

Θεσμική Διακρατική σύγκριση επί των παροχών υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες

The current situation and strategic policies on matters relating to the reception and delivery of health services to immigrants

Author: **Σύκα Ανδρία**

Πτυχίο Νοσηλευτικής Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια της Διοίκησης Μονάδων Υγείας στο Frederick University

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εν έτει 2012 καθώς όλο και περισσότεροι άνθρωποι έρχονται στην Κύπρο από το εξωτερικό, είτε αναζητώντας ένα καλύτερο μέλλον, είτε προσπαθώντας να ξεφύγουν από πολέμους, καταδιώξεις και φυσικές καταστροφές, η μετανάστευση αποτελεί πλέον την καλύτερη εναλλακτική επιλογή αποτελώντας κορυφαίο ζήτημα στην πολιτική ατζέντα των περισσότερων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν μια ανασκόπηση της υφιστάμενης κατάστασης και της στρατηγικής πολιτικής σε θέματα που αφορούν την υποδοχή καθώς και την παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες.

Abstract

The purpose of this study was a review of the current situation and strategic policies on matters relating to the reception and delivery of health services to immigrants. In the year 2012 as more and more people come to Cyprus from abroad or seeking a better future, or trying to escape war, persecution and natural disasters, migration has become the best alternative to becoming top issue on the political agenda of most states States of the European Union.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), η «υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και δεν επικεντρώνεται μόνο στην απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ο ορισμός είναι αρκετά ευρύς, ώστε να περιλαμβάνει την κοινωνική πρόοδο και την ευημερία ως συστατικά της έννοιας, αναγνωρίζοντας έτσι ότι ο μακροχρόνια άνεργος ή αυτός που βιώνει μια κατάσταση φτώχειας δεν μπορεί να θεωρηθεί απόλυτα υγιής (Σαρρής, 2001).

Η υγεία είναι ένας τομέας ο οποίος είναι ικανός από μόνος του να οδηγήσει σε

μια διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού. Αυτό συμβαίνει στην περίπτωση που ένα άτομο δεν μπορεί να έχει πρόσβαση στην υγεία (Καψάλης, 2003).

Στο προεδρικό διάταγμα 95/2000 στην Ελλάδα με τίτλο «Αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» ορίζεται ο υπεύθυνος κρατικός φορέας υλοποίησης της προστασίας του κοινωνικού δικαιώματος της υγείας, ενώ παράλληλα περιγράφονται αναλυτικά τα καθήκοντά του. Στην αρμοδιότητα του Υπουργείου ανήκει η προστασία της υγείας, με την έννοια που δίνεται και στη Σύμβαση του Π.Ο.Υ. Η δια

σφάλιση του δικαιώματος στην υγεία, δηλαδή η εγγύηση της προσβασιμότητας στις αρμόδιες υπηρεσίες και μάλιστα χωρίς διακρίσεις και ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του καθενός.

Η κατάσταση της υγείας και η δυνατότητα άσκησης του δικαιώματος της ισότιμης πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, μπορεί να δημιουργήσει μια διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού. Ανεξάρτητα από τους παράγοντες που την προκαλούν, είναι πιθανόν να επηρεάσει την υγεία του προσώπου που τη βιώνει και να επιταχύνει ή να αυξήσει με αυτόν τον τρόπο ακόμη περισσότερο τον κοινωνικό αποκλεισμό του (Κοντόνη, 2008).

Όταν ένας άνεργος μετανάστης ζει κάτω από άθλιες συνθήκες υγιεινής, ίσως να αυξηθούν οι πιθανότητες για να ασθενήσει. Η ασθένεια για τον κοινωνικά αποκλεισμένο μπορεί να αυξήσει μια διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού, είτε στο επίπεδο της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας με σκοπό τη θεραπεία, είτε σε αυτό της προσβασιμότητας σε έναν άλλο παράγοντα κοινωνικής ενσωμάτωσης, όπως είναι η ικανότητα προς εργασία (Κοντόνη, 2008).

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα το εθνικό σύστημα υγείας δημιουργήθηκε το 1983. Σύμφωνα με το σύστημα, το σύνολο των ατόμων που έχουν μισθό καλύπτεται από υποχρεωτική ιατρική ασφάλιση. Η υγειονομική περίθαλψη χωρίζεται σε κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, νοσοκομεία τοπικά - περιφερειακά. Γίνονται εισφορές και κρατικές επιχορηγήσεις για να υπάρχει χρηματοδότηση των υπηρεσιών. Η πρόσβαση στις ιατρικές επισκέψεις είναι δωρεάν στο εθνικό σύστημα υγείας. Παράλληλα, το 25% του συνολικού κόστους των φαρμάκων πρέπει να δοθεί από τον ασθενή (International Organization of Migration, 2003).

Σύμφωνα με το ελληνικό σύστημα οι αι

τούντες άσυλο έχουν ίδια δικαιώματα με τους υπηκόους με την προϋπόθεση ότι μπορούν να αποδείξουν την κατάσταση τους, αυτό όμως είναι δύσκολο να γίνει στην αρχή της διαδικασίας. Οι άνθρωποι που έρχονται στην Ελλάδα παράνομα κρατούνται σε κάποια κέντρα που δεν τους ενημερώνουν για τα δικαιώματα τους σχετικά με την τους στις υπηρεσίες υγείας. Με αυτό καταλαμβάνει κανείς πως οι αιτούντες ασύλου βρίσκονται σε άσχημη κατάσταση όσον αφορά την υποβολή της αίτησης ασύλου. Η International Organization of Migration (2003), αναφέρει σε έρευνα της για την Ελλάδα πως το 15,8% απάντησε ότι δεν εντάσσεται στην κατηγορία αιτούντων ασύλου, ενώ το 68,4% δεν ήθελε να απαντήσει. Κύριος λόγος σύμφωνα με την International Organization of Migration (2003), παραίτησης από την διαδικασία υποβολής αίτησης ασύλου είναι η χρονοβόρος διαδικασία και η έλλειψη ενημέρωσης.

Οι Braunschweig et al (2001), παραθέτουν πως οι αλλοδαποί στην Ελλάδα χωρίς έγγραφα δεν γίνεται να έχουν πρόσβαση στην περίθαλψη, εκτός και αν είναι σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης και μέχρι την σταθεροποίηση της κατάστασης τους. Το 2001 δημιουργήθηκε ένας νόμος που απαγορεύει στους δημόσιους οργανισμούς να δίνουν βοήθεια στα άτομα που δεν μπορούν να φανερώσουν ότι διαθέτουν άδεια παραμονής στην Ελλάδα (Braunschweig et al., 2001). Σύμφωνα με την International Organization of Migration (2003), αυτό δεν ισχύει στα νοσοκομεία και στις κλινικές όταν πρόκειται για ανήλικους ή για άτομα χωρίς επίσημα έγγραφα που πρέπει να νοσηλευτούν.

Παράλληλα, το HIV και οι μεταδοτικές ασθένειες μαζί με την εγκυμοσύνη θεωρούνται έκτακτα περιστατικά στην Ελλάδα (Acheson, 1998). Σύμφωνα με το νόμο που προστατεύει τα παιδιά - ανήλικους μετανάστες ή όχι, η περίθαλψη και η νοσηλεία τους είναι δωρεάν.

Κάθε αλλοδαπός χωρίς νόμιμα έγγραφα ο οποίος βρίσκεται στην Ελλάδα και στην περίπτωση του οποίου κανένα μέτρο απέλασης

δεν μπορεί να εφαρμοστεί για ιατρικούς λόγους, θα μπορούσε να επωφεληθεί από μια προσωπική άδεια παραμονής (άρθρο 37(4)(α) του νόμου 2910/2001). Καθώς απαγορεύεται η απέλαση των εγκύων γυναικών χωρίς νόμιμα έγγραφα από την Ελλάδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους και για τους έξι μήνες μετά τον τοκετό (άρθρο 79 (1) του νόμου 3386/2005). Οι ελληνικοί νόμοι φανερώνουν την χορήγηση αδειών παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους με δυνατότητα ανανέωσης ενός έτους για άτομα σοβαρά άρρωστα χωρίς νόμιμα έγγραφα με την προϋπόθεση ότι είχαν προηγουμένως άδεια παραμονής. Θα πρέπει να δείξουν ιατρικό πιστοποιητικό από κρατικό νοσοκομείο ή από ένα από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης.

Σύμφωνα με τον Nettleton (2002), σχετικά με την ιατρική περίθαλψη και την ασφάλιση του μεταναστευτικού πληθυσμού στην Ελλάδα, έδειξε ότι τα νοικοκυριά των μεταναστών δίνουν το 4,4% των δαπανών τους για την υγεία τους, όπως στα φάρμακα - ιατρική περίθαλψη - νοσηλεία, ενώ φαίνεται ότι είναι αισθητά χαμηλότερο του αντίστοιχου μεριδίου δαπανών από τα ελληνικά νοικοκυριά το οποίο φτάνει σε 7,3%. Η διαφορά των ποσοστών μπορεί να οφείλεται στις διάφορες ηλικίες των νοικοκυριών των δύο πληθυσμών και ιδιαίτερα στο υψηλό ποσοστό ηλικιωμένων μελών στα ελληνικά νοικοκυριά (21,5%) σε αντίθεση του σχεδόν μηδενικού ποσοστού στα νοικοκυριά των μεταναστών (2,5%).

Η πλειοψηφία των μεταναστών στην Ελλάδα έχουν υποχρεωτική ασφάλιση υγείας σε ποσοστό 86,4% ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ημεδαπών ανέρχεται σε 91,2%. Από τα στοιχεία της δερματολογικής έρευνας Οικογενειακών προϋπολογισμών διαπιστώνεται ότι ο αριθμός ιατρικής περίθαλψης που τους δίνονται στους μετανάστες στα Δημόσια Νοσοκομεία της Ελλάδας ακολουθούν στα ίδια επίπεδα με τον αντίστοιχο αριθμό των ημεδαπών. Την περίοδο 2004-2005 στα δημόσια Νοσοκομεία νοσηλεύτηκε, έστω και μία μέρα, το 6,1% του μεταναστευτικού πληθυσμού και το αντίστοιχο ποσοστό του ημεδαπού πλη

θυσμού έφτασε στο 7,5%. Μελετώντας της ημέρες νοσηλείας φάνηκε πως οι αυξημένες μέρες νοσηλείας είναι χαρακτηριστικό των ημεδαπών (έως και 210 ημέρες), φαινόμενο που ανταποκρίνεται στην ηλικιακή διαφοροποίηση των δύο πληθυσμιακών ομάδων, αφού ο ημεδαπός ηλικιωμένος πληθυσμός είναι διπλάσιος του μεταναστευτικού. Η νοσηλεία των αλλοδαπών σε ιδιωτικές κλινικές ανέρχεται στο 0,8%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ημεδαπούς είναι 3,4% και απεικονίζει την οικονομική κατάσταση των πληθυσμιακών ομάδων (United Nations Trends in Total Migrant stock, The 2003 Revision).

Το μεταναστευτικό κύμα της Ελλάδας από τη δεκαετία του 1980 είχε ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση των δημόσιων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η συνεχής ετήσια αύξηση της δημόσιας νοσοκομειακής δαπάνης από τα νοσήλια των μεταναστών είναι αποτέλεσμα απουσίας κοινωνικής ασφάλισης ενός υψηλού ποσοστού μεταναστών και της δωρεάν παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας από την ελεύθερη είσοδο των μεταναστών στα δημόσια νοσοκομεία (Κατριβέση, 2007).

Για το μεγαλύτερο ποσοστό των αλλοδαπών έως τον Ιούλιο του 2000 υπήρχαν σε γενικές γραμμές τα εξής: Βάσει της σχετικής νομοθεσίας «κάθε αλλοδαπός νοσηλεύόμενος που ανήκε στην κατηγορία του «τουρίστα» δικαιούνταν δωρεάν νοσηλευτικής φροντίδας, αφού είχε διαβατήριο με σφραγίδες από τις οποίες φαινόταν ότι δεν είχε φράσει διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών από την είσοδο του αλλοδαπού στην επικράτεια» (Κατριβέση, 2007).

«Εάν το διάστημα των τριών μηνών είχε φτάσει ο ασθενής είχε το δικαίωμα να απευθυνθεί στην Πρεσβεία της χώρας του και να ζητήσει ένα επίσημο έγγραφο με το οποίο βεβαιωνόταν ότι είναι οικονομικά αδύναμος και έτσι παρακαλούνταν να του προσφέρει ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική φροντίδα. Στην πράξη πολύ δύσκολα οι προξενικές αρχές αρνούσαν αυτό το αίτημα, αφού δεν υποχρεώνονταν στην καταβολή κάποιου ποσού, ενώ δεν είχαν

την δυνατότητα να ελέγξουν την πραγματική οικονομική κατάσταση ενός ασθενούς που είχε ανάγκη νοσοκομειακής περίθαλψης (Κωνσταντινοπούλου, 2007)».

Στις 13 Ιουλίου 2000 το νομοθετικό πλαίσιο είχε αλλάξει. Η εγκύκλιος Υ4α/οικ.8992, η εγκύκλιος Παπαδόπουλου προκάλεσε μεγάλη συζήτηση και αντιδράσεις όχι μόνο στον ιατρικό κόσμο. Με το έγγραφο αυτό γίνεται μια προσπάθεια ρύθμισης των προϋποθέσεων πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας για όλους τους αλλοδαπούς που βρίσκονται στην Ελλάδα. Σε δύο Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις της Ελλάδας οι αρμόδιοι φορείς εντόπισαν περίπου 150 πλαστά βιβλιάρια οικονομικής αδυναμίας, όμως στο κείμενο της εγκυκλίου δεν αναφέρονται συγκεκριμένες λεπτομέρειες για τα στοιχεία αυτά. Φαίνεται ότι αυτές οι πρακτικές παραβιάζουν και διμερείς διακρατικές συμφωνίες με τις χώρες προέλευσης σχετικά με το θέμα της νοσηλείας των υπηκόων τους στην Ελλάδα.

Οι μετανάστες εμφανίζονται ενώπιον των υπηρεσιών υγείας με τις εξής ιδιότητες:

1. «Αλλοδαποί οι οποίοι ζητούν να εισέλθουν στην Ελλάδα προκειμένου να τύχουν δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Για αυτές τις περιπτώσεις διατηρείται το θεσμικό πλαίσιο το οποίο αναφέρει ότι απαιτείται η προηγούμενη χορήγηση εγκριτικής απόφασης από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας που θα κοινοποιείται στο αρμόδιο νοσοκομείο. Η απόφαση αυτή πρέπει να έχει εκδοθεί αποκλειστικά και μόνο από το Υπουργείο Υγείας για συγκεκριμένη περίπτωση ενώ παράλληλα παρέχεται το δικαίωμα ο ασθενής να συνοδεύεται από μόνο ένα πρόσωπο της επιλογής του (Υ4α/οικ.8992).»

2. «Αλλοδαποί υπήκοοι των Συμβαλλομένων Μερών στον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη του 1961, στον Αναθεωρημένο Ευρωπαϊκό Χάρτη του 1996 και στη Σύμβαση για την Ιατρική Αντίληψη του 1953 του Συμβουλίου της Ευρώπης. Σε όλους αυτούς παρέχεται η απαραίτητη περίθαλψη που

3. απαιτεί η κατάσταση της υγείας τους εφόσον δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους και δεν καλύπτονται από ασφαλιστικό φορέα (Υ4α/οικ.8992).»

Ισχύουν ταυτόχρονα οι εξής προϋποθέσεις:

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

- Σε όσους νόμιμα βρίσκονται προσωρινά στην Ελλάδα (τουρίστες) θα παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες αποκλειστικά σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους. Στα τακτικά περιστατικά για την εισαγωγή τους προκαταβάλλεται υποχρεωτικά το 50% του κόστους νοσηλείας τους (Υ4α/οικ.8992).

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

4. Αλλοδαποί νόμιμα που βρίσκονται μόνοι στην Ελλάδα. Είναι απαραίτητη η κατοχή βιβλιαρίου υγείας ασφαλιστικού φορέα. Εάν δεν υπάρχει τέτοιο βιβλιário, θα γίνονται δεκτά από τα νοσοκομεία μόνο επείγοντα περιστατικά αλλά μέχρι την σταθεροποίηση της υγείας τους (Υ4α/οικ.8992).

5. Αλλοδαποί πολιτικοί πρόσφυγες. Για την παροχή δωρεάν περίθαλψης γίνεται δεκτό αποκλειστικά το δελτίο ταυτότητας πρόσφυγα, το δελτίο αίτησης άσυλου αλλοδαπού ή το ειδικό δελτίο παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους αλλοδαπού (Υ4α/οικ.8992).

6. Αλλοδαποί μη νόμιμα ευρισκόμενοι στην Ελλάδα. Για τους ανεπίσημους μετανάστες που ζουν στην Ελλάδα, παρέχονται οι απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες

7. αποκλειστικά και μόνο εάν πρόκειται για επείγοντα περιστατικά και μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της υγείας τους. Εάν το περιστατικό δεν κριθεί επείγον οι αλλοδαποί αυτής της κατηγορίας δεν θα γίνονται δεκτοί, αλλά θα πρέπει να ειδοποιούνται άμεσα οι αρμόδιες αστυνομικές αρχές για τις περαιτέρω νόμιμες συνέπειες (Υ4α/οικ.8992).

Μετά την περιγραφή των διαφορετικών πιθανών κατηγοριών, στο τέλος της εγκυκλίου αναφέρονται και οι τρόποι παρακολούθησης και ελέγχου εφαρμογής των δια- τάξεών της.

Νομοθετικό πλαίσιο στο Ηνωμένο Βασίλειο

Το σύστημα υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο χρηματοδοτείται από τους φόρους και στηρίζεται στην δωρεάν πρόσβαση σε όλους τους τύπους περίθαλψης. Η πρόσβαση στο σύστημα υγείας βασίζεται στην κατοικία και όχι στην υπηκοότητα. Το άτομο που κατοικεί μόνιμα στο Ηνωμένο Βασίλειο μπορεί να έχει πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη. Κάθε άτομο πρέπει να μπορεί να εγγραφεί σε έναν ιατρό παθολόγο ο οποίος βρίσκεται κοντά στην κατοικία του. Είναι δύσκολο να μπορέσουν να εγγραφούν σε ένα γενικό ιατρό οι άτυποι μετανάστες λόγω της διοικητικής πολυπλοκότητας (υπόδειξη κατοικίας, διαβατήριο) είναι φανερό λοιπόν ότι οι αιτητές ασύλου στερούνται περίθαλψης. Ορισμένες δομές υγειονομικής περίθαλψης δίνουν δωρεάν πρόσβαση για όλους (ανεξάρτητα από την κατάσταση). Αυτά είναι :το τμήμα εκτάκτων περιστατικών, τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, και τα ανοικτά ιατρεία για την περίθαλψη που εξομοιώνεται με τα έκτακτα περιστατικά (International Center for Migration and Health(ICMH), 1997).

Η περίθαλψη που αφορά ορισμένες ασθένειες όπως τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τις μεταδοτικές ασθένειες (εκτός του HIV/AIDS), τις νοητικές ασθένειες των ασθενών που αποτελούν κίνδυνο για την δημόσια υγεία, καθώς και έναν κατάλογο στον οποίο περιλαμβάνονται

35 ασθένειες (ηπατίτιδα, μηνιγγίτιδα κτλ.) δίνεται δωρεάν. Αν η ιατρική επίσκεψη είναι δωρεάν δίνεται μία από κοινού καταβολή του ποσού των 7,3 ευρώ για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Οι αιτούντες άσυλο εγγράφονται στο εθνικό σύστημα υγείας όπως οι ομογενείς. Οι αλλοδαποί χωρίς νόμιμα έγγραφα με μη σταθερό χώρο διαμονής από την τροποποίηση του νόμου του 1977 για τις ιατρικές υπηρεσίες, από το 2004 δεν έχουν πλέον πρόσβαση στις δομές υγείας της χώρας δωρεάν.

Όλες οι συμπληρωματικές εξετάσεις και η φροντίδα στη δευτεροβάθμια περίθαλψη πραγματοποιούνται με πληρωμή στο νοσοκομείο αφού οι αρμόδιοι υπάλληλοι για την κάλυψη των εξόδων από τους αλλοδαπούς διασφαλίζουν φτάνοντας έως και στην παρενόχληση την ανάκτηση των οφειλόμενων ποσών (International Center for Migration and Health(ICMH), 1997). Με αυτό τον τρόπο το κόστος της προγεννητικής ή της μεταγεννητικής περίθαλψης επιβαρύνει δημιουργώντας συχνά τη έλλειψη πρόσβασης στην περίθαλψη.

Ένα άρθρο του νόμου για την μετανάστευση του 1971 (άρθρο 3-1 β) προβλέπει τη δυνατότητα χορήγησης άδειας παραμονής επιλεκτικά και κατ'εξαιρέση. Η εν λόγω άδεια μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ιατρικούς λόγους, με την προϋπόθεση ότι το άτομο μπόρεσε να αποδείξει τη μη ύπαρξη θεραπείας (και όχι την μη πρόσβαση) στη χώρα προέλευσης (Burns et al., 1995).

Νομοθετικό πλαίσιο στη Γερμανία

Η ασφάλιση ασθενείας στη Γερμανία είναι υποχρεωτική για όλους μετά από πρόσφατη μεταρρύθμιση στην υγεία. «Οι συνεισφορές βασίζονται στα εισοδήματα εξαιρουμένων των ανεξάρτητων εργαζομένων και των φοιτητών άνω των 30 ετών ή όσων έχουν περάσει περισσότερα από 14 εξάμηνα στο πανεπιστημιακό σύστημα και υποχρεούνται να ασφαλισθούν σε ιδιωτικό ταμείο.» Στην περίπτωση αυτή οι συνεισφορές δεν εξαρτώνται από το εισόδημα αλλά από την κατάσταση της υγείας του ατόμου και είναι συχνά υπερβολικά ακριβές

(International Center for Migration and Health (ICMH), 1997).

Το σύστημα προβλέπει επίσης την καταβολή ενός χρηματικού ποσού των 10 ευρώ ανά τρίμηνο για κάθε επίσκεψη σε γενικό ιατρό ή ειδικό ιατρό ή οδοντίατρο 10 ευρώ ανά ημέρα νοσηλείας και μια συνεισφορά του 10% της τιμής των φαρμάκων (10 ευρώ κατ' ανώτατο όριο ανά συνταγή) . Κάθε άτομο το οποίο διαμένει προσωρινά ή κατοικεί στην Γερμανία πρέπει να καλύπτεται από την ασφάλιση ασθενοίας. Τα άπορα άτομα δεν καταβάλλουν έξοδα περίθαλψης, αφού υπάρχουν διαφορετικές ερμηνείες και εφαρμογές του νόμου στους διάφορους δήμους (International Center for Migration and Health(ICMH), 1997).

Οι αλλοδαποί χωρίς νόμιμα έγγραφα έχουν θεωρητικά τις ίδιες παροχές υγείας με τους αιτούντες άσυλο. Κατά συνέπεια τα άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα αρνούνται να λάβουν περίθαλψη οι ίδιοι ή τα παιδιά τους ακόμη και σε σοβαρές περιπτώσεις από το φόβο της καταγγελίας και της απέλασης. Σε ορισμένες περιπτώσεις προσπαθούν να πληρώσουν οι ίδιοι το κόστος της θεραπείας ή να χρησιμοποιήσουν την κάρτα υγείας κάποιου συγγενικού προσώπου ή φίλου (Donio, 2002).

Σύμφωνα με τον νόμο για τις μεταδοτικές ασθένειες, τα άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα έχουν δικαίωμα να συζητήσουν με συμβούλους, στην ανίχνευση των παθολογικών με κίνδυνο μετάδοσης νοσημάτων καθώς και σε περίθαλψη σε εξωτερικά ιατρεία (σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, φυματίωση). Το κόστος για την θεραπεία του HIV/AIDS προβλέπεται από τον νόμο. Η υποχρεωτική καταγγελία εμποδίζει την αποτελεσματική πρόσβαση στην περίθαλψη (WTO, 2003).

Κάποιες δομές δίνουν δωρεάν περίθαλψη στα άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα που παραπέμπονται σε αυτές από τις ιατρικές οργανώσεις μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, υπερβαίνοντας έτσι το νόμο. Για λόγους δημόσιας υγείας όσο και για λόγους ανθρωπιότητας πολλοί δήμοι

προσπαθούν να διευκολύνουν την πρόσβαση στην περίθαλψη όλων, συμπεριλαμβανομένων και των ατόμων που αν ήταν από άλλο καθεστώς δεν τους επιτρέπεται (Μόναχο, Βερολίνο, Φρανκφούρτη, Κολωνία, Βρέμη). Κάποιες περιοχές ξεκίνησαν την διαδικασία ταμείου χρηματοδοτούμενου από φόρους ή δωρεές ώστε να αναλάβουν το κόστος της περίθαλψης των ατόμων αυτών (Donio, 2002).

Η απέλαση ενός άρρωστου αλλοδαπού είναι δυνατόν να αναβληθεί αν αυτή δεν είναι δυνατή λόγω της κατάστασης της υγείας του. Ένας αλλοδαπός χωρίς νόμιμα έγγραφα μπορεί να λάβει μία Duldung (προσωρινή άδεια παραμονής) για ιατρικούς λόγους (σε περίπτωση εγκυμοσύνης, κατάσταση μετατραυματικού άγχους, ασθένειες που εμποδίζουν την διαδικασία απέλασης) εάν υποβάλλει σχετική αίτηση (άρθρο 60 α του νόμου για την άδεια παραμονής). Το άρθρο 25 του ίδιου νόμου αναφέρει ότι ένας αλλοδαπός μπορεί να λάβει εξουσιοδότηση παραμονής στη Γερμανία αν υπάρχουν έκτακτοι ανθρωπιστικοί λόγοι ή προσωρινοί λόγοι ή λόγοι δημοσίου συμφέροντος που απαιτούν την παρουσία του στην Γερμανία. Τα άτομα που κατέχουν την Duldung έχουν πρόσβαση στις ίδιες παροχές υγείας με τους αιτούντες άσυλο (WTO, 2003).

Εάν δεν υπάρχει η δυνατότητα περίθαλψης στη χώρα προέλευσης για μια σοβαρή παθολογική κατάσταση ή οποία είναι δυνητικά θανατηφόρος δεν γίνεται η απέλαση. Σε αυτή την περίπτωση το άτομο έχει δικαίωμα να λάβει άδεια παραμονής και έχει την ίδια πρόσβαση στην περίθαλψη και στις κοινωνικές παροχές με τον Γερμανό πολίτη

Νομοθετικό πλαίσιο στη Σουηδία

Η Σουηδία διαθέτει ένα εθνικό σύστημα υγείας το οποίο καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού και στηρίζεται στις αρχές της ελεύθερης επιλογής των επαγγελματιών υγείας και της ισότητας όσο αφορά την πρόσβαση στην περίθαλψη. Χρηματοδοτείται από τους φορείς. Η υγεία στην Σουηδία βρίσκεται από την ευθύνη του κράτους,

των περιφερειακών συμβουλίων και των δήμων. Η περίθαλψη των ενηλίκων φτάνει σε ετήσιο ανώτερο όριο που φτάνει στα 100 ευρώ για τις ιατρικές επισκέψεις και των 200 ευρώ για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα (Morrissey et al., 1994).

Τα παιδιά των αιτούντων άσυλο έχουν τα ίδια δικαιώματα πρόσβασης στην περίθαλψη με τους ομογενείς. Οι ενήλικες αιτούντες άσυλο έχουν δικαίωμα πρόσβασης μόνο στο είδος της περίθαλψης από το οποίο δεν μπορούν να της πάρουν. Η σημασία αυτού είναι μεμονομένη αφού στην πλειονότητα των περιπτώσεων προσφέρεται μόνο η περίθαλψη έκτακτης ανάγκης και όχι η παρακολούθηση χρόνιων και σοβαρών νοσημάτων, όπως θα μπορούσε κανείς να καταλάβει (Burns et al., 1994).

Πρέπει να αποκτήσουν έναν αριθμό ταυτότητας για να έχουν όφελος από τις υπηρεσίες υγείας οι άτυποι μετανάστες και οι αιτούντες άσυλου. Έως το Μάιο του 2008, δεν γινόταν αναφορά στα άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα στο πλαίσιο της νομοθεσίας όπου αναφέρονται πλέον στα παραρτήματα των προπαρασκευαστικών κειμένων. Από τότε απορρίπτονται από την πρόσβαση στην περίθαλψη με εξαίρεση την περίπτωση που πληρώνουν φόρους, γεγονός που είναι αδύνατον για την μεγάλη πλειοψηφία.

Η πίεση της κοινωνίας των πολιτών (οργανώσεις και επαγγελματίες υγείας) εμπόδισε τις αρχές να δημιουργήσουν νόμους οι οποίοι θα απαγόρευαν νόμιμα την παροχή περίθαλψης στα άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα. Για να αποκτήσουν πρόσβαση στην περίθαλψη οι αλλοδαποί πρέπει να έχουν έναν αριθμό ταυτότητας, γεγονός που είναι αδύνατον για τα άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα. Πρέπει να δώσουν όλους τους φόρους συμπεριλαμβανομένων αυτών που αφορούν την περίθαλψη σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης (Teague et al., 1998).

Εάν προσδιορισθεί ότι οι συνθήκες είναι εξαιρετικά οδυνηρές για τους άτυπους μετανάστες (λαμβανομένης υπόψη κυρίως

της κατάστασης της υγείας του) θα πρέπει να τους χορηγηθεί άδεια παραμονής στη Σουηδία. Ο νόμος για τους αλλοδαπούς αναφέρει ότι εάν μία απόφαση απέλασης ή άρνησης εισόδου στη χώρα είναι -τελική και χωρίς δυνατότητα μετάκλησης, το γραφείο της Σουηδίας για τους Μετανάστες έχει την δυνατότητα να μην την εκτελέσει εάν ιατρικοί λόγοι ή λοιποί ειδικοί λόγοι την καθιστούν μη εκτελέσιμη. Η διάρκεια της άδειας παραμονής που χορηγείται εξαρτάται από το μόνιμο ή προσωρινό χαρακτήρα των λόγων που την δικαιολογούν. Στην πραγματικότητα η απόκτηση άδειας παραμονής είναι πολύ δύσκολη για ιατρικούς λόγους. Οι οργανώσεις ωστόσο καταφέρνουν να εμποδίσουν την απέλαση (BMA, 2002).

Νομοθετικό πλαίσιο στην Ιταλία

Το εθνικό σύστημα υγείας στην Ιταλία βασίζεται στην αρχή της παγκοσμιότητας και της αλληλεγγύης και χρηματοδοτείται ουσιαστικά από τους φόρους. Το Σύνταγμα της Ιταλίας εγγυάται το δικαίωμα στην υγεία και στην δωρεάν πρόσβαση στην περίθαλψη για τους ομογενείς. Οι αρμοδιότητες στον τομέα της υγείας χωρίζονται ανάμεσα στην κυβέρνηση, στις 20 περιοχές και στις τοπικές υγειονομικές οργανώσεις (ASL) οι οποίες είναι υπεύθυνες για την οργάνωση και την κατανομή της περίθαλψης στη χώρα (Agranoff, 1991).

Το σύνολο της βασικής περίθαλψης για το μεγαλύτερο μέρος της οποίας προβλέπεται δωρεάν πρόσβαση είναι εγγυημένο για όλους με την προϋπόθεση της εγγραφής μέσω των τοπικών υγειονομικών οργανισμών στο εθνικό σύστημα υγείας και τη χορήγηση κάρτας υγείας. Ένα μέρος πέφτει στους ασθενείς για τις επισκέψεις σε ειδικούς (16ευρώ) και τις μέρες νοσηλείας (45ευρώ), εκτός και αν ο ασθενής έχει πιστοποιητικό απορίας (Morrissey et al., 1997).

Οι αιτούντες άσυλο και τα παιδιά τους, έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους ομογενείς. Οι αλλοδαποί χωρίς νόμιμα έγγραφα δεν έχουν δικαίωμα εγγραφής στο εθνικό σύστημα υγείας. Μπορούν να ζητήσουν

έναν κωδικό STP για αλλοδαπούς που μένουν προσωρινά στη χώρα που ισχύει για έξι μήνες (με δυνατότητα ανανέωσης) και χορηγείται από τους τοπικούς υγειονομικούς οργανισμούς. Για να ζητήσουν αυτό τον κωδικό ανώνυμα και δωρεάν πρέπει να βρίσκονται σε καθεστώς απορίας (Putnam, 1993).

Ο κωδικός επιτρέπει την πρόσβαση στην περίθαλψη στα έκτακτα περιστατικά (τα οποία δεν επιδέχονται καθυστέρησης) ή πρωταρχικής σημασίας (περιλαμβάνονται η προληπτική ιατρική, η προγεννητική περίθαλψη, ο τοκετός, η περίθαλψη για τα παιδιά, οι εμβολιασμοί και η αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων). Δεν επιτρέπει την πρόσβαση στους γενικούς ιατρούς, όπως σε πολλά άλλα συστήματα περίθαλψης στην Ευρώπη αποτελούν το σημείο από όπου πρέπει υποχρεωτικά να περάσει κανείς για να αποκτήσει πρόσβαση στον ειδικό ιατρό. Πρέπει να προσφεύγουν στο νοσοκομείο όπου η εύρεση ιατρών της μη κυβερνητικής οργάνωσης που τους παρέχει πιστοποιήσεις με στόχο να τους καθοδηγήσει υπό την προϋπόθεση ότι τα κέντρα υγείας των τοπικών υγειονομικών οργανισμών τους υποδέχονται (Hedeker et al., 1996). Η Γερουσία της Ιταλίας ψήφισε τον Ιανουάριο του 2009 μια τροποποίηση η οποία ακυρώνει την απαγόρευση καταγγελίας κατά την προσφυγή σε δομές υγείας. Απορρίφθηκε εν τέλει από το Κοινοβούλιο της Ιταλίας το Μάρτιο του 2009.

Ένας νόμος του 1996 επιτρέπει τη χορήγηση άδειας παραμονής για αυστηρά ανθρωπιστικούς λόγους. Ωστόσο το πεδίο εφαρμογής του εν λόγω νόμου δεν είναι σαφές καθώς δεν υπάρχει καμία διευκρίνιση μέσα στο νόμο. Με τον τρόπο αυτό η διαδικασία είναι αυτή που επιτρέπει να γνωρίζει κανείς ποιά είναι τα δικαιώματα του επί του θέματος. Οι αποφάσεις του Συνταγματικού Δικαστηρίου και των διοικητικών δικαστηρίων καθιέρωσαν ότι: ένας άρρωστος αλλοδαπός χωρίς νόμιμα έγγραφα που κατοικεί στην Ιταλία πρέπει να έχει δικαίωμα στην χορήγηση άδειας παραμονής για Ιατρικούς λόγους και το απαραίτητο χρονικό διάστημα για την

πρόσβαση στην περίθαλψη εφόσον δεν μπορεί να λάβει την απαραίτητη περίθαλψη στη χώρα προέλευσης του. Οι εν λόγω αποφάσεις δεν μεταφέρονται πάντα στην Ιταλική νομοθεσία. Οι αιτήσεις πρέπει να απευθύνονται στο γραφείο μετανάστευσης στην αστυνομική διοίκηση ("A Better Way", The Economist, Survey of Migration, November 2, 2002).

Σύμφωνα με ένα νομοθετικό διάταγμα του 1998 για τους αλλοδαπούς, ένα μέτρο απέλασης εναντίον μιας εγκύου γυναίκας χωρίς νόμιμα έγγραφα δεν μπορεί να εφαρμοστεί κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης της και τους έξι μήνες μετά τον τοκετό. Η απέλαση δεν ακυρώνεται αλλά αναβάλλεται (BMA, 2002).

Νομοθετικό πλαίσιο στο Βέλγιο

Το Βέλγιο έχει ένα εθνικό και υποχρεωτικό σύστημα ιατρικής ασφάλισης που χωρίζεται σε έξι ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά ταμεία ιατρικής ασφάλισης. Οι αρμοδιότητες δίνονται ανάμεσα στην ομοσπονδιακή κυβέρνηση (είναι για παράδειγμα αρμόδια για την υποχρεωτική ασφάλιση) και τα διαφορετικά κράτη. Οι αλλοδαποί χωρίς νόμιμα έγγραφα που κατοικούν στο Βέλγιο, έχουν ανάγκη περίθαλψης και είναι ομογενείς μπορούν από το 1996 να υποβάλλουν αίτηση για να λάβουν την έκτακτη ιατρική βοήθεια (AMU) από τα δημόσια κέντρα κοινωνικής δράσης, το οποίο τα χορηγεί (Physicians for Human Rights, Boston, M (70) UDHR (article 13(2)).

Η έλλειψη γνώσης του διοικητικού συστήματος επιδεινώνεται από το γεγονός ότι κάθε δημόσιο κέντρο κοινωνικής δράσης καθώς αποτελεί οργανισμό υπό κοινοτική αρχή είναι ελεύθερο να ακολουθήσει ατομική πολιτική όσον αφορά την έκτακτη ιατρική βοήθεια και να θέσει σε εφαρμογή διαφορετικές διοικητικές διαδικασίες. Το γεγονός αυτό προκαλεί προβλήματα στην περιοχή των Βρυξελλών όπου συγκεντρώνονται σε ένα έδαφος σχετικά μικρό με σημαντική πυκνότητα 19 τέτοια κέντρα. Κάθε κέντρο έχει τη δική του πιστοποίηση η οποία συμπληρώνεται από τον ιατρό και εφαρμόζει συγκεκριμένα κριτήρια

για να ληφθεί η απόφαση εάν έχει το δικαίωμα το ενδιαφερόμενο πρόσωπο ή όχι (WHO,2002).

Η περισσότερες από τις παροχές περίθαλψης, από την πλευρά τους, απαιτούν από τον ασθενή να παρουσιάσει αρχικά το ποσοστό του ποσού που αναλαμβάνει το CPAS, γεγονός που οδηγεί σε φαύλο κύκλο ο οποίος δεν μπορεί να σταματήσει χωρίς την καλή θέληση τουλάχιστον ενός εκ των παραγόντων. Κάθε CPAS έχει επίσης τους δικούς του όρους όσον αφορά το βαθμό ενδεΐας (μηνιαίο ανώτατο ποσό, καταβολή ενοικίου κλπ) καθώς και κάθε υπάλληλος δίνει την δική του ερμηνεία Για να λάβει κανείς έκτακτη ιατρική βοήθεια πρέπει: (WHO,2002).

1. να λάβει μια ιατρική πιστοποίηση στην οποία να αναφέρεται η ανάγκη παροχής έκτακτης ιατρικής βοήθειας

2. να γνωρίζει που θα απευθυνθεί και να ορίσει ραντεβού.

3. να μπορεί να λάβει κατ' οίκον την επίσκεψη ελέγχου (κατοικία και εντοπιότητα ενός υπαλλήλου του CPAS, γεγονός που είναι ιδιαίτερα λεπτό για το σύνολο των ανάπηρων ατόμων.

Η προθεσμία χορήγησης αυτής της έκτακτης ιατρικής βοήθειας καθώς και η διάρκεια ισχύος της ποικίλλουν από το ένα CPAS στο άλλο. Έτσι τα άτομα υποχρεώνονται να ανανεώνουν συχνά αυτή τη βοήθεια, έτσι αποτελεί εμπόδιο για την προληπτική περίθαλψη και μπορεί να προκαλέσει την μη πρόσβαση στην περίθαλψη. Προστασία των αλλοδαπών που είναι σοβαρά άρρωστοι- χωρίς ουσιαστική πρόσβαση στην περίθαλψη στην χώρα προέλευσης: Οι αλλοδαποί οι οποίοι διαμένουν στο Βέλγιο, διαθέτουν έγγραφο ταυτότητας και υποφέρουν από κάποια ασθένεια σε τέτοιο βαθμό που προκαλεί πραγματικό κίνδυνο για την ζωή τους ή για την σωματική τους ακεραιότητα ή έναν πραγματικό κίνδυνο απάνθρωπής ή εξευτελιστικής αντιμετώπισης καθώς δεν υπάρχει καμία επαρκής αντιμετώπιση στη χώρα προέλευσης ή στη χώρα παραμονής τους, μπορεί να ζητήσει άδεια παραμονής στο Βέλγιο για περισσότερους από τρεις μήνες. Πρέπει

να παρουσιάσουν ιατρικό πιστοποιητικό και αποδεικτικό της διεύθυνσης τους. Αν αυτή η αίτηση θεωρηθεί αποδεκτή και δικαιολογημένη, χορηγείται στο άτομο άδεια παραμονής για ένα έτος με δυνατότητα ανανέωσης, γεγονός που παρέχει πρόσβαση στα δικαιώματα των κατοίκων χωρίς άδεια παραμονής (κοινωνική πρόνοια) (WHO,2002).

Στη φάση της αποδοχής, το γραφείο αλλοδαπών αποφασίζει για το περιεχόμενο της αίτησης. Είναι δυνατόν λοιπόν το άτομο να λάβει άδεια παραμονής για ακόμα δεκαπέντε ημέρες, δύο μήνες ανάλογα με την ιατρική ανάγκη. Σε περίπτωση χρόνιας ασθένειας χορηγείται πιστοποιητικό για ένα έτος. Με το πέρας πέντε ετών παραμονής για ιατρικούς λόγους το άτομο λαμβάνει τίτλο παραμονής αορίστου χρόνου (Putnam, 1993).

Νομοθετικό πλαίσιο στη Γαλλία

Το σύστημα υγείας της Γαλλίας χρηματοδοτείται από τις συνεισφορές και τους φόρους. Η κοινωνική ασφάλιση/ ιατροφαρμακευτική κάλυψη βασίζεται στο σύστημα όπου ο καθένας πληρώνει σύμφωνα με τα μέσα και λαμβάνει σύμφωνα με τις ανάγκες. Καλύπτει περίπου το 65% των δαπανών υγείας. Κάθε άτομο που κατοικεί στην Γαλλία (με άδεια παραμονής και κατά τρόπο σταθερό) έχει δικαίωμα πρόσβασης σε αυτήν, δωρεάν για τα άτομα που διαθέτουν ισχυρούς πόρους. Για το υπόλοιπο 35% υπάρχει η επιπλέον ιδιωτική ιατρική κάλυψη, ορισμένες από τις οποίες έχουν μη κερδοσκοπικό στόχο (επικουρική ασφάλιση). Τα άτομα που διαθέτουν ισχυρούς πόρους (λιγότερο από 621 ευρώ τον μήνα) έχουν δικαίωμα στην ιατρική περίθαλψη κατά 100% επιπλέον καθολική κάλυψη. Ακόμη και αν τα υπερπόντια διαμερίσματα διέπονται από τους ίδιους νόμους, η εφαρμογή του είναι συχνά πολύ διαφορετική, όπως μπορεί να διαπιστώσει κανείς για παράδειγμα στην Γουιάνα, όπου η πρόσβαση των ατόμων χωρίς νόμιμα έγγραφα καθώς και των αλλοδαπών ασθενών γενικότερα σε ασφαλιστική κάλυψη και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παραμένει δύσκολη (Roderiguez Pizarro, 2002).

Στις κοινότητες, όπως η Μαγιότ, είναι δύσκολο να γνωρίζει κανείς ποιά κείμενα θεωρητικά εφαρμόζονται. Εμφανίζουν περιπτώσεις έλλειψης σεβασμού των θεμελιωδών δικαιωμάτων, κυρίως όσο αφορά την πρόσβαση σε επίσημη ταυτότητα και στην προστασία του δικαιώματος στην οικογενειακή ζωή (οι γονείς απελαύνονται και τα παιδιά παραμένουν μόνο στο νησί). Μέχρι το 2005, ημερομηνία εφαρμογής της κοινωνικής ασφάλισης, η πρόσβαση στην περίθαλψη ήταν δωρεάν για όλους. Από τότε το σύστημα δημιούργησε μια διάκριση μεταξύ των ασφαλισμένων για τους οποίους η περίθαλψη παραμένει δωρεάν και για τους μη ασφαλισμένους οι οποίοι πρέπει να καταβάλουν ένα ποσό Κετσε αποκοπή. Το εν λόγω ποσό ισχύει επίσης και για τους ανήλικους. Και στις δύο περιπτώσεις Γουιάνα και Μαγιότ, παρατηρούνται επίσης οι χωρίς αξιοπρέπεια επικίνδυνες συνθήκες ζωής στις παραγκουπό λεις, παρά τις συστάσεις του Εθνικού Ινστιτούτου Παρακολούθησης της Υγείας για την καταπολέμηση του Δάγκειου πυρετού ή του ιού Chikungunya.

Όσο αφορά τους αλλοδαπούς χωρίς νόμιμα έγγραφα, που κατοικούν στην Γαλλία για περισσότερους από τρεις μήνες, και που διαθέτουν πόρους χαμηλότερους από 621 ευρώ / μήνα, προβλέπεται δικαίωμα σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (ΑΜΕ). Έχει κατά συνέπεια πρόσβαση στην περίθαλψη με ανάληψη του κόστους κατά 100% χωρίς την υποχρέωση πραγματοποίησης των δαπανών εκ των προτέρων, αλλά η ανάληψη του κόστους είναι εμφανώς ανεπαρκής για όλες τις προθέσεις (οδοντική, οφθαλμολογική). Η κρατική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ισχύει για ένα έτος και πρέπει να ανανεώνεται κάθε έτος, γεγονός που σημαίνει ότι για την εν λόγω ανανέωση πρέπει να υποβληθούν τα ίδια έγγραφα. Τα άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα τα οποία δεν μπορούν να αποδείξουν την κατοικία τους για περισσότερους από τρεις μήνες έχουν δικαίωμα σε νοσοκομειακή φροντίδα για τα περιστατικά που κρίνονται ως επείγοντα (εγκυμοσύνη, διακοπή εγκυμοσύνης). Προστασία των αλλοδαπών

που είναι σοβαρά άρρωστοι- χωρίς ουσιαστική πρόσβαση στην περίθαλψη στην χώρα προέλευσης: (Morrissey et al., 1997).

Η κάρτα παραμονής -ιδιωτική και οικογενειακή ζωή- διάρκειας ενός έτους με δυνατότητα ανανέωσης, χορηγείται σε αλλοδαπό ο οποίος κατοικεί συνήθως στην Γαλλία και η κατάσταση της υγείας του απαιτεί ιατρική ανάληψη της οποίας ένα πρόβλημα θα μπορούσε να προκαλέσει σε αυτόν επιπτώσεις ιδιαίτερης βαρύτητας, υπό την επιφύλαξη ότι θα μπορούσε να επωφεληθεί αποτελεσματικά από μια κατάλληλη φροντίδα στη χώρα από την οποία προέρχεται (άρθρο 1313-11 11 εδάφιο του κώδικα για την είσοδο και διαμονή των αλλοδαπών και το δικαίωμα ασύλου). Η απόφαση χορήγησης άδειας παραμονής λαμβάνεται από τις διοικητικές αρχές, μετά από γνωμοδότηση του ιατρού επιθεωρητή δημόσιας υγείας ο οποίος είναι αρμόδιος όσον αφορά τον τόπο κατοικίας του ενδιαφερόμενου. Ο αλλοδαπός ασθενής πρέπει να λάβει μια πλήρη ιατρική έκθεση για την κατάσταση της υγείας του από έναν νοσοκομειακό γιατρό ή από έναν εξουσιοδοτημένο ιατρό. Ωστόσο, όλες οι πληροφορίες που αφορούν τη μη πρόσβαση στη φροντίδα στη χώρα προέλευσης του είναι χρήσιμες. Το Υπουργείο Μετανάστευσης Ενσωμάτωσης Εθνικής Ταυτότητας και Ανάπτυξης της Αλληλεγγύης δημοσίευσε στο δικτυακό του τόπο με προορισμό τους δημάρχους και τους ιατρούς επιθεωρητές της δημόσιας υγείας (στο διαδίκτυο του υπουργείου Υγείας) έγγραφα τα οποία παρείχαν πληροφορίες συχνά λανθασμένες και τμηματικές, δηλαδή μεροληπτικές, για την ιατρική φροντίδα σε 28 χώρες. Τα δύο βασικά προβλήματα είναι: (IOM, 2002).

1. η διακοπή του ιατρικού απόρρητου, καθώς οι νομάρχες ζητούν από τους Ιατρούς να τους αναφέρουν το είδος της απαιτούμενης φροντίδας προκειμένου να εξακριβώσουν στα έγγραφα εάν ο αλλοδαπός μπορεί να απελαθεί ή όχι.

2. το γεγονός ότι δεν λαμβάνεται υπόψη με το νέο σύστημα η αποτελεσματική προ

σβασιμότητα της φροντίδας. Τα έγγραφα δεν σηματοδοτούν την ύπαρξη φροντίδας (παρά το γεγονός ότι για παράδειγμα μια φροντίδα για την συγκεκριμένη ασθένεια δεν υφίσταται παρά μόνο σε ένα νοσοκομείο ή σε μια ιδιωτική κλινική και δεν είναι προσβάσιμη παρά μόνο στους ανώτατους αξιωματούχους) (IOM, 2002).

Ο εν λόγω νόμος που προστατεύει τους αλλοδαπούς που είναι σοβαρά άρρωστοι από το 1998 επέτρεψε ωστόσο να σωθούν πολλές ζωές και παραμένει ένα μοντέλο σε Ευρωπαϊκό επίπεδο. Στην πραγματικότητα η κανονική αύξηση του αριθμού των τίτλων παραμονής που χορηγούνται οφείλεται στο γεγονός ότι πρόκειται για χρόνιες παθήσεις και ότι οι τίτλοι παραμονής ανανεώνονται κατά συνέπεια από χρόνο σε χρόνο (Ρόμπολης και άλλοι, 1995).

Νομοθετικό πλαίσιο στην Ισπανία

Χάρη στο άρθρο 43 του Συντάγματος του 1978 της Ισπανίας, το δικαίωμα στην προστασία της υγείας όλων, είναι αναγνωρισμένο και το προοίμιο του γενικού νόμου του 1986 για την υγεία συμπληρώνει: Όλοι οι ισπανοί πολίτες καθώς και οι ξένοι πολίτες που έχουν την οικία τους στην χώρα διατηρούν το δικαίωμα προστασίας της υγείας τους και πρόσβασης στην περίθαλψη. Το εθνικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από τους φόρους και η πρόσβαση σε αυτό είναι δωρεάν για την μεγάλη πλειονότητα των Ισπανών. Η συμμετοχή στο κόστος των φαρμάκων φτάνει του 40% εκτός από ορισμένες αυτόνομες κοινότητες (όπως η Βαλένθια, όπου τα φάρμακα παρέχονται δωρεάν στα άτομα χωρίς πόρους, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων που κάνουν χρήση απαγορευμένων ουσιών και στερούνται κοινωνικής ασφάλισης καθώς και των ατόμων αυτών που δεν έχουν άδεια παραμονής στην χώρα). Η κάρτα κοινωνικής ασφάλισης, η οποία χορηγείται σε αυτούς που εργάζονται καθώς και στους άμεσους προγόνους και απογόνους αυτών, εξαφανίζεται σταδιακά προς όφελος της ατομικής κάρτας υγείας, από την οποία μπορούν να επωφεληθούν όλοι οι κάτοικοι χωρίς κοινωνική ασφάλιση αλλά με πενιχρούς πόρους (ίσοι ή

μικρότεροι του ελάχιστου επαγγελματικού μισθού της τάξης των 624 ευρώ το 2009). Μεγάλες διαφορές εντοπίζονται μεταξύ των αυτόνομων κοινοτήτων όσον αφορά την ταχύτητα επεξεργασίας αιτήσεων για έκδοση κάρτας υγείας και το ποσοστό ανάληψης του κόστους των φαρμάκων σύμφωνα με τους διαθέσιμους πόρους. (WHO, 2002)

Η ατομική κάρτα υγείας χορηγείται επίσης σε εκείνους οι οποίοι δεν μπορούν να εγγραφούν στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης μέσω της εργασίας τους, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων χωρίς άδεια παραμονής. Οι κάτοχοι της εν λόγω κάρτας έχουν πρόσβαση στην περίθαλψη στον ίδιο βαθμό με τους ισπανούς πολίτες καθώς και δωρεάν πρόσβαση στην ανίχνευση και θεραπεία του HIV στο σύνολο του εθνικού συστήματος υγείας. Τρεις είναι οι όροι που πρέπει να πληρούνται απαραίτητα για την χορήγηση της ατομικής κάρτας υγείας. Ο ενδιαφερόμενος πρέπει να διαθέτει ένα έγγραφο ταυτότητας. Ο ενδιαφερόμενος πρέπει να είναι εγγεγραμμένος στο μητρώο του τοπικού δημαρχείου, εκτός από τις εγκύους και τα παιδιά. Ο ενδιαφερόμενος πρέπει να διαθέτει πενιχρούς χρηματοοικονομικούς πόρους. Πρόκειται παρά την φαινομενική απλότητα, για μεγάλα εμπόδια. Στην πραγματικότητα, ένας ορισμένος αριθμός ατόμων δεν διαθέτουν πια νόμιμα έγγραφα ταυτότητας, από την άλλη πλευρά, ορισμένα άτομα φοβούνται να εγγραφούν στους καταλόγους της κοινότητας γνωρίζοντας ότι η αστυνομία έχει δικαίωμα πρόσβασης σε αυτούς από το 2003. Μια άλλη διαδικασία είναι η διαχείριση των καρτών της υγείας για τα άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα είναι διαφορετικά σε κάθε αυτόνομη κοινότητα. Σε ορισμένες, χρειάζονται τουλάχιστον δύο μήνες για την χορήγηση της εν λόγω κάρτας και σε άλλες περισσότερο από επτά. Ορισμένες περιοχές δημιούργησαν ένα εναλλακτικό σύστημα για την χορήγηση της κάρτας υγείας στα άτομα χωρίς νόμιμα έγγραφα σύμφωνα με το οποίο δεν απαιτείται εγγραφή στο τοπικό μητρώο (Ανδαλουσία, κοινότητα της Βαλένθια και Μουρσία).

Προστασία των αλλοδαπών που είναι σοβαρά άρρωστοι- χωρίς ουσιαστική πρόσβαση στην περίθαλψη στην χώρα προέλευσης: (WTO, 2003)

Η ισπανική νομοθεσία (άρθρο 45-5-B του Βασιλικού διατάγματος 2393/2004, Δεκέμβριος 2004) προβλέπει την δυνατότητα χορήγησης προσωρινής άδειας παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους διάρκειας ενός έτους, στους αλλοδαπούς οι οποίοι υποφέρουν από σοβαρή ασθένεια που προέκυψε στην Ισπανία και απαιτεί ειδικευμένη υγειονομική περίθαλψη η πρόσβαση στην οποία είναι αδύνατη στην χώρα προέλευσης τους και η διακοπή ή μη παροχή της οποίας επιφέρει σημαντικό κίνδυνο για την υγεία ή την ζωή. Ωστόσο, οι έγκυες γυναίκες προστατεύονται από τις απελάσεις που θα μπορούσαν να βλάψουν την υγεία τη δική τους καθώς και αυτή του εμβρύου (Loff,2002).

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Θα πρέπει να υπάρχει δίκαιη πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες υγείας στην περίθαλψη και την πρόληψη για τους άτυπους μετανάστες και τους αιτούντες άσυλο, με ταυτόχρονη πρόσβαση ισότιμα με τους ημεδαπούς που έχουν το ίδιο εισόδημα και ιατρικές ανάγκες. Παράλληλα, είναι αναγκαία η προστασία των βαριά ασθενών άτυπων μεταναστών από την απέλαση, δίνοντας τους άδεια παραμονής σε συμβάντα που δεν είναι εύκολη η παροχή αποτελεσματικής πρόσβασης στη θεραπεία στη δική τους χώρα.

Στη συνέχεια να υπάρχει σεβασμός του ιατρικού απορρήτου για τις ευάλωτες ομάδες, όπως τις έγκυες, παιδιά και θύματα βασανισμού, με παροχή άμεσης πρόσβασης στην πρόληψη και τη θεραπεία. Αλλά, και αποτελεσματική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για αλλοδαπούς που διαμένουν σε κέντρα κράτησης και την παρακολούθηση των κέντρων κράτησης από ανεξάρτητους οργανισμούς.

Προκειμένου να καταστεί συστηματική και αποτελεσματική η αντιμετώπιση του ζητήματος της ιατροφαρμακευτικής περι-

θαλψης των άτυπων μεταναστών, εισηγηθήκαμε τα ακόλουθα:

- Τον καθορισμό των κατηγοριών των μεταναστών και για ποιες ασθένειες, διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπείες η πρόσβαση είναι δωρεάν και χωρίς διατυπώσεις, ούτως ώστε να αποφεύγονται οι αυθαιρεσίες από μέρος της διοίκησης των δημοσίων ιατρικών ιδρυμάτων.

- Στη ρύθμιση μέτρων για την εγκυμοσύνη και τη μητρότητα, επιτρέποντας την παρακολούθηση της κύησης, τη διενέργεια τοκετού και τη νοσηλεία του βρέφους αν χρειάζεται. Την απρόσκοπτη νοσηλεία παιδιών κάτω των 18 ετών, ανεξαρτήτως του επείγοντος ή όχι χαρακτήρα των περιστατικών. Την πληροφόρηση των μεταναστών για την αποτελεσματική χρήση του συστήματος υγείας, με την έκδοση ενημερωτικού εντύπου στο οποίο θα φαίνονται τα δικαιώματά τους, οι διαδικασίες για την εγγραφή και την εξυπηρέτησή τους από τα δημόσια νοσοκομεία, αλλά και τη δυνατότητα για υποβολή παραπόνου ή αναζήτηση καθοδήγησης από τα Γραφεία των Λειτουργών για τα Δικαιώματα των Ασθενών. Το έντυπο να μεταφραστεί στις γλώσσες που καταλαμβάνουν οι πολυπληθέστερες από τις εθνικές ομάδες που επισκέπτονται τα νοσοκομεία και να αναρτηθεί σε σημαντική θέση στις εισόδους όλων των κρατικών ιατρικών ιδρυμάτων, σε όλες τις Επαρχίες και τα τοπικά κέντρα υγείας

- Την επιμόρφωση του προσωπικού των κρατικών νοσηλευτηρίων στα θέματα διακρίσεων, ώστε να αντιμετωπίζει τους ασθενείς με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο με επαγγελματισμό και κατανόηση. Για σκοπούς υλοποίησης του μέτρου θα μπορούσε να ζητηθεί η συμμετοχή ακαδημαϊκού προσωπικού που ασχολείται με θέματα διαπολιτισμικότητας και υγείας, από το δημόσιο ή/και τον ιδιωτικό τομέα. Την αγορά υπηρεσιών μεταφραστών με έμφαση στα σοβαρά περιστατικά. Τη συλλογή αξιόπιστων και συγκρίσιμων στατιστικών στοιχείων σχετικά με την υγεία των μεταναστών στην Κύπρο, ως ένα χρήσιμο εργαλείο για σκοπούς πιο σωστής αξιολόγησης της κατάστασης και για το σχεδιασμό και

• τη λήψη αποτελεσματικών μέτρων για την επίλυση των προβλημάτων που δημιουργούνται σε σχέση με την πρόσβαση των

• μεταναστών, και ειδικότερα των άτυπων, στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Acheson, D. (1998) independent Inquiry into Inequalities in Health: Report, stationery office - London.
- Agranoff R. (1991) Human services integration: past and present challenges in public administration. Public Administration Rev. 51: 533-542.
- Analytic Review of Migration and Health in, and as it Affects European Community Countries, International Center for Migration and Health (ICMH), 1997.
- Anand S. (2002), «The Concern for Equity in Health», Journal of Epidemiology and Community Health
- Ακινόσογλου Κ., Αποστολάκης Ε., Δουγένης Δ., (2007) Τα δικαιώματα του ασθενούς και ποιός τα προστατεύει. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 24(6):605
- Αννα Δάλλα (2003). Βιοτεχνολογία και Βιοηθική : Σύγχρονες προκλήσεις . Αθήνα, σελ.36
- Acheson, D. (1998) independent Inquiry into Inequalities in Health : Report, stationery office - London.
- Agranoff R. (1991) Human services integration: past and present challenges in public administration. Public Administration Rev. 51: 533-542.
- Analytic Review of Migration and Health in, and as it Affects European Community Countries, International Center for Migration and Health (ICMH), 1997.
- Anand S. (2002), «The Concern for Equity in Health», Journal of Epidemiology and Community Health
- Blakely T., Hales S., Kieft C, Wilson N., Woodward A. (2005), «The Global Distribution of Risk factors by Poverty Level», Bulletin of the World Health Organization
- BMA (2008), Policy and Politics; Asylum Seekers-Health in the UK, October
- Braveman P., Gruskin S. (2003a), «Defining Equity in Health», Journal of Epidemiology and Community Health
- Braunschweig, S, and Carballo, M., (2001) Health and Human Rights of Migrants, ICMH
- Burns BJ, Santos AB. Assertive community Serv. 1995;46:669-675.
- Γάϊτανίδου Ε (2000). «Η περίθαλψη του μετανάστη ασθενή στην Ελλάδα: Η περίπτωση των νοσοκομείων του ΕΣΥ» Αθήνα
- Claeson M., Griffin C., Johnston T., McLachlan M., Soucat A., Wagstaff A., Yazbeck A. (2002), «Health, Nutrition and Population», στο: Klugman J. (ed.), A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies, World Bank, Washington DC.
- Διαδικτυακά περιοδικά για μετανάστες 'διαβατήριο'. (2012) "χρυσωρυχείο" η μετανάστευση για τον ιδιωτικό τομέα στη Βρετανία. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://diavatirio.net/diavat/news.php>
- Δικτυακός τόπος Ενεργός Πολίτης <http://www.politis-europe.com> Συνθήκες διαβίωσης και πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των αιτητών ασύλου και των άτυπων μεταναστών στην Κύπρο, τη Μάλτα, την Πολωνία και τη Ρουμανία, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: www.politis-europe.com/upload/20110413/1302713730-17245.pdf (20/03/2012)
- Δικτυακός τόπος Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού <http://www.moh.gov.cy/MOH/llgh/llgh.nsf/ind> (20/3/2012)
- Διαδικτυακά περιοδικά για μετανάστες 'διαβατήριο'. (2012) Ένατη η Ελλάδα στις αιτήσεις ασύλου το 2011, μόλις 2% το ποσοστό αναγνώρισης.... Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://diavatirio.net/diavat/news.php>
- Daniels N., Kennedy B., Kawachi I. (2004), «Health and Inequality, or, why Justice is Good for our Health», στο: Anand S., Peter F., Sen A. (eds), Public Health, Ethics, and Inequality, Oxford University Press, Oxford
- Dovlo (2002), in The migration of skilled health personnel, Evidence for Information and Policy, Health Services Provision, WHO Briefing note, p. 15-15 draft discussion paper of December, p. 4.
- Ziglio E., Barbosa R., Charpak V., Turner S. (επιμ.) (2003), Health Systems Confront Poverty, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

Goins R.T, Williams K.A., Carter M.W., Spencer M., Solovieva T. (2005), «Perceived Barriers to Health Care Access Among Rural Older Adults: A Qualitative Study», Journal of Rural Health

Hedeker D, Gibbons (1996) RD. MIXOR: a computer program for mixed-effects ordinal regression analysis. Comput Methods Programs Biomed 49:157-176.

HellasOnTheWeb, (2012), Λαθρομετανάστευση: Η «Συνθήκη του Δουβλίνου II» και η ουσία του προβλήματος. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.hellasontheweb.org/2010-04-05-22-20-08/2010-04-05-22-26-00/1583-l-r>

Hellenic Action For Human Rights (H.A.HU.R). (2010) Σταμάτησαν οι επιστροφές προσφύγων από την Αγγλία. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://hellenicaction.blogspot.com/2010_09_01_archive.html αλλά και στο δικτυακό τόπο <http://tvxs.gr/search?cx=κατόπιν αναζήτησης του άρθρου>

Huma network. (2010) Health for Undocumented Migrants and Asylum seekers, pp. 6-7. Διαθέσιμο μέσω διαδικτύου στη σελίδα <http://www.politis-europe.com/upload/20110413/1302713730-17245.pdf> Ιστοσελίδα http://www.cystat.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/index_gr/index_gr70openDocument

International Organization of Migration (IOM) (1996), Health Impact of Large Post-Migratory Movements, p.11.

Jofre - Bonet M. (2000), «Public Health Care and Private Insurance Demand: The Waiting Time as a Link», Health Care Management Science

Κανονισμός 6 περί Ιατρικών Ιδρυμάτων του 2000

Κανονισμός 6 περί Κυβερνητικών Ιατρικών Ιδρυμάτων και Υπηρεσιών Γενικοί Κανονισμοί (του συστήματος δημόσιας υγείας) του 2000

Κανονισμός 7(3) περί Ιατρικών Ιδρυμάτων του 2000

Κανονισμός 7(5) περί Ιατρικών Ιδρυμάτων του 2000

Κανονισμός 9(2) και (3) περί Ιατρικών Ιδρυμάτων του 2000

Κανονισμοί 9(3), 8 και Πίνακας 6 περί Ιατρικών Ιδρυμάτων του 2000

Κανονισμός 15 των ΟΙ περί Προσφύγων (Συνθήκες Υποδοχής Αιτητών) Κανονισμοί του 2005

Κανονισμός 15 (2) περί Προσφύγων του 2005

Κανονισμός 15 (3) περί Προσφύγων του 2005

Καψάλης Α. (2003) «Ευρωπαϊκό δίκτυο για συνεργασία και ανταλλαγές σε θέματα κοινωνικού αποκλεισμού και υγείας μεταναστών» Εθνική έκθεση, Ελλάδα, Ιούνιος

Κατριβέση Ε (2007) «Η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες στην Ελλάδα» Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Κοντόνη Μ. (2008) «Προσβασιμότητα και χρήση υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες σε ένα τριτοβάθμιο γενικό νοσοκομείο» Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Κωνσταντινοπούλου Μ. (2007) «Η χρησιμοποίηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από αλλοδαπούς σε αγροτικό πληθυσμό.» Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών., Αθήνα

Loff, B., (2002) "Detention of Asylum Seekers in Australia," The Lancet, 359. The Refugee Council of Australia.

Μαράτου- Αλιμπράντη Α., Γκαζόν Ε (2005) «Μετανάστευση και Κοινωνική Ασφάλιση: Μια προσέγγιση με βάση δεδομένα της έρευνας EU-SILC και των ασφαλιστικών ταμείων ΕΚΚΕ» Αθήνα, 2005, www.imepo.gr

Morrissey JP, Calloway MO, Bartko WT, Goldman HH (1994). Local mental health authorities and service system change: Evidence from the Robert Wood Johnson Program on Chronic Mental Illness. Milbank Q. 72:49-80

Νομοθεσία Κυπριακής Δημοκρατίας Κ.Δ.Π.598 (2005) . Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.unhcr.org/cy/commonFiles/protection/WRD2011/Refugeeregulations.pdf>

Νομοθετικό πλαίσιο Αγγλίας (2005). Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.legislation.gov.uk/uksi/2005/7/made>

Νόμος 6(1)2000 τροποποίηση με εγκύκλιο 8/8/2005 και με τροποποίηση με εγκύκλιο 05/12/2005. Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη αιτητών Πολιτικού Ασύλου και Πολιτικών Προσφύγων.

Nettleton S., Η κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα, 2002

Organization for Economics Cooperation and Development, (1987). Financing and Delivering health care: A comparative analysis of OECD countries. Social Policy Studies. No 4. Paris

Περί Κυβερνητικών Ιατρικών Ιδρυμάτων και Υπηρεσιών Γενικοί Κανονισμοί (του συστήματος δημόσιας υγείας) του 2000.

Πουλοπούλου - Εμκε Η. (1986) Προβλήματα μετανάστευσης-παλιννόστησης, ΙΜΕΟ/ΕΔΗΜ

Πράξη 'Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για τη μετανάστευση και το άσυλο'. (2008) pp.11. Διαθέσιμη στο δικτυακό τόπο <http://register.consilium.europa.eu/pdf/el/08/st13/st13440.el08.pdf>

Προεδρικό Διάταγμα Ελλάδας (2007) . Υπ88αριθμό 220 ΦΕΚ Α 251. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/49676abb2.pdf>

Penninx, R. (2003): 'Integration: The Role of Communities, Institutions and the State', Migration Information Source. Από το δικτυακό τόπο: <http://www.migrationinformation.org>. (9/5/12)

Phillips D., Verhasselt Y. (1994), «Introduction: Health and Development», στο: Phillips D., Verhasselt Y.(eds), Health and Development, Routledge, London

Physicians for Human Rights, Boston, M (70) UDHR (article 13(2)).

Putnam RD (1993). Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton, NJ: Princeton University Press

Ρόμπολης Σ . & Χλέτσος Μ (1995), Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους προνοίας , Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη.

Roderiguez Pizarro, G., "Report of the United Nations Special Rapporteur on the Human Rights of Migrants", 2002, United Nations Economic and Social Council, United Nations Commission on Human Rights, E/CN.4/2002/94, paragraph 32.

Συλκιώτης. Ν.,(2008) «Η μεταναστευτική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η Κύπρος. Ομιλία Υπουργού Εσωτερικών, Ξενοδοχείο Cyprus Hilton. Από το δικτυακό τόπο: <http://www.romiossini.com/articles.php?lid=1879> (28/4/12)

Συμβούλιο Ευρωπαϊκής Ένωσης(2008) Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για τη Μετανάστευση και το Άσυλο. Βρυξέλλες. Από το δικτυακό τόπο: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/el/ec/103437.pdf. Σούλης, Σ.(1999) Οικονομική της υγείας. Παπαζήση, Αθήνα Suhrcke M., McKee M., Sauto Arce R., Tsolova S., Mortensen J. (2005), The Contribution of Health to the Economy in the European Union, Health and Consumer Protection, Directorate - General, Luxembourg.

Teague GB, Bond GR, Drake RE (1998) Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. Am J Orthopsychiatry. 68:216-232.

Τούντας, Γ. (2008) Υπηρεσίες υγείας. (Έδυσσέας/Νεα υγεία, Αθήνα

Towensend P., Davidson N., Whitehead M. (1992), Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide, Penguin, London

United Nations Trends in Total Migrant stock, The 2003 Revision

Van Doorslayer E., Masseria C. and the OECD Health Equity Research Group Members(2004), Incomerelated Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries, OECD Working Papers No 14, Paris

Υπουργείο Υγείας, 2008 <http://www.moh.gov.cy/moh/amh/amh.nsf/All/2C8F27E875E0CC75C22577AE0028847770openDocument>

Υπουργείο Υγείας (2009) Ετήσια Έκθεση 2009. Έκθεση ομάδας εργασίας. Κυπριακή Δημοκρατία, Λευκωσία.

Υπουργείο Υγείας (2010) Ετήσια Έκθεση 2010. Έκθεση ομάδας εργασίας. Κυπριακή Δημοκρατία, Λευκωσία

Υπουργείο Υγείας ,Ετήσια Έκθεση Γενικών Νοσοκομείων Κύπρου(2011).

United Nations Trends in Total Migrant stock, The 2003 Revision

UNHCR - Ταξίδι Φυγής (2012). Κύπρος: χώρα ασύλου. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.taxidifygis.org/cy/factualweb/cy/2.3/index.html>

Van Doorslayer E., Masseria C. and the OECD Health Equity Research Group Members(2004), Incomerelated Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries, OECD Working Papers No 14, Paris

Φελλός, Κ., (2009) Κοινωνία και υγεία Ψυχοκοινωνικές και πολιτισμικές προσεγγίσεις στον Κυπριακό αι στον Ελλαδικό χώρο. Κριτική.

Χαραλάμπους, Α., & Σωκράτους, Σ. (2009). Περιγραφική Ανάλυση του Συστήματος Υγείας της Κύπρου στη βάση των κυριότερων θεωριών κράτους πρόνοιας. Νοσηλευτική , 48 (2), 136-142

WHO (1998), Fifty - first World Health Assembly. Health for All Policy for the 21st Century, Geneva

WHO Regional Office for Europe (2005), The European Health Report 2005: Public Health Action for Healthier Children and Populations, Copenhagen

WHO Regional Office for Europe(2001), Poverty and Health - Evidence and Action in WHO'S European Region, Document EUR/RC51/8, Copenhagen

WHO Regional Office for Europe (2001), Poverty and Health - Evidence and Action in WHO'S European Region, Document EUR/RC51/8, Copenhagen

Woodward A., Kawachi I. (2000), «Why Reduce Health Inequalities?», Journal of Epidemiology and Community Health WTO Agreements and Public Health at pp.112- 3.United Nations Special Rapporteur on The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, 2003, United Nations Economic and Social Council, United Nations Commission on Human Rights, E/CN.4/2003/58, paragraphs 82-85.