφόρνια απευθείας. Η πλειοψηφία των μεταναστών που έχουν γεννηθεί στην Καμπότζη και ένα μεγάλο ποσοστό των μεταναστών που έχουν γεννηθεί στο Λάος, έχουν έρθει στην Καλιφόρνια, μέσω των Φιλιππίνων. Πολλοί μετανάστες που γεννήθηκαν στην Κίνα έρχονται στην Καλιφόρνια μέσω του Χονγκ Κονγκ και σε μικρότερους αριθμούς από το Βιετνάμ και Φιλιππίνες. Οι μετανάστες που γεννήθηκαν στο Βιετνάμ έρχονται σε μεγάλο βαθμό στην Καλιφόρνια μέσα από τις Φιλιππίνες και σε μικρότερο βαθμό από το Χονγκ Κονγκ και την Κίνα. Οι μετανάστες που γεννήθηκαν στις άλλες χώρες, στο πλαίσιο της μελέτης, έρχονται στην Καλιφόρνια σχεδόν απευθείας.

Εν κατακλείδι, οι μετανάστες που γεννήθηκαν σε χώρες της Λατινικής Αμερικής, σε αντίθεση με τους μετανάστες που γεννήθηκαν στις χώρες του Ειρηνικού, με εξαίρεση τις Φιλιππίνες, οι κάτοικοι των οποίων έρχονται στην Καλιφόρνια απευθείας, το Λος Άντζελες είναι η πιο συνηθισμένη θύρα εισόδου για όλους τους μετανάστες που έρχονται στην Καλιφόρνια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1 Ερευνητική μεθοδολογία

Η εν λόγω έρευνα είχε ως σκοπό να διερευνήσει την προσβασιμότητα των μεταναστών στο ΕΣΥ και ειδικότερα στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, καθώς και να δημιουργήσει ένα ξεχωριστό προφίλ υγείας για τους μετανάστες της ευρύτερης περιοχής.

Η εμπειρική προσέγγιση περιλαμβάνει το στάδιο της καταγραφής των γεγονότων και καταστάσεων σε διεθνές επίπεδο, με σκοπό να «στηρίξει» το αρχικό μέρος της μελέτης που αφορά τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις των μεταναστών, καθώς και τον εντοπισμό πιθανών σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών της συγκεκριμένης έρευνας.

Για την καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης, χρησιμοποιείται η στατιστική περιγραφή του δείγματος και η εξαγωγή συμπερασμάτων, όπως αυτά προκύπτουν από τα δημογραφικά, οικονομικά και εμπειρικά χαρακτηριστικά όλων όσων συμμετέχουν στην έρευνα.

Με τον τρόπο αυτό, περιγράφεται η σύνθεση του δείγματος και τα χαρακτηριστικά του, όπως το φύλο των ερωτηθέντων, η ηλικία τους, η εθνικότητά, το μηνιαίο εισόδημά, η οικογενειακή κατάστασή τους. Το δείγμα των ερωτηθέντων αποτελείται από μετανάστες που ζουν στον ευρύτερο Δήμο της Χαλκίδας, ενώ παράλληλα έχουν ή όχι επισκεφθεί το Γενικό Νοσοκομείο της Χαλκίδας.

8.2 Επιλογή του δείγματος

Στο πλαίσιο μιας εμπειρικής έρευνας το σημαντικότερο τμήμα αποτελεί η επιλογή και ο καθορισμός του δείγματος. Το δείγμα θα πρέπει να είναι σε ικανοποιητικό βαθμό αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού αναφοράς. Μεγάλη σημασία για το βαθμό αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος έχει ο τρόπος επιλογής των μονάδων του. Ο τρόπος με τον οποίο εξασφαλίζεται η μεγιστοποίηση της πιθανότητας να είναι το δείγμα αντιπροσωπευτικό, είναι η τυχαία δειγματοληψία, η οποία χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μεταπτυχιακή μελέτη.

Η συλλογή των πληροφοριών από το δείγμα έγινε με βάση ανώνυμα ερωτηματολόγια. Η διατύπωση των ερωτήσεων ήταν όσο το δυνατόν απλούστερη και σαφέστερη, προκειμένου να μπορούν να απαντηθούν από όλους τους ερωτηθέντες, λόγω της ιδιαιτερότητας του γεγονότος, ότι απευθύνονταν σε αλλοδαπούς-μετανάστες, με ότι και αν συνεπάγεται αυτό. Έτσι λοιπόν, η συγκεκριμένη μεταπτυχιακή μελέτη χρησιμοποιεί ως στατιστικό δείγμα τους μετανάστες που ζουν και εργάζονται στην ευρύτερη περιοχή της Χαλκίδας, καθώς το θέμα της μελέτης αφορά την προσβασιμότητα τους στο νοσοκομείο της πόλης, καθώς και τις όποιες κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις απορρέουν από την επισκεψιμότητά τους στη δημόσια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Έτσι, το δείγμα αποτελείται από ανδρικό και γυναικείο πληθυσμό.

Στόχος του ερωτηματολογίου ήταν η επεξεργασία και η διεξαγωγή αποτελεσμάτων σχετικά με το προφίλ υγείας και την πρόσβαση των μεταναστών στο ΕΣΥ και δη στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας. Η συλλογή ερωτηματολογίων ξεκίνησε αρχές Απριλίου του 2015 και ολοκληρώθηκε μέσα Μαΐου 2015.

8.3 Περιγραφή ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας, λόγω της ανάγκης κατανόησης σε επίπεδο γλώσσας, μεταφράστηκε στα αγγλικά, αραβικά και ινδικά. Αποτελείται συνολικά από 25 ερωτήσεις, όπου η πλειοψηφία των ερωτήσεων είναι πολλαπλής επιλογής. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι συλλέχτηκαν συνολικά 195 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια από τα 240 που είχαν αρχικά μοιραστεί.

Αρχικά, πραγματοποιήθηκαν ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων όπως φύλο, ηλικία, εθνικότητα, οικογενειακή κατάσταση, μηνιαίος μισθός, αριθμός μελών οικογένειας.

Εν συνεχεία, οι ερωτήσεις συσχετίζονται με την πρόσβαση των μεταναστών στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, την επισκεψιμότητά, την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη-κάλυψη, με τα όποια περιθώρια βελτίωσης, την ασφαλιστική τους κάλυψη, εφόσον υπάρχει, καθώς και τις απόψεις τους σε εμπειρικό επίπεδο για το σύστημα υγείας.

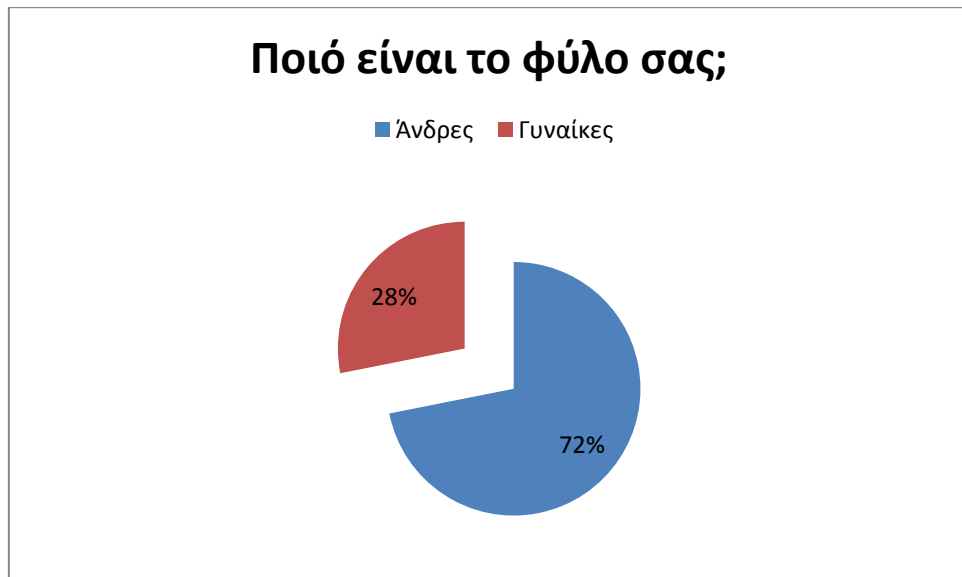
Τέλος, ορισμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου έχουν διττό ρόλο, καθώς αποσκοπούν να διατυπώσουν συμπεράσματα για τις κοινωνικοοικονομικές συνέπειες που δημιουργούνται, μέσω του ΕΣΥ, στους μετανάστες της χώρα μας.

Μέθοδος επεξεργασίας στοιχείων:

Για την απεικόνιση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιούνται γραφήματα και κυκλικά διαγράμματα.

Για την διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών υπολογίζονται οι συντελεστές συσχέτισης X^2 . Οι έλεγχοι των υποθέσεων του X^2 χρησιμοποιήθηκαν σε επίπεδο σημαντικότητας 1%, 5% και 10% αντίστοιχα. Η διαδικασία διερεύνησης συσχετίσεων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS.

8.4 Παρουσίαση περιγραφικών στατιστικών αποτελεσμάτων ερωτηματολογίου αλλοδαπών ασθενών.



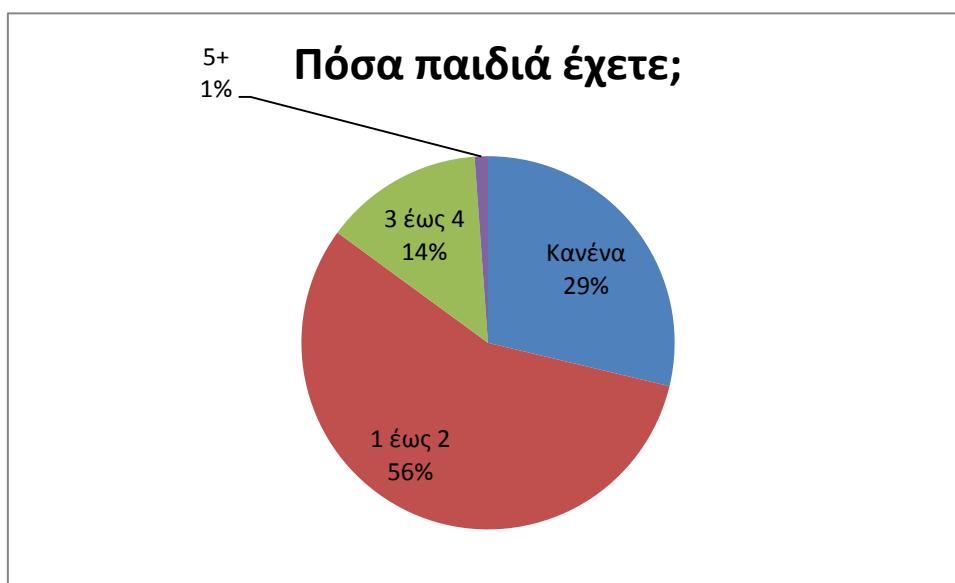
Διάγραμμα 3, κατανομή φύλου



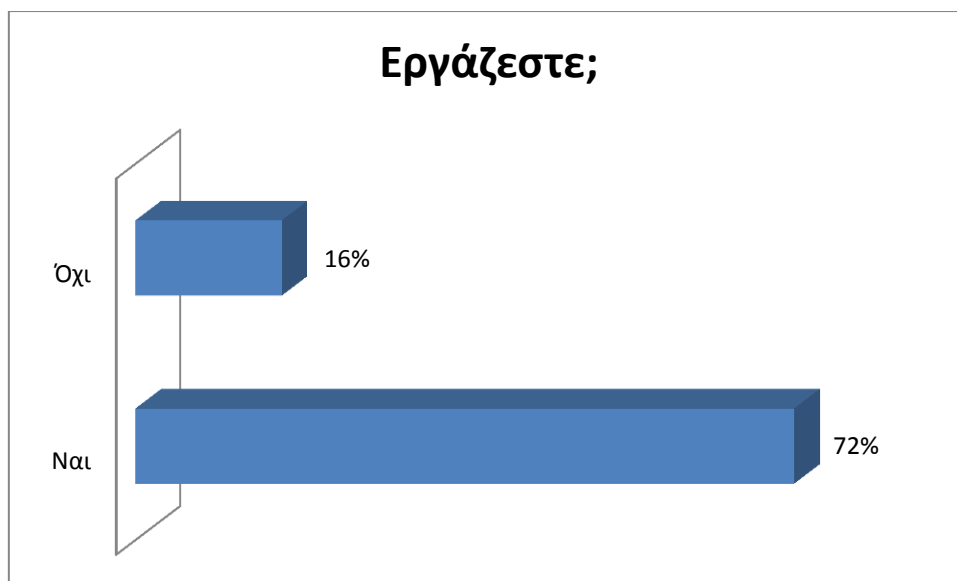
Διάγραμμα 4, κατανομή ηλικίας



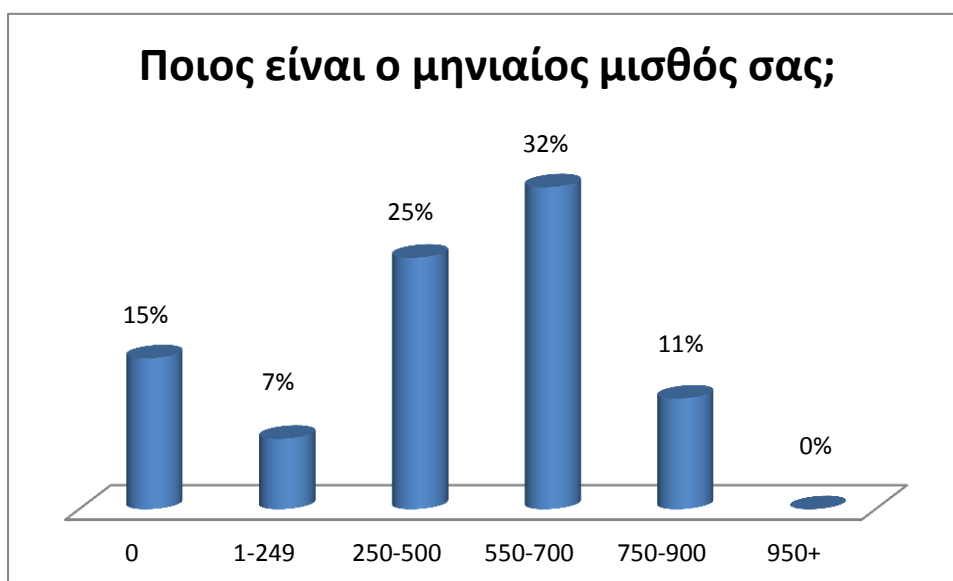
Διάγραμμα 5, οικογενειακή κατάσταση



Διάγραμμα 6, κατανομή παιδιών



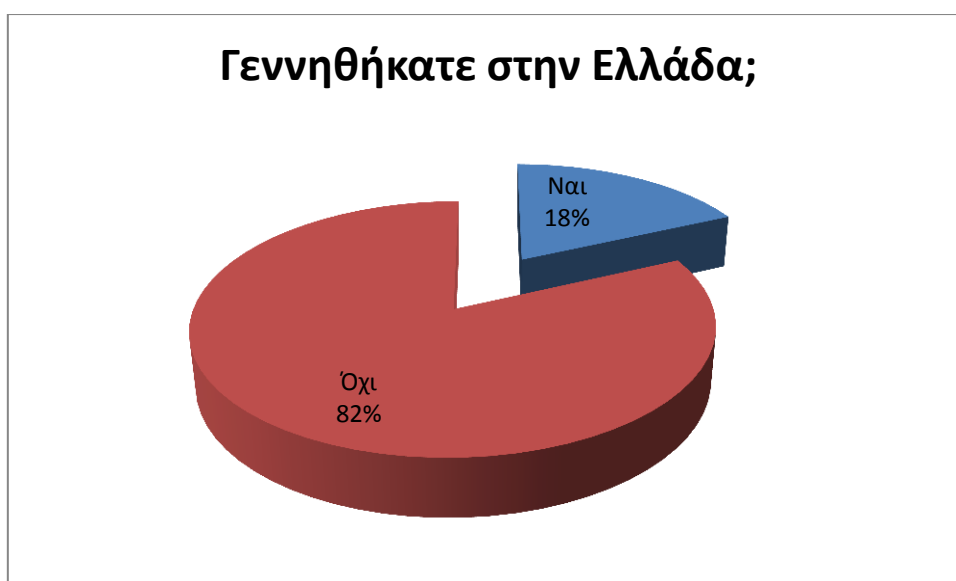
Διάγραμμα 7, κατανομή εργαζομένων-άνεργων



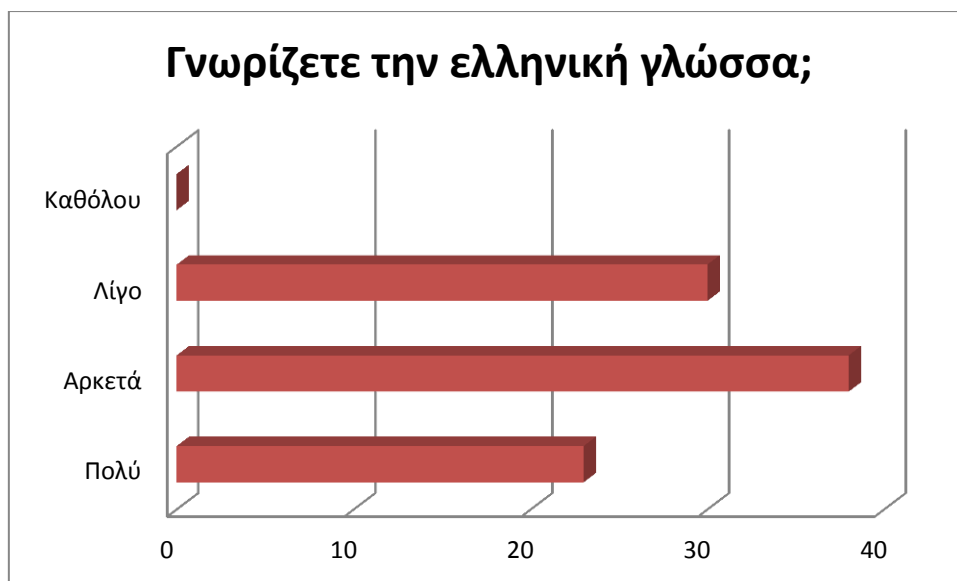
Διάγραμμα 8, κατανομή μηνιαίου μισθού



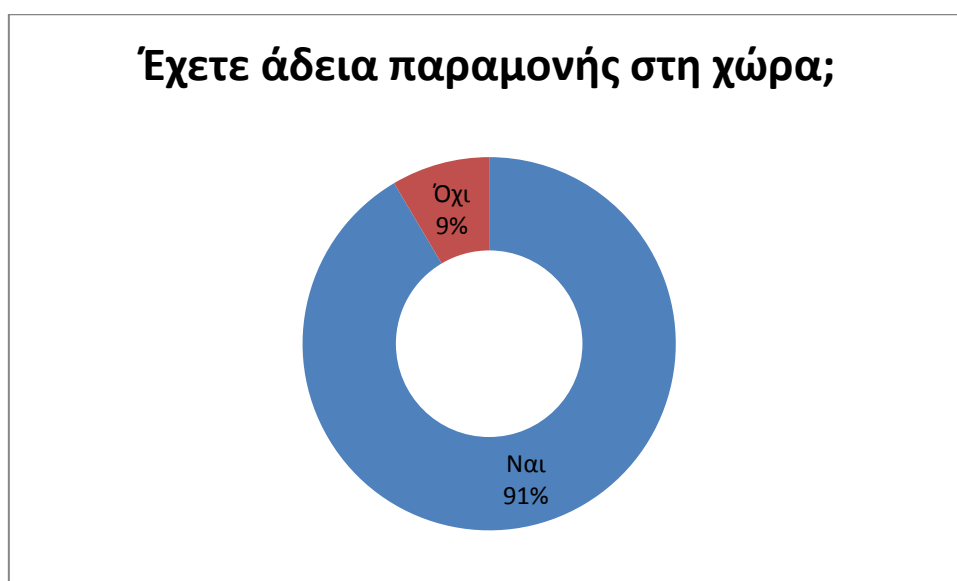
Διάγραμμα 9, κατανομή εθνικότητας



Διάγραμμα 10, κατανομή των μεταναστών με βάση το αν γεννήθηκαν στην Ελλάδα.

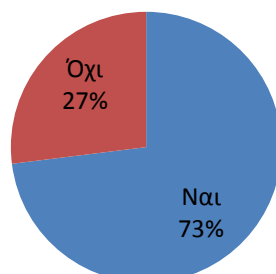


Διάγραμμα 11, κατανομή των μεταναστών με βάση τη γνώση της ελληνικής γλώσσας.



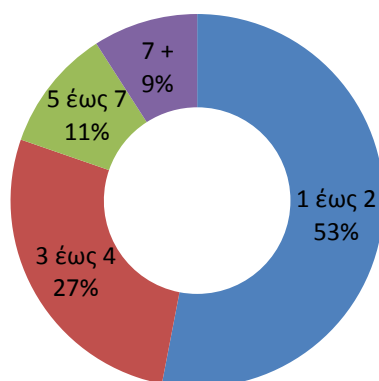
Διάγραμμα 12, κατανομή του ποσοστού των μεταναστών που έχουν άδεια παραμονής στη χώρα.

**Έχετε επισκεφθεί το Γενικό
Νοσοκομείο της Χαλκίδας για κάποιο
τακτικό περιστατικό;**

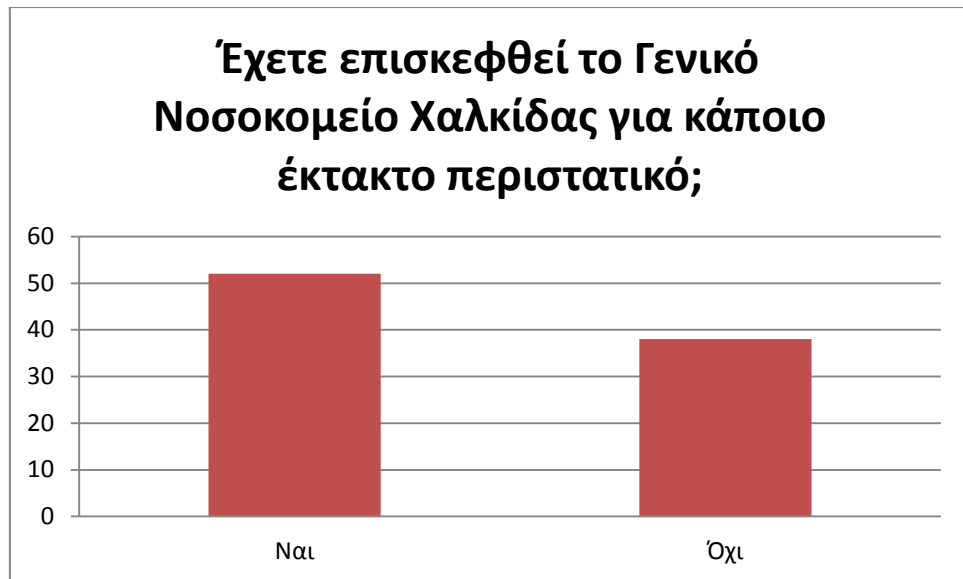


Διάγραμμα 13, κατανομή του ποσοστού των μεταναστών που έχουν επισκεφθεί το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας για τακτικό περιστατικό.

Εάν ναι, πόσες φορές;



Διάγραμμα 14, κατανομή του ποσοστού των επισκέψεων στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας.

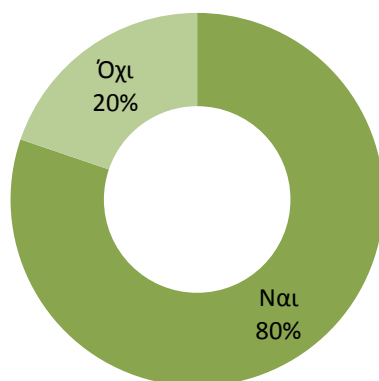


Διάγραμμα 15, κατανομή του ποσοστού των μεταναστών που έχουν επισκεφθεί το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας για έκτακτο περιστατικό.



Διάγραμμα 16, κατανομή του ποσοστού των μεταναστών που έχουν επισκεφθεί το Γενικό νοσοκομείο Χαλκίδας για έκτακτο περιστατικό, βάση του λόγου επισκέψεως.

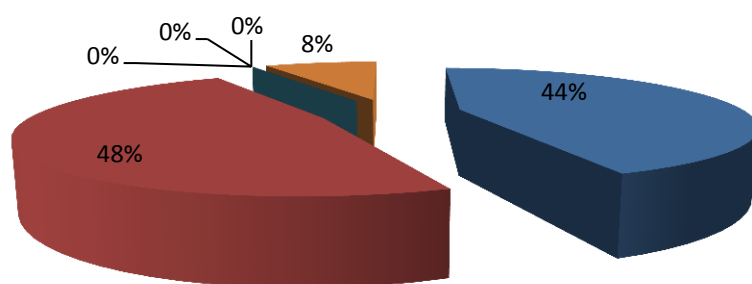
Έχετε ασφαλιστική κάλυψη;



Διάγραμμα 17, κατανομή του ποσοστού των μεταναστών με ασφαλιστική κάλυψη.

Σε ποιο φορέα;

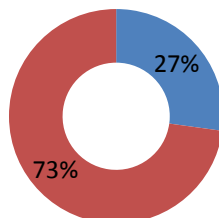
■ ΙΚΑ ■ ΟΓΑ ■ ΟΑΕΕ-ΤΕΒΕ
■ ΙΔΙΩΤ.ΑΣΦΑΛΙΣΗ ■ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ■ ΆΛΛΟ



Διάγραμμα 18, κατανομή ποσοστού των μεταναστών ανά φορέα ασφάλισης.

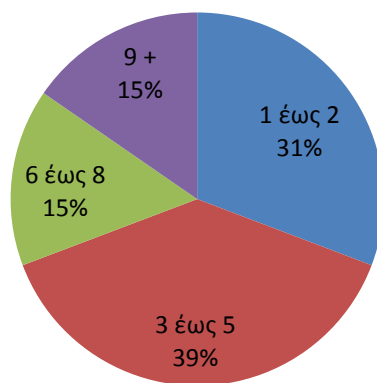
**Έχετε νοσηλευτεί ποτέ στο Γενικό
Νοσοκομείο Χαλκίδας; (τουλάχιστον
1 διανυκτέρευση)**

■ Ναι ■ Όχι

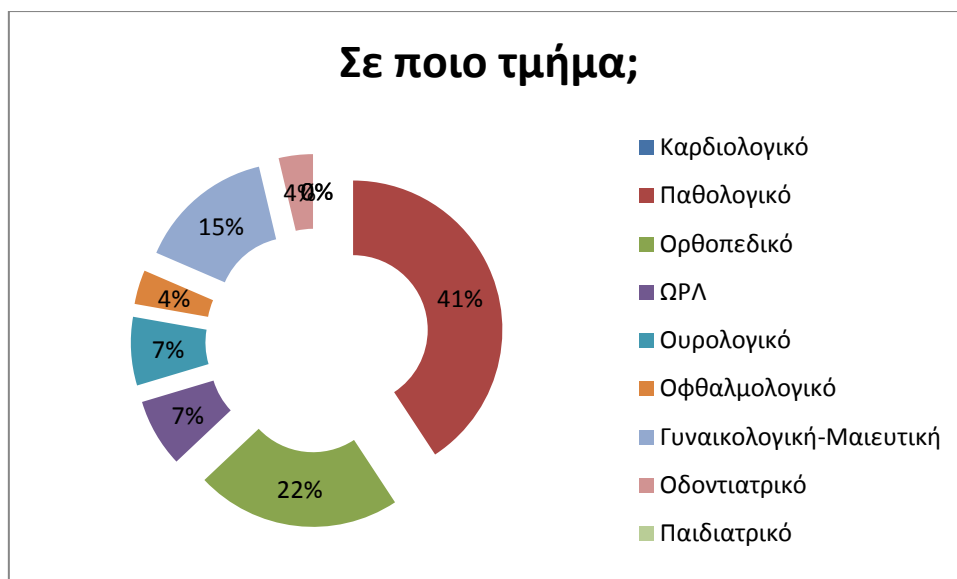


Διάγραμμα 19, κατανομή του ποσοστού που έχουν νοσηλευτεί στο νοσοκομείο (τουλάχιστον 1 διανυκτέρευση).

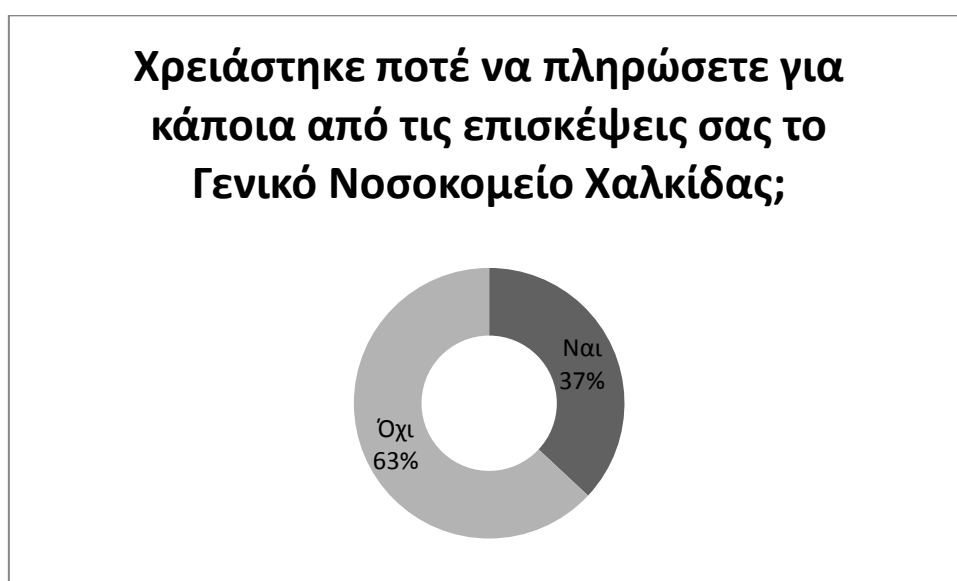
Για πόσες ημέρες;



Διάγραμμα 20, κατανομή του ποσοστού ημερών νοσηλείας.



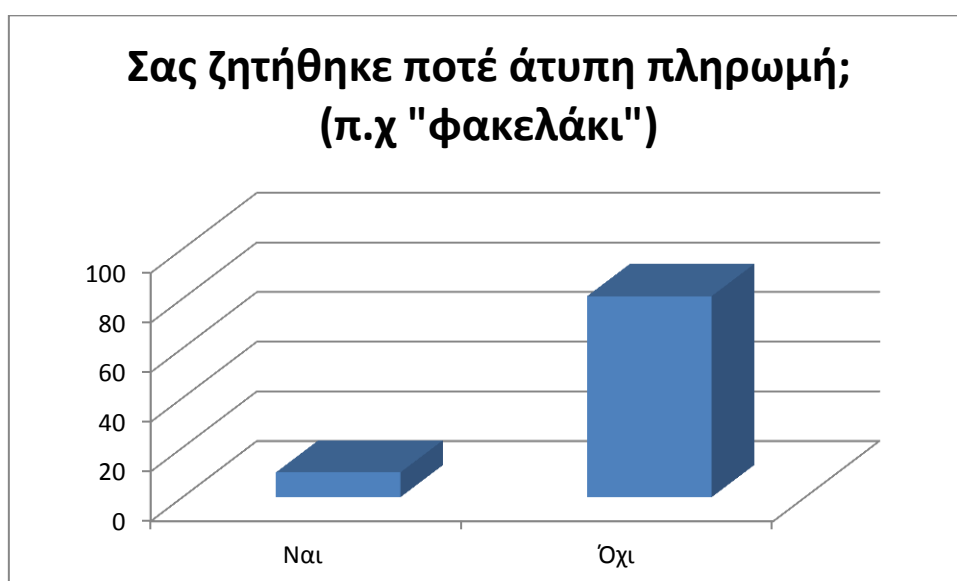
Διάγραμμα 21, κατανομή του ποσοστού των μεταναστών, με βάση το τμήμα εισαγωγής στο νοσοκομείο



Διάγραμμα 22, κατανομή του ποσοστού των μεταναστών ασθενών που χρειάστηκε να πληρώσουν την επίσκεψή τους στο νοσοκομείο.

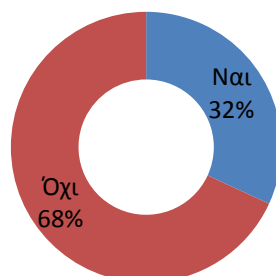


Διάγραμμα 23, κατανομή του ποσοστού των μεταναστών ασθενών, βάση του ποσού πληρωμής στο νοσοκομείο.



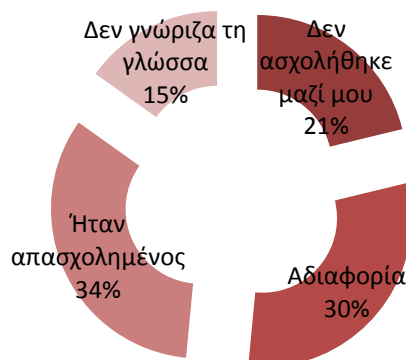
Διάγραμμα 24, κατανομή του ποσοστού των ασθενών, με κριτήριο το αν τους ζητήθηκε ποτέ άτυπη πληρωμή (φακελάκι).

**Χρειάστηκε ποτέ να συμβουλευτείτε
εξειδικευμένο ιατρό του
νοσοκομείου, αλλά δεν το κάνατε;**

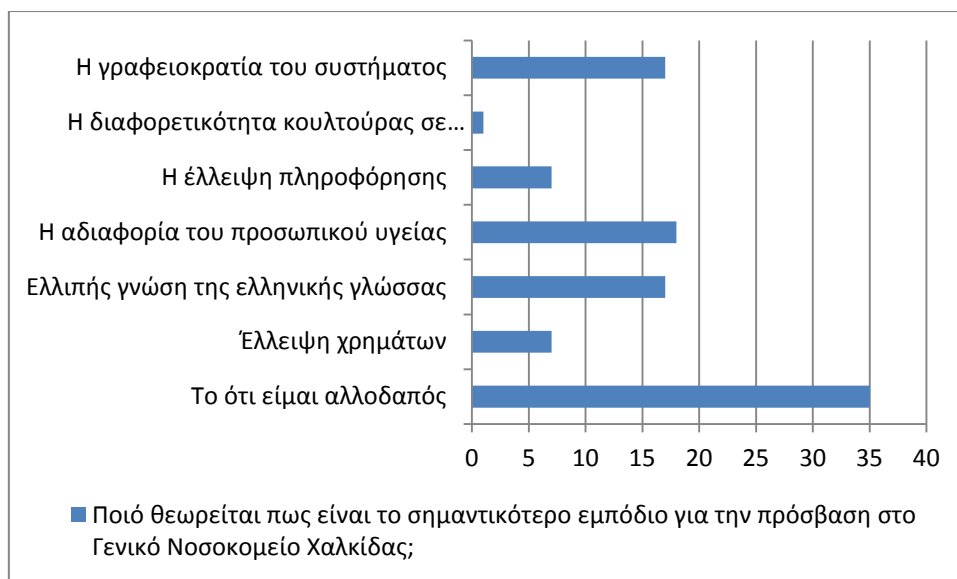


Διάγραμμα 25, κατανομή του ποσοστού των ασθενών που δεν συμβουλευτήκαν εξειδικευμένο ιατρό του νοσοκομείου.

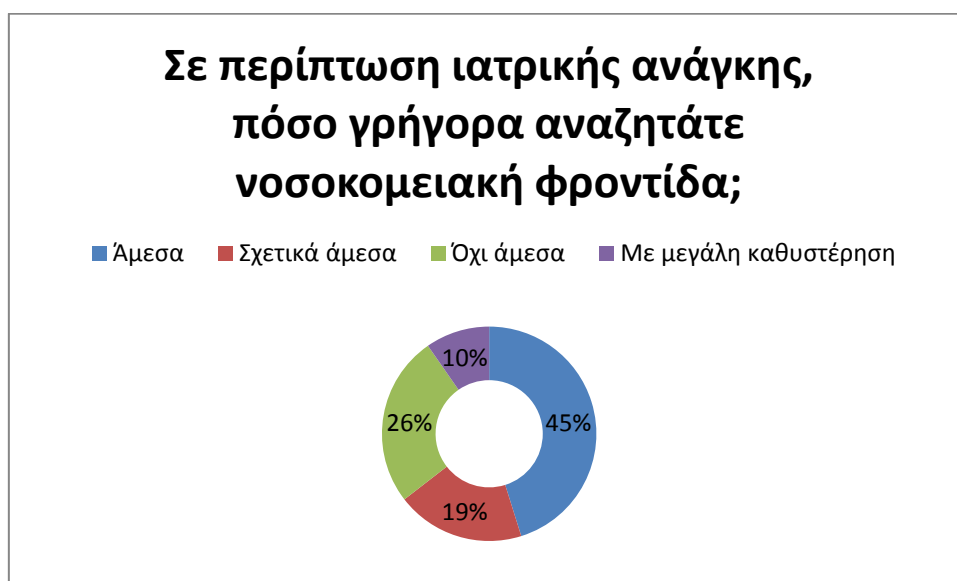
Εάν ναι, γιατί;



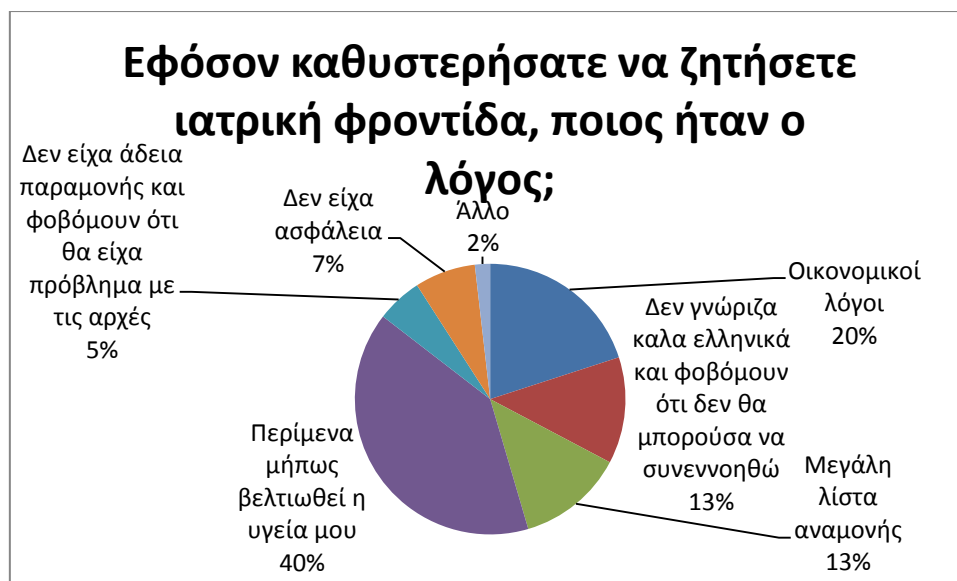
Διάγραμμα 26, λόγοι που δεν συμβουλευτήκαν εντέλει εξειδικευμένο ιατρό.



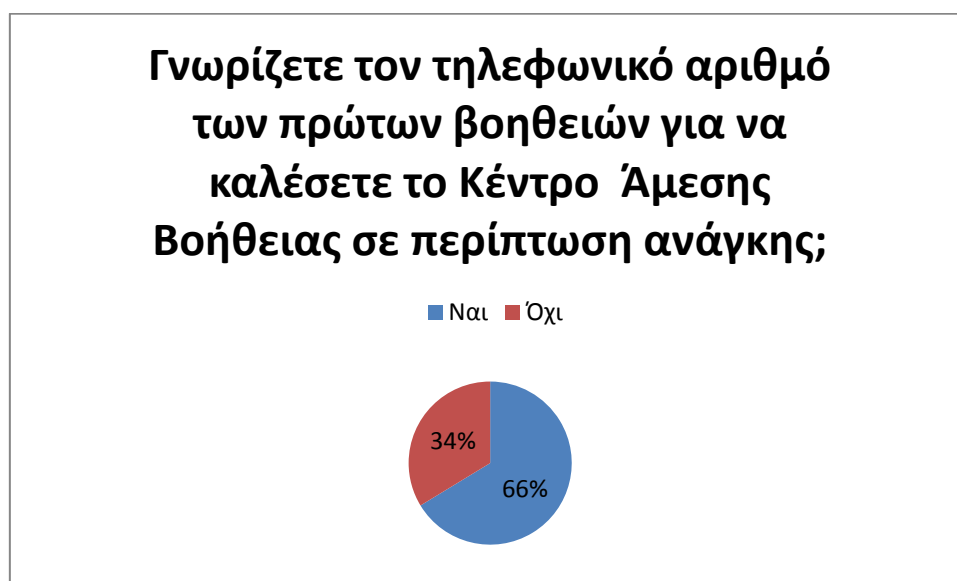
Διάγραμμα 27, εμπόδια για την πρόσβαση στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας.



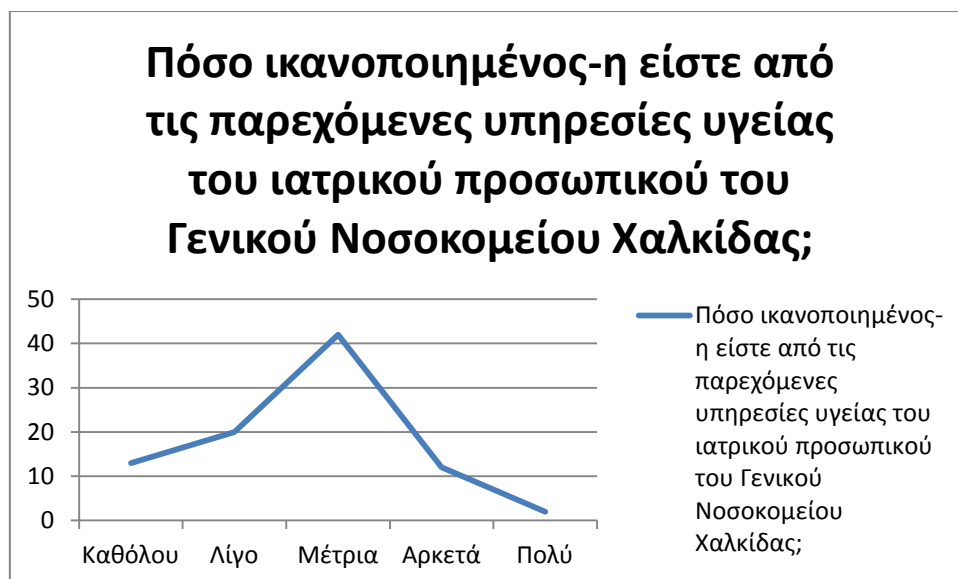
Διάγραμμα 28, χρονικό περιθώριο αναζήτησης ιατρικής φροντίδας σε νοσοκομείο.



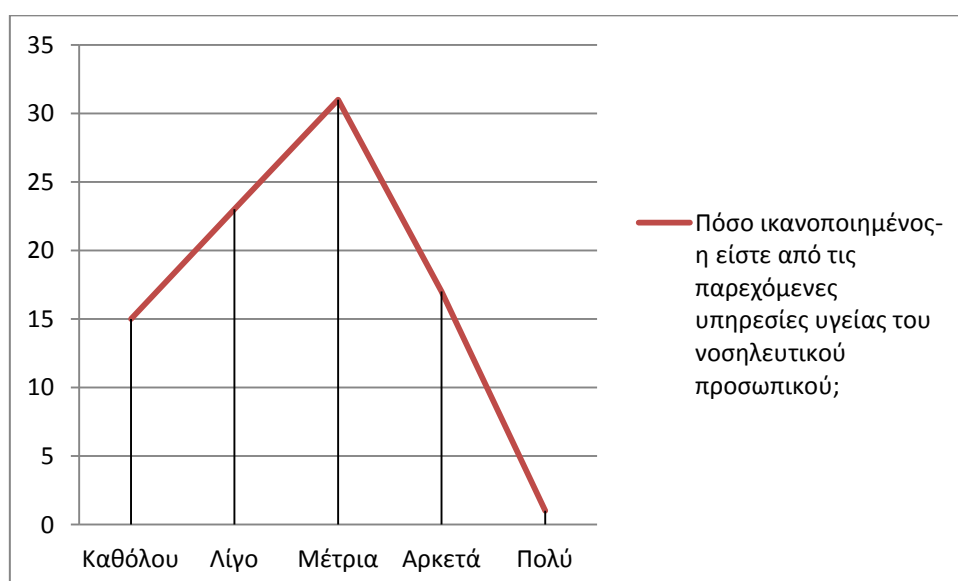
Διάγραμμα 29, λόγοι καθυστέρησης αναζήτησης ιατρικής φροντίδας



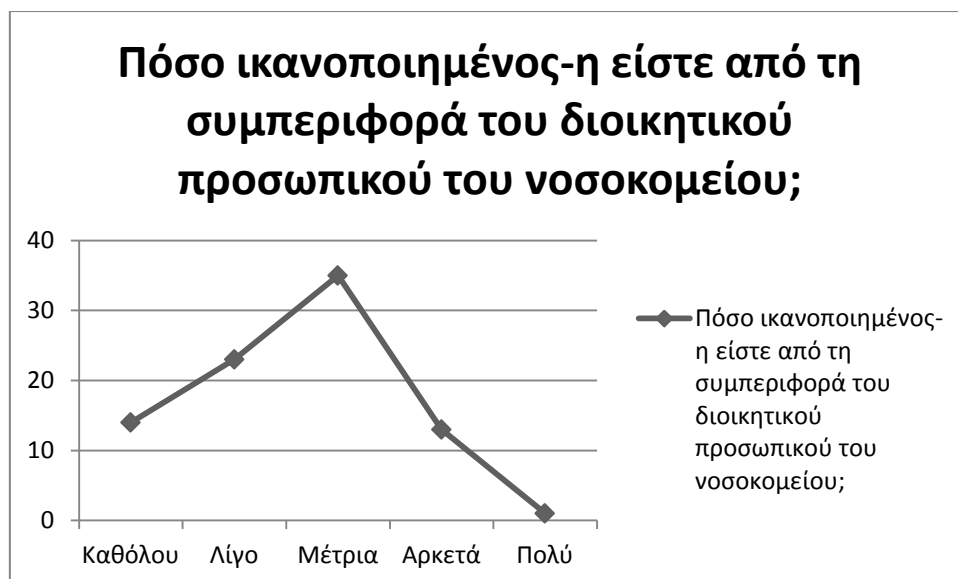
Διάγραμμα 30, ποσοστό των μεταναστών που γνωρίζουν τον τηλεφωνικό αριθμό του Κέντρου Άμεσης Βοήθειας.



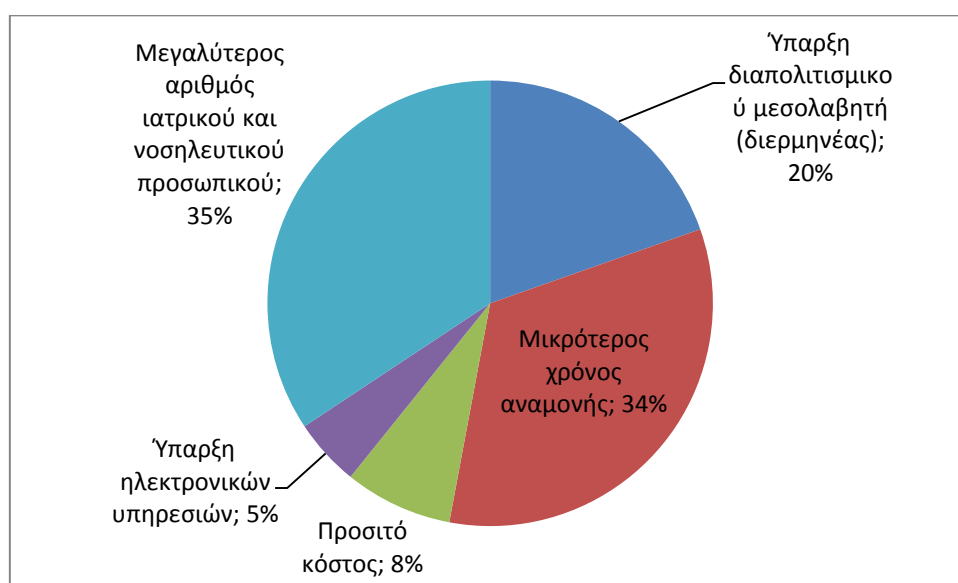
Διάγραμμα 31, βαθμός ικανοποίησης των μεταναστών ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του ιατρικού προσωπικού του νοσοκομείου.



Διάγραμμα 32, βαθμός ικανοποίησης των μεταναστών ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου.



Διάγραμμα 33, βαθμός ικανοποίησης των μεταναστών ασθενών από τη συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού του νοσοκομείου.



Διάγραμμα 34, εκτιμώμενος τρόπος βελτίωσης της πρόσβασης στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1 Υποδείγματα παλινδρόμησης

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιαστεί η σχέση συνάρτησης που υπάρχει ανάμεσα σε μία εξαρτημένη μεταβλητή και πώς αυτή επηρεάζεται από περισσότερες από μία ελεγχόμενες μεταβλητές.

Προκειμένου να αναλύσουμε τους παράγοντες που αποτελούν εμπόδιο της προσβασιμότητας στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, καθώς και το προφίλ υγείας των μεταναστών, με βάση τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, χρησιμοποιήσαμε μεταβλητές που εξυπηρετούν κυρίως οικονομικούς, κοινωνικούς και εξειδικευμένους ιατρό-νοσοκομειακούς στόχους.

Για τον λόγο αυτό, οι εξαρτημένες μεταβλητές που εκτιμήθηκαν, είχαν ως απώτερο σκοπό να εξετάσουν τη συμπεριφορά υγείας των μεταναστών, τα εμπόδια πρόσβασης και τα αντίστοιχα μέτρα βελτίωσης στο χώρο της υγείας, καθώς και από ποιούς παράγοντες επηρεάζονται και σε ποιο βαθμό.

Ενώ, για το τέλος αξίζει να σημειώσουμε τον καθοριστικό παράγοντα της «διευκόλυνσης» της σχέσης μεταξύ ασθενούς και νοσοκομείου: το γνωστό «φακελάκι».

9.1.1 Εκτίμηση υποδείγματος πιθανοτήτων για την πιθανότητα επίσκεψης των μεταναστών στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας για κάποιο τακτικό περιστατικό.

Στο παρακάτω υπόδειγμα, εκτιμήθηκε εξίσωση λογιστικής παλινδρόμησης για την πιθανότητα ένας μετανάστης να έχει επισκεφτεί το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας για κάποιο «τακτικό» περιστατικό. Για τον λόγο αυτό, η συγκεκριμένη παλινδρόμηση βασίζεται στις ακόλουθες μεταβλητές που αφορούν δημογραφικά στοιχεία (φύλο, οικογενειακή κατάσταση), κοινωνικά, οικονομικά και εξειδικευμένα στοιχεία.

Υπόδειγμα 1⁰

Η τελική εξίσωση παλινδρόμησης είναι:

$$\text{REGVISIT}=2,6+4,783\text{INSURANCE}+4,775\text{EXPENSES}-0,83\text{NEEDTIME}-2,373\text{JOB}-2,803\text{CARRIERIKA}-1,292\text{NATIONOTHER}+1,217\text{GENDER}-1,802\text{FAMSINGLE}+\varepsilon_i$$

Οι παραπάνω μεταβλητές εκφράζουν:

- **INSURANSE:** Ψευδομεταβλητή που εκφράζει το αν ο ερωτώμενος έχει ασφαλιστική κάλυψη, 1=ναι, 0=όχι.
- **NEEDTIME:** μεταβλητή της κλίμακας Likert, με τιμές 0-4, που αφορούν απαντήσεις Άμεσα-Με μεγάλη καθυστέρηση, για το πόσο γρήγορα αναζητάτε νοσοκομειακή βοήθεια, σε περίπτωση ιατρικής ανάγκης.
- **CARRIERIKA:** Ψευδομεταβλητή που λαμβάνει την τιμή 1, για τον ερωτώμενο που είναι ασφαλισμένος στο ΙΚΑ και την τιμή 0 για όλα τα υπόλοιπα.
- **NATIONOTHER:** Ψευδομεταβλητή που λαμβάνει την τιμή 1, για τον ερωτώμενο που είναι άλλης εθνικότητας και την τιμή 0 για όλα τα υπόλοιπα.
- **GENDER:** Ψευδομεταβλητή που εκφράζει το φύλο του ερωτώμενου, 1=γυναίκα, 0=άνδρας.
- **FAMSINGLE:** Ψευδομεταβλητή που λαμβάνει την τιμή 1, για τον ερωτώμενο που άγαμος-η και την τιμή 0 για όλα τα υπόλοιπα.
- **ε_i :** εκφράζει τα σφάλματα εκτίμησης της παλινδρόμησης.

9.1.1: Εκτίμηση παλινδρόμησης για την πιθανότητα ένας μετανάστης να έχει επισκεφτεί το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας για τακτικό περιστατικό.

Μεταβλητές	Υπόδειγμα Binary
	Συντελεστές
Σταθερός όρος	2.6** (5.053)
INSURANSE	4,783*** (23.784)
EXPENSES	4.775*** (22.334)
NEEDTIME	-0.83*** (7.040)
JOB	-2.373*** (7.523)
CARRIERIKA	-2.803*** (13.055)
NATIONOTHER	-1.292** (4.110)
GENDER	1.217* (3.444)
FAMSINGLE	-1.802*** (9.015)
R ² (Nagelkerke)	0,701
-2 Log Likelihood	93,226
Σημείωση: Στις παρενθέσεις παρουσιάζεται η στατιστική Wald. Οι ενδείξεις (***),(**),(*) υποδηλώνουν ποσοστό στατιστικής σημαντικότητας σε ποσοστό 1%, 5% και 10% αντίστοιχα.	

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 9.1.1, βρέθηκε ότι η μεταβλητή που αφορά το 80% των μεταναστών που έχουν ασφαλιστική κάλυψη (INSURANCE) είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Άρα, αυτό σημαίνει ότι για τους μετανάστες με ασφαλιστική κάλυψη, είναι πιο πιθανό να έχουν επισκεφτεί το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας για τακτικό περιστατικό. Το συμπέρασμα αυτό, ταυτίζεται με την έρευνα του Choi, 2009, καθώς η ασφάλιση υγείας, αποτελεί έναν από τους βασικότερους συντελεστές για την πρόσβαση στην φροντίδα της υγείας των μεταναστών.

Επιπρόσθετα, στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%, εκτιμήθηκε η μεταβλητή για τους μετανάστες που έχουν πληρώσει για κάποια από τις επισκέψεις τους στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας (EXPENSES). Συμπέρασμα το οποίο καταστεί σαφές, ότι όσοι μετανάστες έχουν πληρώσει για κάποια από τις επισκέψεις τους το νοσοκομείο Χαλκίδας, είναι πιο πιθανόν να το έχουν επισκεφτεί για τακτικό περιστατικό. Όπως αναφέραμε και προηγουμένως, αυτό σημαίνει ότι ίσως πρόκειται για μετανάστες, οι οποίοι είναι εξοικειωμένοι με την ελληνική πραγματικότητα και συγκεκριμένα αυτή του ΕΣΥ όπως τονίζεται και στη μελέτη των Kosmas και Theodoropoulou, 2007 και έχοντας τις απαραίτητες ασφαλιστικές καλύψεις, στο πλαίσιο του μειωμένου κόστους περίθαλψης, δεν αντιμετωπίζουν κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα να επισκεφτούν το νοσοκομείο για κάποιο τακτικό περιστατικό.

Επιπλέον, η μεταβλητή που αφορά το πόσο γρήγορα αναζητά ο ερωτώμενος νοσοκομειακή βοήθεια, σε περίπτωση ιατρικής ανάγκης (NEEDTIME), βρέθηκε στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%. Ωστόσο, λόγω του αρνητικού πρόσημου, αυτό δηλώνει ότι η επίδραση που ασκεί στην εξαρτημένη είναι αρνητική. Στο διά ταύτα, όσο πιο γρήγορά αναζητάτε νοσοκομειακή βοήθεια σε περίπτωση ιατρικής ανάγκης, μειώνεται η πιθανότητα να έχουν επισκεφτεί το νοσοκομείο για τακτικό περιστατικό. Εδώ προκύπτει ένα λογικό συμπέρασμα, ωστόσο, πρόκειται παράλληλα για ένα συχνό φαινόμενο στη υγεία των μεταναστών, με βαθύτερα αίτια, όπου σύμφωνα και με την έρευνα του Cots, 2007, λόγω του ευρύτερου νομοθετικού και θεσμικού πλαισίου στον τομέα της υγείας, οι μετανάστες είτε ανασφάλιστοι είτε ακόμη και χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα, όπως άδεια παραμονής, χρησιμοποιούν σε μεγάλο βαθμό τα εξωτερικά ιατρεία ή εισέρχονται ως «έκτακτο περιστατικό», λόγω ευκολίας πρόσβασης, προκειμένου να λάβουν την

όποια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, δίχως κανένα απολύτως κόστος, επιβαρύνοντας με αυτόν τον τρόπο τις δαπάνες υγείας και κατ' επέκταση τους φορολογούμενους πολίτες της χώρας. Το σημαντικό αυτό πρόβλημα, για τους λόγους που προαναφέραμε, βάση του προφίλ υγείας των μεταναστών, οφείλεται επίσης στο γεγονός της έλλειψης στοιχειωδών γνώσεων περί προσωπικής υγείας και πρόληψης, όπου καθυστερώντας, το πρόβλημα υγείας διογκώνεται και μετέπειτα απαιτείται έκτακτη ανάγκη επίλυσης του.

Ακόμη, στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%, βρέθηκε η μεταβλητή για το αν ο ερωτώμενος εργάζεται (JOB). Όμως λόγω της αρνητικής σχέσης με τη μεταβλητή, αυτό φανερώνει ότι για τους μετανάστες που εργάζονται, μειώνεται η πιθανότητα να έχουν επισκεφτεί για τακτικό περιστατικό το εν λόγω νοσοκομείο.

Μία ακόμη μεταβλητή που εκτιμήθηκε στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%, αφορά το 44% των ερωτώμενων που είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ (CARRIERIKA). Όμως λόγω της αρνητικής επίδρασης που ασκεί στην εξαρτημένη, αυτό σημαίνει ότι για τους μετανάστες που είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ, μειώνεται η πιθανότητα να έχουν επισκεφτεί το νοσοκομείο για τακτικό περιστατικό. Ο λόγος για τον οποίο συμβαίνει αυτό, οφείλεται ίσως στο γεγονός ότι όσοι έχουν ασφαλιστική κάλυψη του ΙΚΑ, μπορούν να λάβουν την όποια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη-εξέταση και εκτός νοσοκομείου, δηλ. σε ιδιωτικό ιατρείο- κλινική.

Παράλληλα, η μεταβλητή που αφορά το 25% των μεταναστών άλλης εθνικότητας (NATIONOTHER), βρέθηκε στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Παρατηρείται όμως και σε αυτό το σημείο αρνητική σχέση με την εξαρτημένη μεταβλητή του υποδείγματος. Γίνεται σαφές, ότι για τους μετανάστες που είναι άλλης εθνικότητας, είναι λιγότερο πιθανόν να έχουν επισκεφτεί για τακτικό περιστατικό το νοσοκομείο της Χαλκίδας.

Στατιστικά σημαντική, εκτιμήθηκε και η μεταβλητή για το 28% του συνόλου των ερωτώμενων που είναι γυναίκες, λόγω του θετικού πρόσημου (GENDER), σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%, γεγονός το οποίο δηλώνει ότι για τους μετανάστες γυναικείου φύλου (γυναίκες), είναι πιο πιθανόν να έχουν επισκεφτεί το νοσοκομείο της Χαλκίδας για κάποιο τακτικό περιστατικό σε σχέση με τους άνδρες.

Το συμπέρασμα αυτό οφείλεται ξεκάθαρα στο γεγονός της ευρείας χρήσης των υπηρεσιών υγείας για γυναικολογικούς-μαιευτικούς λόγους, το οποίο επιπροσθέτως ενισχύεται από τα αποτελέσματα της έρευνας των Μαράτου-Αλιμπράντη και Γκαζόν, 2005.

Τελευταία μεταβλητή που βρέθηκε στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%, είναι για το 28% των μεταναστών που είναι άγαμοι (FAMSINGLE). Όμως λόγω του αρνητικού πρόσημου, αυτό φανερώνει ότι για τους μετανάστες που είναι άγαμοι, μειώνεται η πιθανότητα να έχουν επισκεφτεί το νοσοκομείο της Χαλκίδας για κάποιο τακτικό περιστατικό. Το ενδεχόμενο αυτό, ίσως οφείλεται στο γεγονός της άγνοιας σε θέματα υγείας, καθώς και της μη παρότρυνσης από κανένα άλλο άτομο. Ωστόσο, το αποτέλεσμα αυτό συμβαδίζει με το προφίλ των μεταναστών της ευρύτερης περιοχής της Χαλκίδας, καθώς πρόκειται για οικονομικούς μετανάστες, που ήρθαν στην Ελλάδα μόνοι τους, χωρίς την οικογένεια και τα παιδιά τους, με σκοπό να βρουν εργασία για να εξασφαλίσουν τα «προς το ζην» στις οικογένειές που ζουν στις χώρες τους.

Τέλος, στο συγκεκριμένο υπόδειγμα, ο συντελεστής προσδιορισμού R^2 κατά Nagelkerke είναι 0,701, που σημαίνει ότι το 70,1% της πιθανότητας να έχουν επισκεφτεί οι μετανάστες το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας για κάποιο τακτικό περιστατικό, ερμηνεύεται από τη συγκεκριμένη παλινδρόμηση κατά Nagelkerke.

Με λίγα λόγια, για τους μετανάστες θηλυκού γένους, που έχουν ασφάλιση και έχουν πληρώσει για κάποια από τις επισκέψεις τους στο νοσοκομείο της Χαλκίδας, αυξάνεται η πιθανότητα να το έχουν επισκεφτεί για τακτικό περιστατικό.

Αντίθετα, για τους άγαμους μετανάστες άλλης εθνικότητας, οι οποίοι εργάζονται, είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ και αναζητούν όσο το δυνατόν πιο γρήγορα νοσοκομειακή βοήθεια σε περίπτωση ιατρικής ανάγκης, είναι λιγότερο πιθανόν να έχουν επισκεφτεί για τακτικό περιστατικό το συγκεκριμένο νοσοκομείο.

9.1.2 Εκτίμηση υποδείγματος πιθανοτήτων για την πιθανότητα να αποτελεί εμπόδιο για την προσβασιμότητα των μεταναστών στο νοσοκομείο της Χαλκίδας, το γεγονός ότι είναι αλλοδαποί.

Στο παρακάτω υπόδειγμα, εκτιμήθηκε εξίσωση λογιστικής παλινδρόμησης για την πιθανότητα ένας μετανάστης να θεωρεί πώς το σημαντικότερο εμπόδιο για την πρόσβαση του στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, αποτελεί το γεγονός ότι είναι αλλοδαπός. Ως εκ τούτου, η συγκεκριμένη παλινδρόμηση βασίζεται στις ακόλουθες μεταβλητές που αφορούν οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των μεταναστών, καθώς και πιο εξειδικευμένα χαρακτηριστικά.

Υπόδειγμα 2^ο

Η τελική εξίσωση παλινδρόμησης είναι:

$$\begin{aligned} \text{BLOCKFOREIGN} = & 1,242 - 1,620 \text{ BORNGR} - 0,839 \text{ PHONEFIRSTAID} \\ & + 1,225 \text{ CARRIEROGA} - 1,82 \text{ LICENSE} - 0,959 \text{ JOB} - \\ & 1,819 \text{ EXPENCES} + 1,11 \text{ SPECIALDOC} + 1,15 \text{ REGVISIT} + \varepsilon_i \end{aligned}$$

Οι παραπάνω μεταβλητές εκφράζουν:

- **BLOCKFOREIGN:** Ψευδομεταβλητή που λαμβάνει την τιμή 1, η οποία εκφράζει το αν ο ερωτώμενος θεωρεί ότι το να είσαι αλλοδαπός, αποτελεί το σημαντικότερο εμπόδιο για την πρόσβαση στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας και την τιμή 0 για όλα τα υπόλοιπα.
- **BORNGR:** Ψευδομεταβλητή που εκφράζει το αν ο ερωτώμενος γεννήθηκε στην Ελλάδα, 1=ναι, 0=όχι
- **PHONEFIRSTAID:** Ψευδομεταβλητή που εκφράζει το αν ο ερωτώμενος γνωρίζει τον τηλεφωνικό αριθμό των πρώτων βοηθειών για να καλέσει το Κέντρου Άμεσης Βοήθειας, 1=ναι, 0=όχι.
- **CARRIEROGA:** Ψευδομεταβλητή που λαμβάνει την τιμή 1, για τον ερωτώμενο που είναι ασφαλισμένος στον ΟΓΑ και την τιμή 0 για όλα τα υπόλοιπα.
- **LICENSE:** Ψευδομεταβλητή που εκφράζει το αν ο ερωτώμενος έχει άδεια παραμονής, 1=ναι, 0=όχι.

- **JOB:** Ψευδομεταβλητή που εκφράζει το αν ο ερωτώμενος εργάζεται, 1=ναι, 0=όχι.
- **EXPENSES:** Ψευδομεταβλητή που εκφράζει το αν ο ερωτώμενος έχει πληρώσει για την επίσκεψη του στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, 1=ναι, 0=όχι.
- **SPECIALDOC:** Ψευδομεταβλητή που εκφράζει το αν ο ερωτώμενος χρειάστηκε να συμβουλευτεί εξειδικευμένο ιατρό του νοσοκομείου, αλλά δεν το έκανε, 1=ναι, 0=όχι.
- **REGVISIST:** Ψευδομεταβλητή που εκφράζει το αν ο ερωτώμενος έχει επισκεφτεί το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας για τακτικό περιστατικό, 1=ναι, 0=όχι.
- **xi:** εκφράζει τα σφάλματα εκτίμησης της παλινδρόμησης.

Πίνακας 9.1.2: Εκτίμηση παλινδρόμησης για την πιθανότητα ένας μετανάστης να θεωρεί πώς το σημαντικότερο εμπόδιο για την πρόσβαση στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, αποτελεί το γεγονός ότι είναι αλλοδαπός.

Μεταβλητές	Υπόδειγμα Binary
	Συντελεστές
Σταθερός όρος	1.242* (3.023)
BORNGR	-1.620** (5.478)
PHONEFIRSTAID	-0.839** (4.497)
CARRIEROGA	1.225*** (7.130)
LICENSE	-1.82*** (6.850)
JOB	-0.959* (2.742)
EXPENCES	-1.819*** 13.063
SPECIALDOC	1.11** (5.399)
REGVISIT	1.15* (4.433)
R ² (Nagelkerke)	0,286
-2 Log Likelihood	202,735
Σημείωση: Στις παρενθέσεις παρουσιάζεται η στατιστική Wald. Οι ενδείξεις (***),(**),(*) υποδηλώνουν ποσοστό στατιστικής σημαντικότητας σε ποσοστό 1%, 5% και 10% αντίστοιχα.	

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του άνωθεν υποδείγματος, παρατηρούμε ότι, οι μεταβλητές που αφορούν τους μετανάστες που γεννηθήκαν στην Ελλάδα (BORNGR) και αναφερόμαστε για ένα ποσοστό 18% του συνολικού δείγματος και παράλληλα για ένα ποσοστό της τάξεως του 66% που γνωρίζει τον τηλεφωνικό αριθμό των πρώτων βοηθειών για να καλέσουν το Κέντρο Άμεσης Βοήθειας σε περίπτωση ανάγκης (PHONEFIRSTAID), εκτιμήθηκαν στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο 5%. Ωστόσο, λόγω του αρνητικού πρόσημου του εκτιμώμενου συντελεστή και των δύο μεταβλητών, υπάρχει αρνητική σχέση. Άρα, αυτό φανερώνει ότι για τους μετανάστες που γεννηθήκαν στην Ελλάδα και για αυτούς που γνωρίζουν τον τηλεφωνικό αριθμό των πρώτων βοηθειών για να καλέσουν το Κέντρο Άμεσης Βοήθειας σε περίπτωση ανάγκης, αντίστοιχα, μειώνεται η πιθανότητα να θεωρούν ως σημαντικότερο εμπόδιο για την πρόσβαση τους στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, το γεγονός ότι είναι αλλοδαποί.

Παράλληλα, στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%, βρέθηκε η μεταβλητή για τους μετανάστες που είναι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ (CARRIEROGA), οι οποίοι μάλιστα αποτελούσαν το 48% του δείγματος και μάλιστα η επίδραση που ασκεί είναι ισχυρά θετική. Αυτό δηλώνει, ότι για τους μετανάστες που είναι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ, αυξάνεται η πιθανότητα να θεωρούν το ότι επειδή είναι αλλοδαποί, λογίζεται ως το σημαντικότερο εμπόδιο για την πρόσβαση τους στο νοσοκομείο της Χαλκίδας. Το ενδεχόμενο αυτό, σημαίνει ότι η καθολική ασφαλιστική κάλυψη υγείας δεν είναι απαραίτητα επαρκής για την εξασφάλιση της πρόσβασης και χρήσης της πρωτοβάθμιας και της προληπτικής φροντίδας για αυτόν τον πληθυσμό, γεγονός το οποίο βέβαια ταυτίζεται με την έρευνα του Lebrum, 2012.

Επιπλέον, η άδεια παραμονής στην Ελλάδα (LICENSE), την οποία κατείχε το 91% του συνόλου των μεταναστών, εκτιμήθηκε στατιστικά σημαντική μεταβλητή σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%, ωστόσο, ασκεί αρνητική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή. Άρα γίνεται σαφές, ότι για τους μετανάστες που έχουν άδεια παραμονής στη χώρα, μειώνεται η πιθανότητα να αποτελεί εμπόδιο στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του νοσοκομείου της Χαλκίδας, το γεγονός ότι θεωρούνται αλλοδαποί.

Άλλος ένας στατιστικά σημαντικός παράγοντας σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10% είναι το αν ο ερωτώμενος εργάζεται (JOB), ο οποίος επιδρά

αρνητικά στην εξαρτημένη μεταβλητή του υποδείγματος. Αυτό ουσιαστικά φανερώνει, ότι για τους μετανάστες που εργάζονται, μειώνεται η πιθανότητα να αποτελεί εμπόδιο στην πρόσβαση τους στο εν λόγω νοσοκομείο, το ότι είναι αλλοδαποί. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το 72% των ερωτώμενων δήλωσε ότι εργαζόταν.

Επιπροσθέτως, η μεταβλητή που αφορά το αν ο ερωτώμενος χρειάστηκε ποτέ να πληρώσει για κάποια από τις επισκέψεις του το Γενικό Νοσοκομείο της Χαλκίδας (EXPENSES), βρέθηκε στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%, ωστόσο λόγω αρνητικού πρόσημου του εκτιμώμενου συντελεστή, αυτό πρακτικά σημαίνει ότι, για το 37% των μεταναστών που χρειάστηκε να πληρώσει για κάποια από την επίσκεψη στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, μειώνεται η πιθανότητα να θεωρούν ως εμπόδιο για την πρόσβαση τους στο νοσοκομείο, το ότι είναι αλλοδαποί. Αυτό, ίσως δηλώνει ότι αυτοί που χρειάστηκαν να συμ-πληρώσουν για κάποια εξέταση ή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και εφόσον γνωρίζουν φυσικά την γενικότερη κατάσταση του ΕΣΥ στην χώρα, στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης, δεν αντιμετώπισαν ποτέ τέτοιου είδους εμπόδια-προβλήματα προσβασιμότητας στο νοσοκομείο.

Σχετικά με τη μεταβλητή που αφορά το αν ο ερωτώμενος χρειάστηκε ποτέ να συμβουλευτεί εξειδικευμένο ιατρό του νοσοκομείου, αλλά εντέλει δεν το έκανε (SPECIALDOC), εκτιμήθηκε στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Αυτό φανερώνει, ότι για το 32% των μεταναστών του δείγματος, που χρειάστηκε να συμβουλευτεί ένα εξειδικευμένο ιατρού του νοσοκομείου, αλλά εντέλει δεν έκανε, αυξάνεται η πιθανότητα να θεωρεί ως σημαντικότερο εμπόδιο για την πρόσβαση του στο νοσοκομείο, το ότι είναι αλλοδαποί. Το αποτέλεσμα αυτό, συμβαδίζει με τα αποτελέσματα της μελέτης των Galanis et al, 2013, όπου τόσο οι δυσκολίες επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και η περιορισμένη γνώση των υπηρεσιών υγείας, αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες.

Ακόμη, στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, βρέθηκε η μεταβλητή που αφορά το αν το 73% των ερωτώμενων έχει επισκεφτεί το Γενικό Νοσοκομείο της Χαλκίδας για τακτικό περιστατικό (REGVISIT). Γίνεται σαφές, ότι για τους μετανάστες που έχουν επισκεφτεί το συγκεκριμένο νοσοκομείο

για τακτικό περιστατικό, αυξάνεται η πιθανότητα να θεωρούν ως εμπόδιο για την πρόσβαση τους στο νοσοκομείο, το ότι είναι αλλοδαποί. Το συμπέρασμα αυτό, συνάδει με την μελέτη των Dean και Wilson, 2010. Δηλαδή, ακόμη και να υποθέσουμε την ύπαρξη ισότητας στον τομέα της υγείας μεταξύ μεταναστών και μη μεταναστών, είναι πιθανό να υπάρξει μια ρεαλιστική και απλουστευτική υπόθεση, δεδομένου ότι απαρατήρητα εμπόδια επηρεάζουν την προσβασιμότητα, την κατάσταση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας και συνεπώς των νοσοκομείων στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης, όπως επίσης και προβλήματα που σχετίζονται με την παροχή πόρων-κονδυλίων υγειονομικής περίθαλψης για τον πληθυσμό των μεταναστών.

Τέλος, στο συγκεκριμένο υπόδειγμα, ο συντελεστής προσδιορισμού R^2 κατά Nagelkerke είναι 0.286, που σημαίνει ότι το 28,6% της πιθανότητας να αποτελεί το σημαντικότερο εμπόδιο για την πρόσβαση των μεταναστών στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, το ότι είναι αλλοδαποί, ερμηνεύεται από τη συγκεκριμένη παλινδρόμηση κατά Nagelkerke.

Συγκεντρωτικά, θα λέγαμε ότι για τους μετανάστες οι οποίοι είναι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ, έχουν επισκεφτεί το νοσοκομείο για τακτικό περιστατικό και χρειάστηκαν να συμβουλευτούν έναν εξειδικευμένο ιατρό του νοσοκομείου, αλλά δεν το κάνανε, αυξάνεται η πιθανότητα να θεωρούν το ότι επειδή είναι αλλοδαποί, αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την πρόσβαση τους στο νοσοκομείο.

Ενώ αντιθέτως, για όσους είναι γεννημένοι στην Ελλάδα, έχουν άδεια παραμονής, εργάζονται, γνωρίζουν τον τηλεφωνικό αριθμό του Κέντρου Άμεσης Βοήθειας σε περίπτωση άμεσης ανάγκης και έχουν πληρώσει για κάποια από τις επισκέψεις τους στο εν λόγω νοσοκομείο, είναι λιγότερο πιθανόν να δυσκολεύει την πρόσβαση τους στην υγεία, το γεγονός ότι είναι αλλοδαποί.

9.1.3 Εκτίμηση υποδείγματος πιθανοτήτων για την πιθανότητα βελτίωσης της πρόσβασης στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, με την ύπαρξη διαπολιτισμικού μεσολαβητή (διερμηνέα).

Στο παρακάτω υπόδειγμα, εκτιμήθηκε εξίσωση λογιστικής παλινδρόμησης για την πιθανότητα ένας μετανάστης να θεωρεί πως η ύπαρξη διαπολιτισμικού μεσολαβητή (διερμηνέα), θα βελτίωνε την πρόσβαση στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας.

Υπόδειγμα 3⁰

Η τελική εξίσωση παλινδρόμησης είναι:

ACCESSINTERPR=4,66+1,276NATIONHIND-2,465LICENSE-
0,365NOSILSATISFIED-3,334BORNAGR-0,060AGE-
0,519INCOME+0,932REASONPATH+ε_i

Οι παραπάνω μεταβλητές εκφράζουν:

- **ACCESSINTERPR:** Ψευδομεταβλητή που λαμβάνει την τιμή 1 για τον ερωτώμενο που θεωρεί πως η ύπαρξη ενός διαπολιτισμικού μεσολαβητή (διερμηνέα), θα βελτίωνε την πρόσβαση στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας και τιμή 0 για όλα τα υπόλοιπα.
- **NATIONHIND:** Ψευδομεταβλητή που λαμβάνει την τιμή 1 για τον ερωτώμενο που είναι Ινδός-η και την τιμή 0 για όλα τα υπόλοιπα.
- **NOSILSATISFIED:** Μεταβλητή της κλίμακας Likert, με τιμές 0-5, που αφορούν απαντήσεις από Καθόλου-Πολύ, για το βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού του Νοσοκομείου Χαλκίδας.
- **AGE:** Ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει την ηλικία του ερωτώμενου
- **INCOME:** Μεταβλητή της κλίμακας likert με τιμές 0-5 που αφορούν απαντήσεις 0 - 950+, το οποίο εκφράζει το μηνιαίο εισόδημα του ερωτώμενου.

- **REASONPATH:** Ψευδομεταβλητή που λαμβάνει την τιμή 1 για τον ερωτώμενο που επισκέφτηκε εκτάκτως το νοσοκομείο της Χαλκίδας για παθολογικά αίτια και την τιμή 0 για όλα τα υπόλοιπα.
- **xi:** εκφράζει τα σφάλματα εκτίμησης της παλινδρόμησης.

9.1.3: Εκτίμηση παλινδρόμησης για την πιθανότητα ένας μετανάστης να θεωρεί πώς η ύπαρξη διαπολιτισμικού μεσολαβητή (διερμηνέα), θα βελτίωνε την πρόσβαση στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας.

Μεταβλητές	Υπόδειγμα Binary
	Συντελεστές
Σταθερός όρος	4.66*** (15.247)
NATIONHIND	1.276** (5.978)
LICENSE	-2.465*** (11.830)
NOSILSATISFIED	-0.365** (3.901)
BORNGR	-3.334*** (11.811)
AGE	-0.060** (6.219)
INCOME	-0.519*** (6.390)
REASONPATH	0.932* (3.262)
R ² (Nagelkerke)	0,414
-2 Log Likelihood	148,069
Σημείωση: Στις παρενθέσεις παρουσιάζεται η στατιστική Wald. Οι ενδείξεις (***),(**),(*) υποδηλώνουν ποσοστό στατιστικής σημαντικότητας σε ποσοστό 1%, 5% και 10% αντίστοιχα.	

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 9.1.3, βρέθηκε ότι η μεταβλητή που αφορά το 30% συνολικού μεταναστευτικού δείγματος, το οποίο που προέρχεται από την Ινδία (NATIONHIND), είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Αυτό σημαίνει ότι για τους μετανάστες που είναι από την Ινδία, αυξάνεται η πιθανότητα να θεωρούν πως η ύπαρξη ενός διαπολιτισμικού μεσολαβητή (διερμηνέα), θα βελτιώνει την πρόσβαση στο γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, σε σύγκριση με τους άλλους.

Επίσης, στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%, εκτιμήθηκε η μεταβλητή για το αν ο ερωτώμενος διαθέτει άδεια παραμονής στη χώρα (LICENSE). Όμως, λόγω του αρνητικού πρόσημου, γίνεται κατανοητό, ότι επιδρά αρνητικά στην εξαρτημένη μεταβλητή του υποδείγματος, δηλαδή για τους μετανάστες που έχουν άδεια παραμονής, είναι λιγότερο πιθανόν να θεωρούν πως η ύπαρξη ενός διαπολιτισμικού μεσολαβητή (διερμηνέα) στο γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, θα βελτιώνει την πρόσβαση σε αυτό.

Επιπλέον, η μεταβλητή που δηλώνει το βαθμό ικανοποίησης του ερωτώμενου από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού (NOSILSATISFIED), βρέθηκε στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Ωστόσο, λόγω της αρνητικής σχέσης με την εξαρτημένη, αυτό δηλώνει ότι όσο αυξάνεται ο βαθμός ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Χαλκίδας, μειώνεται η πιθανότητα να θεωρούν πως η ύπαρξη ενός διαπολιτισμικού μεσολαβητή (διερμηνέα) στο χώρο του νοσοκομείου, θα βελτιώνει την πρόσβαση σε αυτό.

Παράλληλα, η μεταβλητή που αναφέρεται στο αν ο ερωτώμενος γεννήθηκε στην Ελλάδα (BORNGR), εκτιμήθηκε στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%. Όμως παρατηρούμε την αρνητική επίδρασή της στην εξαρτημένη μεταβλητή, δηλαδή, αυτό φανερώνει ότι για τους μετανάστες που γεννήθηκαν στην Ελλάδα, είναι λιγότερο πιθανόν να θεωρούν πως η ύπαρξη ενός διαπολιτισμικού μεσολαβητή (διερμηνέα) στο νοσοκομείο της Χαλκίδας, θα βελτιώνει την πρόσβαση σε αυτό.

Άλλος ένας στατιστικά σημαντικός παράγοντας σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% είναι η ηλικία του ερωτώμενου (AGE), ο οποίος επιδρά αρνητικά στην εξαρτημένη μεταβλητή, γεγονός που σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία των

μεταναστών, μειώνεται η πιθανότητα να θεωρούν ότι η πρόσβαση τους στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας θα βελτιωθεί με την ύπαρξη ενός διαπολιτισμικού μεσολαβητή (διερμηνέα).

Ακόμη ένας στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1% είναι το μηνιαίο εισόδημα του ερωτώμενου (INCOME), όπου λόγω του αρνητικού πρόσημου, επιδρά αρνητικά στην εξαρτημένη μεταβλητή. Ως εκ τούτου, όσο αυξάνεται το εισόδημα των μεταναστών, μειώνεται η πιθανότητα να θεωρούν ότι η πρόσβαση τους στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας θα βελτιωθεί με την ύπαρξη ενός διαπολιτισμικού μεσολαβητή (διερμηνέα).

Σχετικά με τη μεταβλητή που αναφέρεται στο 37% των ερωτώμενων που επισκέφτηκαν εκτάκτως το νοσοκομείο της Χαλκίδας για παθολογικά αίτια (REASONPATH), κρίθηκε στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%. Αυτό φανερώνει, ότι για τους μετανάστες που έχουν επισκεφτεί εκτάκτως το νοσοκομείο της Χαλκίδας για παθολογικά αίτια, είναι πιο πιθανόν να θεωρούν πως η ύπαρξη ενός διαπολιτισμικού μεσολαβητή (διερμηνέα) στο νοσοκομείο της Χαλκίδας, θα βελτίωνε την πρόσβαση σε αυτό. Όπως προαναφέραμε άνωθεν και έχοντας ταυτιστεί με αποτελέσματα της μελέτης του Cots, 2007, πρόκειται ίσως για συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα μεταναστών, οι οποίοι λόγω συγκεκριμένων παραγόντων, όπως δυσκολία επικοινωνίας γιατί βρίσκονται μικρό χρονικό διάστημα στη χώρα, ανασφάλιστοι, δίχως άδεια παραμονής, άγνοια λειτουργίας του συστήματος υγείας και ενδεχομένως λόγω άγνοιας ιατρικής ανάγκης, φτάνουν να χρίζουν άμεσης νοσηλείας, όταν πλέον το ιατρικό τους πρόβλημα έχει διογκωθεί και απαιτείται η αντιμετώπισή του με πολυήμερη νοσηλεία.

Τέλος, στο συγκεκριμένο υπόδειγμα, ο συντελεστής προσδιορισμού R^2 κατά Nagelkerke είναι 0,414 που σημαίνει ότι το 41,4% της πιθανότητας να θεωρείται ότι η ύπαρξη ενός διαπολιτισμικού μεσολαβητή (διερμηνέα) στο νοσοκομείο της Χαλκίδας, θα βελτίωνε την πρόσβαση σε αυτό, ερμηνεύεται από τη συγκεκριμένη παλινδρόμηση κατά Nagelkerke.

Συγκεντρωτικά, αναφέρουμε ότι για τους μετανάστες που είναι Ινδοί και που έχουν επισκεφτεί εκτάκτως το νοσοκομείο της Χαλκίδας για παθολογικά αίτια, είναι πιο πιθανόν να θεωρούν πως με την ύπαρξη ενός διαπολιτισμικού μεσολαβητή (διερμηνέα) στο νοσοκομείο της Χαλκίδας, θα βελτιωνόταν η πρόσβαση σε αυτό.

Από την αντίθετη πλευρά, σχετικά με όσους γεννήθηκαν στην Ελλάδα, έχουν άδεια παραμονής και όσο μεγαλώνουν ηλικιακά, αυξάνεται ο μηνιαίος μισθός και ο βαθμός ικανοποίησης τους από το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου, μειώνεται η πιθανότητα να θεωρούν πως ένας διερμηνέας στο νοσοκομείο, θα βελτίωνε την πρόσβαση των μεταναστών στην ιατροφαρμακευτική φροντίδα.

9.1.4 Εκτίμηση υποδείγματος πιθανοτήτων για την πιθανότητα να έχει ζητηθεί ποτέ άτυπη πληρωμή, δηλαδή «φακελάκι».

Στο παρακάτω υπόδειγμα, εκτιμήθηκε εξίσωση λογιστικής παλινδρόμησης για την πιθανότητα να έχει ζητηθεί σε μετανάστες άτυπη πληρωμή (φακελάκι). Για τον λόγο αυτό, η συγκεκριμένη παλινδρόμηση βασίζεται στις ακόλουθες μεταβλητές που αφορούν κυρίως οικονομικά και εξειδικευμένα στοιχεία.

Υπόδειγμα 4⁰

Η τελική εξίσωση παλινδρόμησης είναι:

$$\text{FAKELAKI} = -11,572 + 8,492 \text{ACCESSNUMBDOC} + 0,132 \text{AVG} + 0,658 \text{TIMES} - 8,663 \text{REGVISIT} + 9,741 \text{REASONWORK} + 2,836 \text{BORNGR} + 5,472 \text{DEPARPATHOL} + \varepsilon_i$$

Οι παραπάνω μεταβλητές εκφράζουν:

- **FAKELAKI:** Ψευδομεταβλητή που εκφράζει το αν έχει ζητηθεί άτυπη πληρωμή (φακελάκι), 1=ναι, 0= όχι.
- **ACCESNUMBDOC:** Ψευδομεταβλητή που λαμβάνει την τιμή 1 για τον ερωτώμενο που θεωρεί πως ο μεγαλύτερος αριθμός ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, θα μπορούσε να βελτιώσει την πρόσβαση στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας και την τιμή 0 για όλα τα υπόλοιπα.
- **AVG:** Ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει το χρηματικό ποσό που χρειάστηκε να πληρώσει για κάποια από τις επισκέψεις του στο νοσοκομείο της Χαλκίδας.
- **TIMES:** Ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει τον αριθμό των επισκέψεων στο νοσοκομείο Χαλκίδας για τακτικό περιστατικό.
- **REASONWORK:** Ψευδομεταβλητή που λαμβάνει την τιμή 1 για τον ερωτώμενο που επισκέφτηκε το νοσοκομείο Χαλκίδας εκτάκτως, λόγω εργατικού ατυχήματος και την τιμή 0 για όλα τα υπόλοιπα.

- **DEPARPATHOL:** Ψευδομεταβλητή που λαμβάνει την τιμή 1 για τον ερωτώμενο που νοσηλεύτηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδος (τουλάχιστον 1 διανυκτέρευση) και συγκεκριμένα στο παθολογικό τμήμα και την τιμή 0 για όλα τα υπόλοιπα.
- **ξ_i :** εκφράζει τα σφάλματα εκτίμησης της παλινδρόμησης.

9.1.4: Εκτίμηση παλινδρόμησης για την πιθανότητα να έχει ζητηθεί άτυπη πληρωμή (φακελάκι).

Μεταβλητές	Υπόδειγμα Binary
	Συντελεστές
Σταθερός όρος	-11,572*** (6.849)
ACCESSNUMBDOC	8.492** (4.432)
AVG	0.132*** (7.819)
TIMES	0.658** (4.383)
REGVISIT	-8.663* (3.381)
REASONWORK	9.741** (5.361)
BORNGR	2.836** (3.637)
DEPARPATHOL	5.472* (3.051)
R ² (Nagelkerke)	0,833
-2 Log Likelihood	28,403
Σημείωση: Στις παρενθέσεις παρουσιάζεται η στατιστική Wald. Οι ενδείξεις (***),(**),(*) υποδηλώνουν ποσοστό στατιστικής σημαντικότητας σε ποσοστό 1%, 5% και 10% αντίστοιχα.	

Σύμφωνα με αποτελέσματα του πίνακα 9.1.4, η μεταβλητή που αφορά το 35% του μεταναστευτικού δείγματος της έρευνας, σύμφωνα με την οποία ο μεγαλύτερος αριθμός ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, θα μπορούσε να βελτιώσει την πρόσβαση στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας (ACCESSNUMBDOC), εκτιμήθηκε στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Αυτό δηλώνει, ότι για τους μετανάστες που θεωρούν ότι ο μεγαλύτερος αριθμός ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, θα μπορούσε να βελτιώσει την προσβασιμότητα στο νοσοκομείο, αυξάνεται η πιθανότητα να τους έχει ζητηθεί «φακελάκι».

Παράλληλα, το χρηματικό ποσό που χρειάστηκε να πληρώσει ο ερωτώμενος για κάποια από τις επισκέψεις του στο νοσοκομείο της Χαλκίδας (AVG), βρέθηκε στατιστικά σημαντικός παράγοντας σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1% και μάλιστα ασκεί ισχυρή θετική επίδραση, δηλαδή όσο αυξάνεται το χρηματικό ποσό που χρειάζεται να πληρώσει ένας μετανάστης για κάποια από τις επισκέψεις του στο νοσοκομείο της Χαλκίδας, αυξάνεται και η πιθανότητα να του έχει ζητηθεί άτυπη πληρωμή, δηλαδή φακελάκι.

Επίσης, στατιστικά σημαντική εκτιμήθηκε η μεταβλητή σχετικά με τον αριθμό των επισκέψεων για κάποιο τακτικό περιστατικό στο νοσοκομείο Χαλκίδας (TIMES), σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Αυτό εκτιμάται, ότι όσο αυξάνεται ο αριθμός των επισκέψεων για κάποιο τακτικό περιστατικό στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, αυξάνεται η πιθανότητα να έχει ζητηθεί φακελάκι.

Ακόμη, στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%, κρίθηκε η μεταβλητή που αφορά το αν ο ερωτώμενος έχει επισκεφτεί το Γενικό Νοσοκομείο της Χαλκίδας για τακτικό περιστατικό (REGVISIT). Παρατηρούμε ωστόσο αρνητική σχέση με την εξαρτημένη μεταβλητή του υποδείγματος, λόγω του αρνητικού πρόσημου. Για τον λόγο αυτό, οι μετανάστες που έχουν επισκεφτεί το Γενικό Νοσοκομείο της Χαλκίδας για τακτικό περιστατικό, είναι λιγότερο πιθανό να τους έχει ζητηθεί φακελάκι.

Επιπλέον, η μεταβλητή που αναφέρεται στο 16% των ερωτώμενων που έχει επισκεφτεί το νοσοκομείο Χαλκίδας εκτάκτως, λόγω εργατικού ατυχήματος (REASONWORK), βρέθηκε στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Αυτό σημαίνει ότι για τους μετανάστες που έχουν επισκεφτεί το νοσοκομείο εκτάκτως, λόγω εργατικού ατυχήματος, αυξάνεται η πιθανότητα να τους

έχει ζητηθεί φακελάκι. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, της άμεσης δηλαδή ανάγκης, η δωροδοκία επιτυγχάνεται με μεγάλο βαθμό ευκολίας, καθώς δεν είναι καθόλου εύκολο κάποιος να μην δεκάσει, εάν θεωρεί ότι κινδυνεύει άμεσα η υγεία του δικού του ανθρώπου.

Άλλος ένας στατιστικά σημαντικός παράγοντας σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% είναι το αν ο ερωτώμενος γεννήθηκε στην Ελλάδα (BORNGR), ο οποίος επιδρά θετικά στην εξαρτημένη μεταβλητή. Αυτό δηλώνει, ότι για τους μετανάστες που έχουν γεννηθεί στην Ελλάδα, είναι πιο πιθανό να τους έχει ζητηθεί φακελάκι.

Επιπρόσθετα, η μεταβλητή σχετικά με το 27% των ερωτώμενων του δείγματος που δήλωσε ότι νοσηλεύτηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδος (τουλάχιστον 1 διανυκτέρευση) και συγκεκριμένα στο παθολογικό τμήμα (DEPARPATHOL), εκτιμήθηκε στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%. Συμπερασματικά, για τους μετανάστες που χρειάστηκαν να νοσηλευτούν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο (τουλάχιστον 1 διανυκτέρευση) και συγκεκριμένα στο παθολογικό τμήμα, αυξάνεται η πιθανότητα να τους έχει ζητηθεί φακελάκι.

Τέλος, στο συγκεκριμένο υπόδειγμα, ο συντελεστής προσδιορισμού R^2 κατά Nagelkerke είναι 0,833 που σημαίνει ότι το 83,3% της πιθανότητας να έχει ζητηθεί άτυπη πληρωμή (φακελάκι), ερμηνεύεται από τη συγκεκριμένη παλινδρόμηση κατά Nagelkerke.

Εν ολίγοις, για τους μετανάστες που έχουν γεννηθεί στην Ελλάδα, έχουν επισκεφτεί εκτάκτως, εξαιτίας εργατικού ατυχήματος, το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδος και παράλληλα έχουν νοσηλευτεί σε αυτό (τουλάχιστον 1 διανυκτέρευση) και συγκεκριμένα στο παθολογικό τμήμα, ενώ ακόμη θεωρούν ότι ο μεγαλύτερος αριθμός ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, θα μπορούσε να βελτιώσει την προσβασιμότητα στο νοσοκομείο, όσο μεγαλώνουν ηλικιακά και αυξάνεται ο αριθμός των επισκέψεων για τακτικό λόγο, αυξάνεται η πιθανότητα να τους έχει ζητηθεί «φακελάκι».

Αντιθέτως, για αυτούς που έχουν επισκεφτεί το συγκεκριμένο νοσοκομείο για τακτικό περιστατικό, είναι λιγότερο πιθανόν να τους έχει ζητηθεί άτυπη πληρωμή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Συμπεράσματα

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι να προσδιοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την «προσβασιμότητα» των μεταναστών στο ΕΣΥ και συγκεκριμένα στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χαλκίδας. Επιπλέον, επιμέρους στόχοι της έρευνας, αποτελούν οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις που απορρέουν από την πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, καθώς και η προσπάθεια δημιουργίας ενός αντιπροσωπευτικού προφίλ υγείας.

Στο πλαίσιο της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων προέκυψε ότι το ανδρικό φύλο υπερτερεί έναντι του γυναικείου, καθώς σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 72% του δείγματος ήταν άνδρες και το 28% γυναίκες. Όσον αφορά την εθνικότητα των ερωτηθέντων, το 30% ήταν Ινδοί, το 25% Αλβανοί, 13% πακιστανοί, 9% Αιγύπτιοι ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 5% δήλωσαν ότι προέρχονται από Βουλγαρία, Πολωνία, Φιλιππίνες, Γεωργία, Ιράν και Γκάνα.

Παράλληλα η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος των μεταναστών εργάζεται (72%), ενώ όσον αφορά το μηνιαίο εισόδημα, το 32% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι είναι μεταξύ 550-700ευρώ, ωστόσο με ενδιαφέρον παρατηρούμε ότι το 15% του δείγματος δεν αμείβεται.

Επίσης, προέκυψε ότι στο θέμα της ηλικίας, το 35% των ερωτηθέντων μεταναστών ήταν μεταξύ 36-45 ετών, ενώ άνω του 50% του δείγματος είναι έγγαμοι με 1-2 παιδιά και το 82% αυτών δεν έχει γεννηθεί στην Ελλάδα. Τέλος, ένα ποσοστό κοντά στο 10% δήλωσε ότι δεν διαθέτει άδεια παραμονής στη χώρα, ενώ το 32% του δείγματος γνωρίζει «αρκετά» την ελληνική γλώσσα.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που αφορούν τα απαιτούμενα στοιχεία για την δημιουργία ενός αντιπροσωπευτικού προφίλ υγείας των μεταναστών, παρατηρούμε ότι, οι μετανάστες σε ποσοστό 73% επισκέπτονται το νοσοκομείο για τακτικούς λόγους και συγκεκριμένα 1-2 φορές σε ποσοστό 53%. Ενώ, όσον αφορά την επίσκεψη τους για έκτακτο περιστατικό, το ποσοστό αγγίζει το

51% και ειδικότερα για παθολογικά αίτια (37%), τραυματισμός στο σπίτι (20%), για εργατικό ατύχημα και τροχαίο 16% αντίστοιχα. Ακόμη, το 80% των ερωτηθέντων έχουν ασφαλιστική κάλυψη, ενώ το 48% είναι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ, λόγω του γεγονότος ότι η πλειοψηφία των μεταναστών της ευρύτερης περιοχής εργάζεται στο αγροτικό και αλιευτικό τομέα. Ωστόσο, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, το 73% του δείγματος δήλωσε ότι δεν έχει νοσηλευτεί στο νοσοκομείο της Χαλκίδας (τουλάχιστον 1 διανυκτέρευση), ενώ το 32% χρειάστηκε να συμβουλευτεί έναν εξειδικευμένο ιατρό του νοσοκομείου, αλλά δεν το έκανε, διότι δηλώσαν ότι, είτε ήταν απασχολημένος ο ιατρός (34%), είτε ήταν αδιάφορος (30%), είτε δεν γνώριζαν καλά την ελληνική γλώσσα προκειμένου να καταλάβουν. Τέλος, ένα μεγάλο ποσοστό των μεταναστών 26% και 19% αντίστοιχως, ζητάει είτε σχετικά άμεσα, είτε καθόλου άμεσα νοσοκομειακή βοήθεια σε περίπτωση ιατρικής ανάγκης, κυρίως γιατί περιμένει ενδεχόμενη βελτίωση της υγείας του καθώς και για οικονομικούς λόγους, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι το 34% του συνόλου, δήλωσε ότι δεν γνωρίζει τον τηλεφωνικό αριθμό των πρώτων βοηθειών για να καλέσει το Κέντρο Άμεσης Βοήθειας σε περίπτωση ανάγκης.

Θα πρέπει να σημειωθεί ωστόσο, ότι το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων δήλωσαν μέτρια ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και από την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού του νοσοκομείου.

Στο πλαίσιο τώρα της εμπειρικής ανάλυσης, πραγματοποιήθηκε εκτίμηση των υποδειγμάτων, όπως προαναφέρθηκε με τη χρήση του οικονομετρικού προγράμματος SPSS. Αναλυτικότερα, εκτιμήθηκαν λογιστικές παλινδρομήσεις για την πιθανότητα να αποτελεί εμπόδιο για την προσβασιμότητα των μεταναστών στο νοσοκομείο της Χαλκίδας, το γεγονός ότι είναι αλλοδαποί, για την πιθανότητα επίσκεψης των μεταναστών στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας για κάποιο τακτικό περιστατικό, για την πιθανότητα βελτίωσης της πρόσβασης στο Γ. Νοσοκομείο Χαλκίδας, με την ύπαρξη διαπολιτισμικού μεσολαβητή (διερμηνέα) και τέλος για την πιθανότητα να τους έχει ζητηθεί ποτέ άτυπη πληρωμή, δηλαδή «φακελάκι».

Ως εκ τούτου, μέσω της εμπειρικής ανάλυσης, εξετάστηκαν σε σημαντικό βαθμό οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση των μεταναστών στην υγεία. Ειδικότερα, για την πιθανότητα να αποτελεί εμπόδιο για την προσβασιμότητα των

μεταναστών στο νοσοκομείο της Χαλκίδος, το γεγονός ότι είναι αλλοδαποί, προκύπτει ότι για τους μετανάστες που είναι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ, για αυτούς που χρειάστηκαν να συμβουλευτούν εξειδικευμένο ιατρό του νοσοκομείου, αλλά εντέλει δεν το κάνανε, είτε για λόγους αδιαφορίας του ιατρού, είτε γιατί ήταν απασχολημένος, είτε γιατί δεν ασχολήθηκε μαζί τους, είτε γιατί δεν γνώριζαν τη γλώσσα, καθώς και για αυτούς που έχουν επισκεφτεί το νοσοκομείο της Χαλκίδας για τακτικό περιστατικό, αυξάνεται η πιθανότητα να θεωρούν ως το σημαντικότερο εμπόδιο για την πρόσβαση τους στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, το γεγονός ότι είναι αλλοδαποί.

Επίσης, όσον αφορά την πιθανότητα επίσκεψης στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας για τακτικό περιστατικό, προέκυψε ότι επιδρούν αρνητικά οι άγαμοι, αυτοί που εργάζονται, αυτοί που είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ και αυτοί που είναι άλλης εθνικότητας (δηλ. Βούλγαροι, Πολωνέζοι, Ιρανοί, Γεωργιανοί, Γκανέζοι).

Έπειτα, σχετικά με την πιθανότητα ύπαρξης ενός διαπολιτισμικού μεσολαβητή (διερμηνέα), ως μέτρο βελτίωσης της πρόσβασης στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, τα αποτελέσματα της ανάλυσης κρίθηκαν απολύτως λογικά, δηλαδή η αύξηση τους μηνιαίου εισοδήματος, όσο μεγαλύτεροι ηλικιακά είναι, η άδεια παραμονής, αυτοί που γεννηθήκαν στην Ελλάδα και ο μεγαλύτερος βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου, επιδρούν αρνητικά στο συγκεκριμένο μέτρο βελτίωσης της πρόσβασης στο νοσοκομείο. Αξιοσημείωτο ωστόσο είναι το γεγονός, ότι για αυτούς που επισκέφτηκαν το νοσοκομείο εκτάκτως για παθολογικά αίτια, αυξάνεται η πιθανότητα να θεωρείτε το εν λόγω μέτρο, ως απαραίτητο για την πρόσβαση τους στο νοσοκομείο της Χαλκίδος. Πρόκειται για ένα συχνό φαινόμενο στην Ελλάδα, στο χώρο της υγείας, όπου πολλοί μετανάστες, κυρίως αυτοί που δεν έχουν έγγραφα παραμονής στη χώρα, είτε βρίσκονται μικρό χρονικό διάστημα στη χώρα και δεν γνωρίζουν καλά την ελληνική γλώσσα, χρησιμοποιούν σε μεγάλο βαθμό τα εξωτερικά ιατρεία ή εισέρχονται ως «έκτακτο περιστατικό», λόγω ευκολίας πρόσβασης, προκειμένου να λάβουν την όποια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, δίχως κανένα κόστος.

Αναφορικά με τα αποτελέσματα της τελευταίας λογιστικής παλινδρόμησης, σχετικά με την πιθανότητα να τους έχει ζητηθεί άτυπη πληρωμή, δηλ. φακελάκι κατά

την επίσκεψη τους στο νοσοκομείο της Χαλκίδας, επιδρούν θετικά, η αύξηση του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης, το αν γεννήθηκαν στην Ελλάδα, η αύξηση τους αριθμού επίσκεψης για τακτικό περιστατικό, ο μεγαλύτερος αριθμός ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ως τρόπο βελτίωσης της προσβασιμότητας στο νοσοκομείο και αυτοί που νοσηλεύτηκαν εκτάκτως (τουλάχιστον 1 διανυκτέρευση) στο παθολογικό τμήμα του νοσοκομείου. Αντιθέτως, παρατηρούμε αρνητική επίδραση στην πιθανότητα να έχει ζητηθεί φακέλακι στους μετανάστες που επισκέφτηκαν το νοσοκομείο για κάποιο τακτικό περιστατικό.

Συμπερασματικά, σχετικά με τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις που απορρέουν από την πρόσβαση των μεταναστών στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, προκύπτουν μέσα από τα συμπεράσματα της στατιστικής και εμπειρικής ανάλυσης. Παρατηρείται μεγάλος αριθμός ανασφάλιστων και παράνομα διαμενόντων αλλοδαπών, οι οποίοι εκμεταλλευόμενοι, το ισχύον θεσμικό πλαίσιο για τη νοσηλευτική και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στην περίπτωση του έκτακτου περιστατικού, νοσηλεύονται, δίχως κανένα κόστος, επιβαρύνοντας έτσι την οικονομία. Παράλληλα, το γεγονός ότι είναι αλλοδαποί, αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την πρόσβασή τους στην νοσοκομειακή φροντίδα και πιο συγκεκριμένα για τους πρόσφυγες που προέρχονται κυρίως από τις χώρες του λεγομένου Τρίτου Κόσμου.

Επιπρόσθετα, είναι γνωστές οι ασθένειες, που μεταφέρουν οι μετανάστες από τις προαναφερθείσες χώρες και για τους οποίους δεν γίνεται ο απαραίτητος ιατρικός έλεγχος προτού εισέλθουν στη χώρα και λάβουν τα όποια νόμιμα έγγραφα για τη νόμιμη παραμονή τους. Στην περίπτωση αυτή, η δημιουργία μιας ενιαίας βάσης δεδομένων (data) υγειονομικών δεδομένων, αναφορικά με την προέλευση, εθνικότητα και κυρίως το ιατρικό ιστορικό του καθενός, αφενός θα περιόριζε την εξάπλωση ασθενειών που τυχόν θα έφερναν από τις χώρες προέλευσής και αφετέρου οι εργαζόμενοι- ερευνητές στο χώρο της υγείας, έχοντας γνώση τέτοιων σημαντικών πληροφοριών θα ήταν πιο αποτελεσματικοί στο πλαίσιο της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης τόσο σε πρακτικό, όσο και σε ερευνητικό κομμάτι.

Επιπλέον, σε μεγάλο βαθμό παρατηρείται το φαινόμενο της ξενοφοβίας, το οποίο βασίζεται σε διάφορους οικονομικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και

ψυχολογικούς παράγοντες. Λόγω αυτού, δημιουργούνται ανισότητες στο χώρο της υγείας, αυξάνοντας το υγειονομικό και κοινωνικό πρόβλημα της χώρας.

Τέλος, οφείλουμε να αναφέρουμε, βασιζόμενοι στα ελληνικά πεπραγμένα στο χώρο της υγείας καθώς φυσικά και στα αποτελέσματα της έρευνας μας, ότι η διαφθορά και το μαύρο κέρδος (παραοικονομία), το γνωστό σε όλους «φακελάκι» εις βάρος των ευαίσθητα κοινωνικών ομάδων, όπως είναι οι μετανάστες, δεν είναι μόνο ότι αφαιρεί πόρους από την τσέπη του ασθενούς, αλλά και πολύτιμο χρήμα από την επίσημη οικονομία, αλλά δυστυχώς συνεχίζει να συντηρεί την κυνική βιομηχανία παραγωγής πλούτου με πρώτες ύλες τον ανθρώπινο πόνο και την άγνοια πάνω σε θέματα ζωής και θανάτου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη βιβλιογραφία:

- Acevedo-Garcia D., Bates, L. M., Osypuk T. L., and N. McArdle (2010), “The effect of immigrant generation and duration on self-rated health among US adults 2003e2007”, *Social Science & Medicine*. Vol. 71, No. 6, pp. 1161-1172.
- Baldwin-Edwards M., Κυριακού Ι., Κακαλικά Π., και Γ. Κάτσιος (2004), «Στατιστικά δεδομένα για τους Μετανάστες στην Ελλάδα: Αναλυτική μελέτη για τα διαθέσιμα στοιχεία και προτάσεις για τη συμμόρφωση με τα standards της Ευρωπαϊκής Ένωσης», Μελέτη για λογαριασμό του Ι.Μ.Ε.Π.Ο. Από το Μεσογειακό Παρατηρητήριο Μετανάστευσης Ι.Α.Π.Α.Δ-Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Beniflah Jacob D., Wendalyn K. Little, Harrold K. Simon and J. Sturm (2013), “Effects of Immigration Enforcement Legislation on Hispanic Pediatric Patient Visits to the Pediatric Emergency Department”. *Clinical Pediatrics*, Vol. 52, No 12, pp. 1122-1126.
- Bonvicini L., Broccoli S., D’Angelo S., and S. Candela (2011), “[Emergency room services utilization in the province of Reggio Emilia: a comparison between immigrants and Italians]”, *Epidemiol Prev.*, Vol. 35, No. 5-6, pp. 259-266.
- Buonora N., Chiavarini M., Salmasi L., Giaimo MD., and L. Minelli (2013), “Impact of immigration on burden of tuberculosis in Umbria: a low-incidence Italian region with high immigrants rates”, *J Prev. Medical Hyq*, Vol. 54, No. 1, pp. 29-34.
- Bustamante Arturo V., and J. Chen (2011), “Health Expenditure dynamics and years of U.S residence: analyzing spending disparities among Latinos by citizenship/nativity status”, *Health Serv. Research*, Vol. 47, No. 2, pp. 794-818.
- Bzostek S., Goldman, N., and A. Pebley (2007), “Why do Hispanics in the USA report poor health?”, *Social Science & Medicine*. Vol. 66, No. 5, pp, 900-1003.

- Chen J., Vargas-Bustamante A., and An. Ortega (2012), “Health care expenditures among Asian American subgroups”, *Medical Care Research and Review*, Vol. 70, No. 3, pp. 310-329.
- Chiu M., Austin P. C., Manuel D. G., and G. V. Tu (2012), “Cardiovascular Risk Factor Profiles of Recent Immigrants vs Long-term Residents of Ontario: A Multi-ethnic Study”, *Canadian Journal of Cardiology*. Vol. 28, No. 1, pp. 20-26.
- Choi J. Y. (2009), “Contextual effects on health care access among immigrants: Lessons from three ethnic communities in Hawaii”. *Social Science & Medicines*, Vol. 69, No 8, pp. 1261-1271.
- Collado M. Dolores., Iturbe-Ormaetxe Inigo., and Guadalupe Valera (2004), “Quantifying the Impact of Immigration on the Spanish Welfare State”, *International Tax and Public Finance*, Vol. 11, No. 3, pp. 335-353.
- Comas M., Catala L., Sala M., Paya A., Sala A., Del Amo E., Castells X., and F. Cots (2011), “Descriptive analysis of childbirth healthcare costs in an area with high levels of immigration in Spain”, *BMC Health Services Research*, Vol. 11.
- Coritsidis GN., Khamash H., Ahmed SI., Attia AM., Rodriquez P., Kiroychewa MK., and N. Ansari (2004), “The initiation of dialysis in undocumented aliens: the impact on a public hospital system”. *Am J. Kidney Dis*. Vol. 43, No. 3, pp. 424-432.
- Cots F., Castells X, Garcia O., Riu M., Felipe A., and O. Vall (2007), “Impact of Immigration on the Cost of Emergency Visits in Barcelona (Spain)”, *BMC Health Services Research*, Vol. 7, pp. 9.
- Cucchi A., Bergamini M., Buriani O., Ferrari A., Giovannini L., Marconi S., Montanari K., Serenelli C., Turri V. and P. Gregorio (2008). “Basic analysis of immigrants’ hospitalizations and ambulatory care in the province of Ferrara, Northern Italy: the first step to an improved approach to immigrants’ healthcare. *Italian Journal of Public Health*, Vol. 5, No. 3, pp. 228-232.
- Dasgupta K., Schwartzman K., Marchand R., Tennenbaum TN., Brassard P., and D. Menzies (2000), “Comparison of cost-effectiveness of tuberculosis screening of close contacts and foreign-born population”, *Am J. Respir Crit Care Medical*, Vol. 162, No. 6, pp. 2079-86.

- Davidovitch Nadav., Filc Dani., Novack Lena., and Ran D. Balicer (2013), “Immigrating to a universal health care system: Utilization of hospital services by immigrants in Israel”, *Health & Place*, Vol. 20, pp. 13-18.
- Dean, J. A. and K. Wilson (2010), ““My health has improved because I always have everything I need here.”: A qualitative exploration of health improvement and decline among immigrants”, *Social Science & Medicine*. Vol. 70, No. 8, pp. 1219-1228.
- Deroose K. (2007), “Immigrants And Health Care: Sources Of Vulnerability”, *Health Affairs*, Vol. 26, No 5, pp. 1258-1268.
- Deroose K. Pitkin., Bahney Benjamin W., Lurie N., and Jose J. Escarce (2009), “Immigrants and Health Care Access, Quality, and Cost”, *Medical Care Research and Review*, Vol. 66, No. 4, pp. 355-408.
- Fedeli U., Alba N., Zambon F., Avossa F., and P. Spolaore (2010), “Hospitalisation for surgical procedures is lower among immigrants than among non-immigrant preschool children: results from a region-wide study in Italy”, *Epidemiol Community Health*, Vol. 65, No. 7, pp. 645-7.
- Fosse-Edorh S., Fagot-Campagna, A., Detournay, B., Bihan, H., Gautier, A., Dalichampt, M., and C. Druet, (2014). “Type 2 diabetes prevalence, health status and quality of care among the North African immigrant population living in France”, *Diabetes & Metabolism*. Vol. 40, pp. 143-150.
- Galanis, P., P. Sourtzi, T. Bellali, M. Theodorou, I. Karamitri, O. Siskou, G. Xaralampous and D. Kaetelidou (2013), “Public Health Services Knowledge and utilization among immigrants in Greece: a cross-sectional study.” *BMC Health Services Research*, Vol. 13, pp.350.
- Hamilton, Tod G. and I. Kawachi (2013), “Changes in income inequality and the health of immigrants”, *Social & Medicine*. Vol. 80, pp. 57-66.
- Ingleby, D., Chimienti, M., Ormond., M. and C. De Freitas (2005), “The role of health in Integration”, *Centro de Estudos Geograficos*, No. 67, pp. 88-119.
- Jayaweera, H. and M. A. Quigley (2010), “Health status, health behaviour and healthcare use among migrants in the UK: Evidence from mothers in the Millennium Cohort Study”, *Social Science & Medicine*. Vol. 71, No, 5, pp. 1002-1010.

- Javier J. R., Wise, P. H, and F. S Mendoza (2007), “The Relationship of Immigrant Status With Access, Utilization, and Health Status for Children With Asthma”, *Ambulatory Pediatrics*. Vol. 7, No. 6, pp. 421-430.
- Kantaris M., and Theodorou M. (2013), “Access and use of health services in Cyprus by housemaids from non-EU countries”. Open University of Cyprus. *Archives of Hellenic Medicine* 2013. Vol 30, No 1, pp. 59-66.
- Kosmas P. and Theodoropoulou H. (2007), “The socio-economic characteristics, consumer behavior, and social integration of economic immigrants in Athens, Greece”. *Consumer Citizenship: Promoting new responses*. Selection of the best papers from the CCN Conference in Sofia May 2007: Building Bridges, Vol. 3, pp. 81-95.
- Lebrum L. (2012), “Effects of length of stay and Language proficiency on health care experiences among Immigrants in Canada and the United States”. *Social Science & Medicine*, Vol. 74, No 7, pp. 1062-1072.
- Lee C. H., Choo, H., Tai, B. C., Chan, M. Y., Phua, Q. H., Low, T. T., Richards, A. M., Tan, H. C., Ow, R., and T. C. Yeo (2013). “Immigrant status and disparities in health care delivery in patients with myocardial infarction”, *International Journal of Cardiology*. Vol. 166, No 3, pp. 696-701.
- Lorant V., Van Oyen, H., and I. Thomas (2008), “Contextual factors and immigrants’ health status: Double jeopardy”, *Health & Place*. Vol. 14, No. 4, pp. 678-692.
- Manneschi G., Crocetti E., Puliti D., Zappa M., Sacchettini C., and E. Paci (2011), “[Cancer incidence in Italian natives and in first- generation immigrants to Italy]”, *Epidemiol Prev.*, Vol. 35, No. 5-6, pp. 292-296.
- Martini A., Chellini E., and A. Sala (2011), “[Mortality in immigrants in Tuscany]”, *Epidemiol Prev.*, Vol. 35, No. 5-6, pp. 275-281.
- McDonald J. T. and S. Kennedy (2004), “Insights into the ‘healthy immigrant effect’: health status and health service use of immigrants to Canada”, *Social Science & Medicine*. Vol. 59, No. 8, pp. 1613-1627.
- MIGHEALTHNET (2009): Information network on good practice in health care for migrants and minorities. Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα. Ιατρική Σχολή- Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Στατιστικής Ιατρικής. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

- Newbold, K. Bruce and J. Danforth (2003), “Health status and Canada’s immigrant population”, *Social Science & Medicine*. Vol. 57, No. 10, pp. 1981-1995.
- Padovese V., Eqidi AM., Melillo Fenech., Podda Connor M., Didero D., Costanzo G., and C. Mirisola (2013), “Migration and determinants of Health: clinical epidemiological characteristics of migrants in Malta (2010-2011)”, *J Public Health (Oxf)*, Vol. 36, No. 3, pp. 368-74.
- Pantazis K., D., Elefsiniotis I., S., Brokalaki H. (2008), “New Data concerning the Epidemiology of Hepatitis B Virus Infection in Greece”. *Gastroenterology Research and Practice*. Published online 2008 April 6.
- Rechel B., Mladovsky P., Ingleby D., Mackenbach JP., and M. Mckee (2013), “Migration and health in an increasingly diverse Europe”, *The Lancet*, Vol. 381, No. 6-12, pp. 1235-1245.
- Setia M. S., Lynch, J., Abrahamowicz, M., Tousignant, P., and A. Quesnel-Vallee (2011), “Self-rated health in Canadian immigrants: Analysis of the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada”, *Health & Place*. Vol. 17, No. 2, pp. 658-670.
- Siddiqi A., Zuberi, D., and Q.C. Nguyen (2009), “The role of Health insurance in explaining immigrant versus non-immigrant disparities in access to health care: Comparing the Unites States to Canada”, *Social Science & Medicine*, Vol. 69, No 10, pp. 1452-1459.
- Stimpson A., Wilson F., and K. Eschbach (2010), “Trends in health care spending for immigrants in the United States”, *Health Aff (Millwood)*, Vol. 29, No. 3, pp. 544-550.
- Theodoropoulou H. and Smith P. Michael (1990), “Immigration Routes to California”, Department of Applied Behavioral Sciences Communities Studies and Development. University of California, Davis.
- Velasco M., Castilla, V., Guijarro, C., Barba, R., and J. E Losa (2012). “Differences in the use of health resources by Spanish and immigrant HIV-infected patients”, *Enfermedades Infecciosas y Microbiologia Clinica*. Vol. 30, No 8, pp. 458-462.

- Watters C. (2002), “Migration and mental health care in Europe: report of a preliminary mapping exercise”, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, Vol. 28, pp. 153-172.
- Weinick RM., Jacobs EA., Stone LC., Ortega AN., and H. Burstin (2004), “Hispanic healthcare disparities: challenging the myth of a monolithic Hispanic population”, *Medical Care*, Vol. 42, No. 4, pp. 313-320.
- Xiang H., Shi J., Lu B., Wheeler K., Zhao W., Wilkins JR., and Gary A. Smith (2012), “Medical Expenditures associated with nonfatal occupational injuries among immigrants and U.S.-born workers”, *BMC Public Health*, Vol. 12, pp. 1471-2458.
- Zallman L., Woolhandler S., Himmelstein D., Bor D., and D. McCormick (2013), “Immigrants Contributed An Estimated \$115.2 Billion More To The Medicare Trust Fund Than They Took Out In 2002–09”, *Health Affairs*, Vol. 10.

Ελληνική βιβλιογραφία:

- Αθανασοπούλου Μ., Μεχίλι-Ενκελεϊντ Α., Αθανασοπούλου Α., και Μ. Διομήδους (2013), «Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των μεταναστών και ο αντίκτυπος τους στη Δημόσια Υγεία». *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, τόμος 5, τεύχος 4, σελ. 162-167.
- Γαϊτανίδου Ε., τμήμα διπλωματικής εργασίας «Η περίθαλψη του μετανάστη ασθενή στην Ελλάδα: Η περίπτωση των νοσοκομείων του ΕΣΥ» διατμηματικό πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών «Αρχιτεκτονική-Σχεδιασμός του Χώρου», τομέας πολεοδομίας και χωροταξίας, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο.
- Γεωργούλας Σ. (2003), «Το νομικό πλαίσιο της μεταναστευτικής πολιτικής». *Πολιτικές Μετανάστευσης και Στρατηγικές Ένταξης*. Αθήνα: Gutenberg, σελ. 91-122.
- Γεωργούλας Σ. (2001), «Η νέα μμεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα και η νομιμοποίησή της». Αθήνα: *Ελληνικά Γράμματα*. σελ. 199-226.
- Γιατροί του Κόσμου- Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο (2007). «Χωρίς χαρτιά χωρίς υγεία». *Έκδοση των Γιατρών του Κόσμου*.
- Κιτσάρας Γεώργιος και Μπάκα Αφροδίτη (2013), «Ο λόγος των μεταναστών για τους παράγοντες που δυσχεραίνουν την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα». Τμήμα Ψυχολογίας. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Κοτσιώνη Π. Ιωάννα (2011), “Access and use of healthcare services by migrants”. *Εθνικό αρχείο Διδακτορικών Διατριβών*.
- Λαμπριανίδης Λ., Λυμπεράκη Α. (2001), “Αλβανοί Μετανάστες στην Θεσσαλονίκη”. Διαδρομές ευημερίας και παραδρομές δημόσιας εικόνας, *Εκδόσεις: Παρατηρητής*.
- Μαράτου-Αλιπράντη Λ., Γκαζόν Ε. (2005), “Μετανάστευση και Κοινωνική Ασφάλιση: Μια προσέγγιση με βάση δεδομένα της έρευνας EU-SLIC και των Ασφαλιστικών Ταμείων”, *ΕΚΚΕ*, Αθήνα.
- Μαράτου-Αλιπράντη Λ., Γκαζόν Ε. (2005), «Μετανάστευση και Υγεία-Πρόνοια. Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης-Προκλήσεις και Προοπτικές βελτίωσης». *Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών*.

- Νικολάου Σουζάνα-Μαρία και Στεργίου Λ. (2006), «Προβληματισμοί μεταναστευτικής πολιτικής στην Ελλάδα και την Ευρώπη». *Εκπαίδευση & Επιστήμη*, σελ. 274-287.
- Οικονόμου Χ. (2012), “Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα”. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων*.
- Φούσκας Θ και Οικονόμου Χ.(2011), «Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Η ανάδυση μιας διακριτικής πρακτικής». *Πολιτισμός και διαφορετικότητα. Εμείς και οι άλλοι*, σελ. 415-436. Θεσσαλονίκη.

Ηλεκτρονικές πηγές:

- www.dimos-xalkideon.gr
- www.ec.europa.eu
- www.google.gr
- www.i-map-migration.org
- www.imepo.org
- www.metanastes.gr
- www.unhcr.gr
- www.statistics.gr