

DO THE
HUMAN
RIGHT
THING

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΖΩΗ

Μια αποτίμηση της πρόσβασης
στις υπηρεσίες φροντίδας της
υγείας των αιτούντων/-ουσών και
δικαιούχων διεθνούς προστασίας
στην Ελλάδα.



Το έργο “Do the *human right* thing – Υψώνουμε τη Φωνή μας για τα Δικαιώματα των Προσφύγων” υλοποιείται στο πλαίσιο του προγράμματος Active citizens fund, με φορέα υλοποίησης το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες (ΕΣΠ) και εταίρους το Κέντρο Διοτίμα, την International Rescue Committee Hellas (IRC) και την Propaganda.

Το πρόγραμμα Active citizens fund, ύψους € 13,5 εκ., χρηματοδοτείται από την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν και τη Νορβηγία και είναι μέρος του χρηματοδοτικού μηχανισμού του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (ΕΟΧ) περιόδου 2014 – 2021, γνωστού ως EEA Grants. Το πρόγραμμα στοχεύει στην ενδυνάμωση και την ενίσχυση της βιωσιμότητας της κοινωνίας των πολιτών και στην ανάδειξη του ρόλου της στην προαγωγή των δημοκρατικών διαδικασιών, στην ενίσχυση της συμμετοχής των πολιτών στα κοινά και στην προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Τη διαχείριση της επιχορήγησης του προγράμματος Active citizens fund για την Ελλάδα έχουν αναλάβει από κοινού το Ίδρυμα Μποδοσάκη και το SolidarityNow.

Διαβάστε περισσότερα εδώ: www.activecitizensfund.gr.

Η έκθεση συντάχθηκε από τον Σωτήρη Λάμπρου (ΔΙΟΤΙΜΑ-Κέντρο για τα Έμφυλα Δικαιώματα και

την Ισότητα), με τη συνδρομή των: Μαρία Λιάπη (ΔΙΟΤΙΜΑ-Κέντρο για τα Έμφυλα Δικαιώματα και την Ισότητα), Μάρθα Ρούσσου και Μελίνα Κούμπου (International Rescue Committee Hellas), Σπύρο Βλαντ-Οικονόμου (Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες). Ιδιαίτερες ευχαριστίες στους/στις συναδέλφους/συναδέλφισσες του Κέντρου Διοτίμα Στέλλα Σαράτση, Ευγενία Καββαδία, Λυκούργο Παπαμιχαήλ και Βιργινία Ξυθάλη για τη αρωγή τους και τη συνολική υποστήριξή τους, καθώς και το σύνολο των συναδέλφων στα προγράμματα παροχής υπηρεσιών και υποστήριξης προσφύγων/-ισσών και αιτούντων/-ουσών σε όλη την Ελλάδα. Ευχαριστούμε τους επαγγελματίες στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας, την ΜΚΟ Κοινωνικό ΕΚΑΒ και την Μαρία Αραμπατζή οι οποίοι δέχτηκαν να λάβουν μέρος σε συνεντεύξεις για την παρούσα έκθεση. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους/στις πρόσφυγες/-ισσες που μας εμπιστεύθηκαν με τα βιώματά τους και τις εμπειρίες τους.

1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα έκθεση συντάχθηκε στο πλαίσιο του έργου «Do The *Human Right* Thing – Υψώνουμε τη Φωνή μας για τα Δικαιώματα των Προσφύγων», που υλοποιείται στο πλαίσιο του προγράμματος Active Citizens Fund. Η έκθεση για την πρόσβαση στην υγεία, αποτελεί την τρίτη κατά σειρά και έρχεται να συμπληρώσει την Έκθεση «Χωρίς Σπίτι, Χωρίς Ελπίδα»¹ που παρουσιάζει τις συνθήκες πρόσβασης των προσφυγιστών/-ων και αιτουσών/-ούτων διεθνή προστασία στη στέγαση και την Έκθεση «Αναζητώντας Μια Νέα Ζωή, Αναζητώντας Εργασία»² η οποία αποτιμά την εργασιακή κατάσταση των αιτουσών/-ούτων και δικαιούχων διεθνούς προστασίας. Η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, καθώς και η κατάσταση υγείας και παθολογιών που εμφανίζονται στον προσφυγικό πληθυσμό, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την πρόσβαση στη στέγαση και την απασχόληση, καθιστώντας την παρούσα έκθεση οργανική συνέχεια και συμπληρωματική στις ήδη δημοσιευμένες.

Στην Ελλάδα, κατά κύριο λόγο, οι ανθρωπιστικές οργανώσεις προσφέρουν πρωταρχική ιατρική και ψυχολογική στήριξη, με παραπομπές στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) για εξειδικευμένη θεραπεία και εξετάσεις/διαγνώσεις. Η παροχή υπηρεσιών υγείας στους προσφυγικούς πληθυσμούς επηρεάζεται από γεωγραφικούς, οργανωτικούς και γλωσσικούς φραγμούς καθώς και από τις συχνές αλλαγές εθνικών πολιτικών και τοπικών πρακτικών. Ελλιπής συντονισμός μεταξύ υπηρεσιών και μηχανισμών δημιουργεί κενά στις υπηρεσίες υγείας, ειδικότερα σε αυτές που αφορούν εμβολιασμούς, οδοντιατρική, ψυχιατρική και ψυχοκοινωνική στήριξη,

γυναικολογικών, μαιευτικών, νεογνών και παιδιατρικών ζητημάτων.³ Η κατάσταση της υγείας των προσφυγιστών/-ων και των αιτουσών/-ούτων ασύλου, εκ των οποίων πολλοί έχουν ήδη επιβαρυνμένη υγεία και συχνά αναπηρίες, ως αποτέλεσμα συρράξεων, βασιανιστηρίων, βίας κλπ (βομβαρδισμοί - πυροβολισμοί, εγκυύματα, ακρωτηριασμοί - με επίπτωση και στην ψυχική τους υγεία), επηρεάζεται από τις συνθήκες διαβίωσης και στέγασης τους. Οι διαμένοντες/-ουσες σε δομές προσωρινής φιλοξενίας και Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης (ΚΥΤ) συχνά παρουσιάζουν λοιμώξεις και μολύνσεις που σχετίζονται με τις συνθήκες στέγασης, όπως συμπτώματα ψώρας, γαστρεντερικών διαταραχών και λοιμώξεων του αναπνευστικού⁴. Παράλληλα, συγκέντρωση μεγάλων πληθυσμών σε μικρούς χώρους αυξάνουν τις πιθανότητες επιπολασμού μεταδοτικών ασθενειών, ενώ οι δυνατότητες εξυπηρέτησης των ιατρείων στα Κέντρα Φιλοξενίας Προσφύγων Μεταναστών (ΚΦΠΜ) είναι περιορισμένες.

Όπως έχει ήδη καταδειχθεί και από τις προηγούμενες εκθέσεις του προγράμματος⁵, υπάρχει τεράστια δυσκολία εύρεσης εργασίας και στέγασης, που θα επέτρεπαν στους πληθυσμούς που διαμένουν στα ΚΦΠΜ να ενταχθούν με καλύτερους όρους στην ελληνική κοινωνία αφενός και να αποφύγουν τους υγειονομικούς κινδύνους που ενέχει η παρατεταμένη διαμονή σε αυτά. Απόρροια των παραπάνω συνθηκών (και σε συνδυασμό με την διαδικασία ασύλου όπου τραυματικές εμπειρίες ξαναέρχονται στην επιφάνεια) είναι η επιβάρυνση της ψυχικής υγείας των πληθυσμών.



¹ Χωρίς σπίτι, χωρίς ελπίδα: Μια αποτίμηση της στεγαστικής κατάστασης των αιτούντων - αιτουσών και δικαιούχων διεθνούς προστασίας υπό το πρίσμα του δικαιώματος στη στέγη

² ΑΝΑΖΗΤΩΝΤΑΣ ΜΙΑ ΝΕΑ ΖΩΗ ΑΝΑΖΗΤΩΝΤΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μία αποτίμηση της εργασιακής κατάστασης των αιτούντων/ αιτουσών & δικαιούχων διεθνούς προστασίας στην Ελλάδα

³ A retrospective review of specialist referrals for refugees into Greece's health system: A humanitarian organization's perspective, Vanessa Yarwood, Meghan Gunst, Christine Yen-Ting Chen, Kate Jarman, Sakib Rokadiya, Majd Isreb and Aula Abbata,(2021)

⁴ Ετήσια Έκθεση 2021, Εκθέσεις Επιδημιολογικής Επιτήρησης σε σημεία φροντίδας υγείας προσφύγων/μεταναστών

⁵ Χωρίς σπίτι, χωρίς ελπίδα: Μια αποτίμηση της στεγαστικής κατάστασης των αιτούντων - αιτουσών και δικαιούχων διεθνούς προστασίας υπό το πρίσμα του δικαιώματος στη στέγη

⁶ ΑΝΑΖΗΤΩΝΤΑΣ ΜΙΑ ΝΕΑ ΖΩΗ ΑΝΑΖΗΤΩΝΤΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μία αποτίμηση της εργασιακής κατάστασης των αιτούντων/ αιτουσών & δικαιούχων διεθνούς προστασίας στην Ελλάδα

Η παροχή υπηρεσιών υγείας εγκαίρως και με επαρκή παρακολούθηση κατόπιν την αρχικής διάγνωσης/αντιμετώπισης στις ευάλωτες ομάδες, αποτελεί πρόκληση για τις οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών και το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Αλλαγές στις πηγές χρηματοδότησης και τις πολιτικές διαχείρισης, οδήγησαν το 2020 στο κλείσιμο προγραμμάτων σε όλη την Ελλάδα, λόγω των αυξημένων δαπανών λειτουργίας και μειωμένης χρηματοδότησης. Κρατικοί φορείς, στην προσπάθεια κάλυψης αυτών των κενών, δημιούργησαν δίκτυα και προγραμματικές συμφωνίες με ανθρωπιστικές οργανώσεις για την παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά ο τρόπος παραπομπής στο ΕΣΥ για περαιτέρω παρακολούθηση συχνά πραγματοποιείται ad hoc⁷.

Επιπρόσθετα, σε δυσμενέστερη θέση βρίσκονται άνθρωποι χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα οι οποίοι διαβιούν σε καθεστώς πλήρους αστεγίας ή προσωρινής φιλοξενίας από ομοεθνείς τους. Αντιμετωπίζουν τεράστια έλλειψη πληροφόρησης καθώς οι περισσότερες κρατικές ιστοσελίδες είναι στα Ελληνικά και τα Αγγλικά. Για πολλούς/-ες η έλλειψη εγγράφων, συχνά χωρίς δική τους υπαιτιότητα, αποτελεί ζήτημα καίριο για την υγεία τους (ή προστατευόμενου μέλους), καθώς χωρίς ΠΑΑΥΠΑ ή ΑΜΚΑ δεν έχουν πρόσβαση στις δομές υγείας. Η κατάσταση είναι ακόμα πιο δύσκολη για άτομα με σοβαρά ή χρόνια προβλήματα (πχ διαβήτη, άσθμα), έγκυες γυναίκες και ανθρώπους με κατάγματα, οι οποίοι δεν περιθάληθηκαν ιατρικώς από νοσοκομεία λόγω έλλειψης των απαραίτητων νομιμοποιητικών εγγράφων ή/και διερμηνείας⁸. Τέλος, υπάρχουν και φαινόμενα ρατσιστικής προκατάληψης που αντιμετωπίζουν οι εν λόγω πληθυσμοί, στην διάδρασή τους με επίσημους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.

«Υπάρχει και κάτι που δε θα ξεχάσω ποτέ. Θα με ακολουθεί πάντα σαν εμπειρία που με σημάδεψε. Δέκα χρόνια πριν περίμενα τη σειρά μου στο διάδρομο ενός νοσοκομείου. Δίπλα μου καθόταν μία λευκή γυναίκα. Είχε έρθει η σειρά μου, ήταν σίγουρα η δική μου η σειρά. Ήμουν η πρώτη πλέον -μετά από πολλή ώρα αναμονής- που είχα βρεθεί μπροστά από την πόρτα. Η νοσοκόμα άνοιξε την πόρτα για να με φωνάξει, με κοίταξε, και ζήτησε από την επόμενη, τη λευκή κυρία που καθόταν δίπλα μου να περάσει. Απλά με κοίταξε, με απέρριψε, και έδωσε τη σειρά μου στην επόμενη. Θα μου μείνει αξέχαστο αυτό, για πάντα. Όταν κατάφερα να μπω μέσα, είπα στο γιατρό για το περιστατικό. Εκείνος μου είπε ότι μπορώ να το καταγγείλω, με ενθάρρυνε να το κάνω, και με ενημέρωσε και για τη διαδικασία. Εγώ όμως δεν ήθελα. Είχα πολλή αγωνία για το στήθος μου, για τον όγκο, για το χειρουργείο. Και ήταν ένας πολύ καλός γιατρός που ήθελα να τον αξιοποιήσω μόνο για αυτό. Να μη πάμε την ενέργειά μας σε κάτι άλλο. Όμως το θυμάμαι ακόμα. Και δε θα το ξεχάσω.»

**Γυναίκα από την Αιθιοπία
-12 χρόνια στην Ελλάδα
με το μωρό της, 3 μηνών**

Βασικός στόχος της παρούσας έκθεσης είναι να παρουσιάσει όσο το δυνατόν σε μεγαλύτερο βαθμό τις φωνές των προσφυγισσών/-ων που δεν μπορούν να ακουστούν ή που επιλέγουμε να μην ακούμε ως κοινωνία. Να καταδειχθεί ότι τα δικαιώματα όλων των ανθρώπων για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι αδιαπραγμάτευτο ανθρώπινο δικαίωμα και να διατυπωθούν προτάσεις πολιτικών που θα αυξάνουν την ορατότητα τους, θα προωθούν την ουσιαστική προστασία των απαράγραφων δικαιωμάτων τους και θα διασφαλίζουν την -με ίσους όρους- κοινωνική τους ένταξη.

2

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ



⁷ A retrospective review of specialist referrals for refugees into Greece's health system: A humanitarian organization's perspective, Vanessa Yarwood, Meghan Gunst, Christine Yen-Ting Chen, Kate Jarman, Sakib Rokadiya, Majd Isreb and Aula Abbara, (2021)

⁸ MOBILE INFO TEAM REPORT: LIVES ON HOLD ACCESS TO ASYLUM ON MAINLAND GREECE, CRETE AND RHODES, Corinne Linnekar, (2021)

Η μεθοδολογία της έκθεσης βασίζεται σε συνδυασμό συλλογής πρωτογενών στοιχείων και αξιοποίησης δευτερογενών δεδομένων.

Πρωτογενή στοιχεία:

α) Συγκέντρωση ποσοτικών στοιχείων μέσω κοινά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου από τις τρεις οργανώσεις που υλοποιούν το πρόγραμμα, με στόχευση την αποτύπωση των συνθηκών και του επιπέδου πρόσβασης στη στέγαση, την απασχόληση και την υγεία, με διάχυση στους ωφελομένους των προγραμμάτων κάθε οργάνωσης και των διαδικτυακών μέσων άλλων οργανώσεων. Στο σύνολο των 243 ερωτηματολογίων που διακινήθηκαν συνολικά, συμπληρώθηκαν 190 απαντήσεις στην ενότητα ερωτήσεων που αφορούσαν την πρόσβαση στην υγεία.

β) Συγκέντρωση ποιοτικών στοιχείων μέσω προσωπικών συνεντεύξεων ανοικτού τύπου, με επαγγελματίες φορέων παροχής υγειονομικής φροντίδας, επαγγελματίες ψυχικής υγείας και εργαζομένους/-ες σε οργανώσεις υλοποίησης προγραμμάτων με επωφελομένους πρόσφυγες και αιτούντες/-ούσες διεθνούς προστασίας.

γ) Ποιοτικά στοιχεία από άλλα προγράμματα των τριών οργανώσεων που υλοποιούν από κοινού το συγκεκριμένο πρόγραμμα.

δ) Συνεντεύξεις και εστιασμένες συζητήσεις με ομάδες προσφύγων και αιτούντων-ουσών διεθνούς προστασίας, βάζοντας στο επίκεντρο τις αφηγήσεις τους και τις προσωπικές τους εμπειρίες αναφορικά με την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας, περίθαλψης και υγειονομικής φροντίδας. Στις εστιασμένες συζητήσεις συμμετείχαν ομάδες ασυνόδευτων παιδιών, γυναικών και νέων ανδρών. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στα ελληνικά, στα αγγλικά ή στη μητρική γλώσσα των συμμετεχόντων/-ουσών με τη βοήθεια διερμηνείας, με σεβασμό στο φύλο και την

εθνό-πολιτισμική τους κουλτούρα. Όλες οι συμμετέχουσες και συμμετέχοντες παρείχαν προφορική ή γραπτή συναίνεση. Ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας, τον εθελοντικό χαρακτήρα της συνέντευξης και το δικαίωμά τους να αρνηθούν να απαντήσουν σε ερωτήσεις ή να διακόψουν τη συνέντευξη οποιαδήποτε στιγμή. Όλα τα ονόματα των ερωτηθέντων άλλαξαν σε ψευδώνυμα για την προστασία της ιδιωτικής ζωής και της ασφάλειάς τους⁹.

Δευτερογενή δεδομένα:

Αντλήθηκαν από βάσεις δεδομένων κρατικών και διεθνών οργανισμών σχετικά με την υγεία, δημοσιεύσεις ερευνών από οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών, διεθνείς οργανισμούς, κρατικές υπηρεσίες και ανεξάρτητους ερευνητές/-τριες. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης δημοσιευμένα ρεπορτάζ και άρθρα στα ΜΜΕ.

Είναι φανερό ότι τα αποτελέσματα, κυρίως τα ποσοτικά, αποτελούν ενδείξεις και τάσεις και δεν διεκδικούν την αντιπροσωπευτικότητα ως προς το σύνολο του προσφυγικού πληθυσμού, κάτι που είναι έτσι κι αλλιώς δύσκολο με δεδομένη την κινητικότητα τους. Ο γεωγραφικός περιορισμός συλλογής της πληροφορίας στις περιοχές εκείνες που έχουν πρόσβαση οι τρεις οργανώσεις περιορίζει σε ένα βαθμό τη γενίκευση των συμπερασμάτων, πέρα από τον περιορισμένο αριθμό επίσημων στατιστικών με επίκεντρο την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας συγκεκριμένων ομάδων των προσφυγικών πληθυσμών (ΑΜΕΑ, αστέγων, μη καταγεγραμμένων ανθρώπων, για ζητήματα αναπαραγωγικής υγείας) και τέλος για την ψυχική υγεία, για την οποία υπάρχει έλλειψη κρατικών/δημοσίων πηγών γενικότερα. Ειδικότερα η έλλειψη στοιχείων για σχεδόν κάθε πτυχή της πρόσβασης των προσφυγικών πληθυσμών στις υπηρεσίες υγείας, αποτελεί από μόνο του ένα ποιοτικό στοιχείο για την κατάσταση και την περιθωριοποίηση που βιώνουν οι προσφυγικοί πληθυσμοί στην Ελλάδα, όσον αφορά την ένταξη και την εξασφάλιση των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους.

3

**ΘΕΣΜΙΚΟ
ΠΛΑΙΣΙΟ**



⁹ Η εστιασμένη συζήτηση γυναικών πραγματοποιήθηκε στα κεντρικά γραφεία του Κέντρου Διοτίμα, την Τετάρτη 18/05, από τις 17:30 μέχρι τις 19:00, με τη συμμετοχή 7 γυναικών: τριών (3) γυναικών από το Ιράν, δύο (2) γυναικών από το Αφγανιστάν, μίας (1) γυναίκας από την Αιθιοπία, και μίας (1) γυναίκας από τη Σομαλία. Οι γυναίκες από την Αιθιοπία και τη Σομαλία βρίσκονται δώδεκα (12) χρόνια στην Ελλάδα (συγκεκριμένα στην Αθήνα). Οι γυναίκες από το Ιράν διαμένουν στην Ελλάδα (Λέσβο και έπειτα Αθήνα) τρία (3), πέντε (5), και επτά (7) χρόνια αντίστοιχα. Η μία γυναίκα από το Αφγανιστάν είναι στην Αθήνα εδώ και δύο (2) χρόνια, ενώ η άλλη ήρθε στην Αθήνα πριν από οκτώ (8) μήνες. Η εστιασμένη συζήτηση ασυνόδευτων ανηλίκων πραγματοποιήθηκε σε δομή φιλοξενίας του Κοινωνικού ΕΚΑΒ, την Τετάρτη 25/5, από τις 17:00 έως τις 18:30, με την συμμετοχή 7 ανηλίκων: Πέντε (5) από την Σομαλία, ενός (1) από την Γουινέα και (1) από το Καμερούν.

Διεθνές και Ενωσιακό Δίκαιο

Στη Σύμβαση της Γενεύης του 1951 κατοχυρώνεται η «υπό τας ίδιες συνθήκας»¹⁰ αντιμετώπιση των προσφυγικών πληθυσμών και πρόσβασης στα ίδια δικαιώματα που απολαμβάνουν ημεδαποί πληθυσμοί. Το δικαίωμα στην υγεία συνιστά θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, ανεξαρτήτως προσφυγικού ή μεταναστευτικού καθεστώτος και προστατεύεται από το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτισμικά Δικαιώματα του 1966¹¹, το οποίο κατοχυρώνεται και στο ελληνικό δίκαιο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τονίζει: «Η αδυναμία να διασφαλιστεί η πρόσβαση των προσφύγων σε ένα ισότιμο σύστημα Υγείας επιφέρει αρνητικές συνέπειες τόσο στους ίδιους, όσο και στον υπόλοιπο πληθυσμό μιας χώρας»¹².

Όσον αφορά τα παιδιά, ενώ τα παιδιά πολιτών κρατών μελών της Ευρωπαϊκής ένωσης απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με τον γηγενή πληθυσμό, μετά από τρεις μήνες παραμονής στην χώρα¹³, για τα παιδιά πρόσφυγες ή αιτούντα διεθνούς προστασίας, τα κράτη υποχρεούνται να παρέχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, αλλά αυτό δύναται να περιοριστεί σε βασικά δικαιώματα και όχι πλήρη¹⁴.

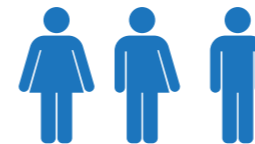
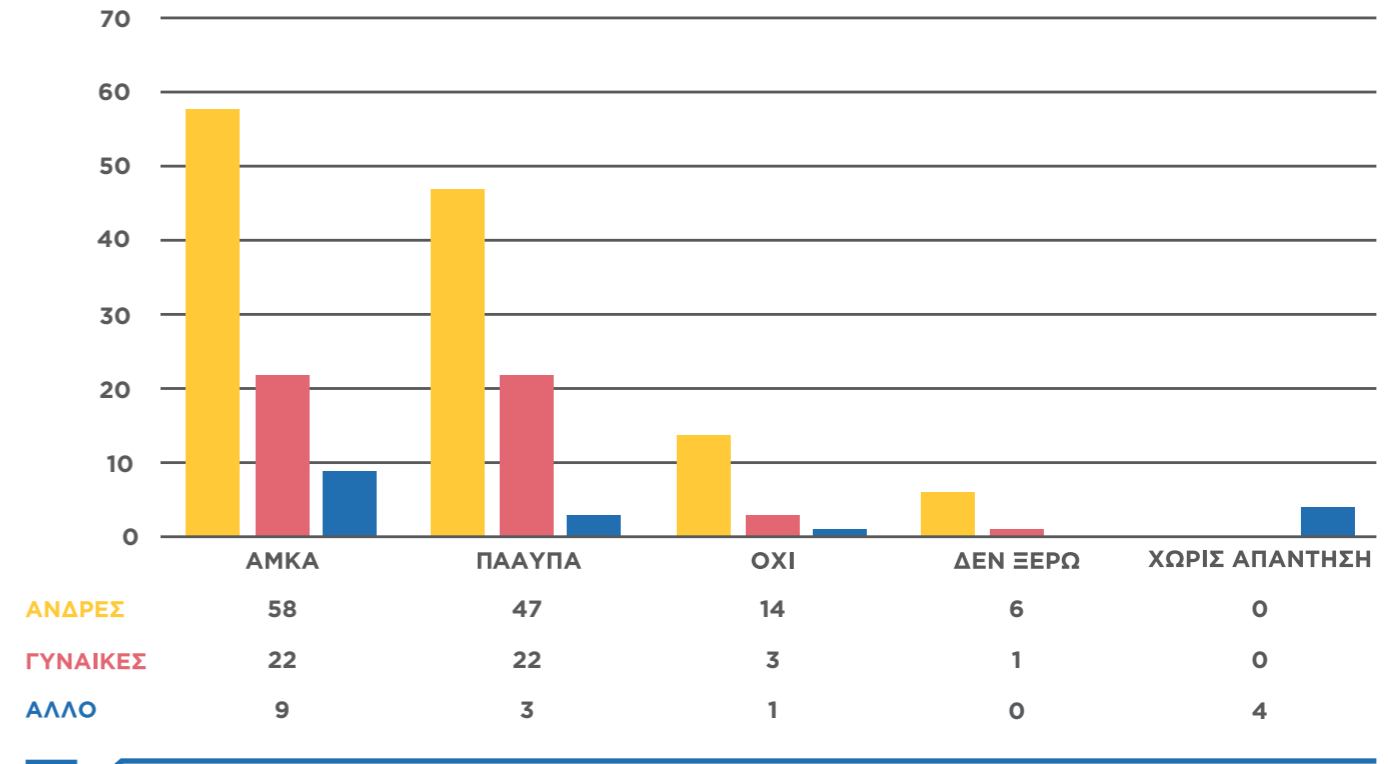
Εθνικό Δίκαιο

Οι δικαιούχοι διεθνούς προστασίας έχουν πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη,

με τους όρους που ισχύουν για τους Έλληνες πολίτες. Με τον νόμο 4368/2016 κατοχυρώθηκε για πρώτη φορά το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες¹⁵, περιλαμβάνοντας τους/τις κατόχους προσφυγικού καθεστώτος και τις/τους αιτούσες/-ούντες διεθνούς προστασίας. Με πρόσφατο νόμο έγινε τροποποίηση του άρθρου 33 του ν. 4638/2016 όπου ιδιώτες γιατροί δεν μπορούν πλέον να συνταγογραφούν φάρμακα, θεραπευτικές πράξεις και διαγνωστικές εξετάσεις στους ανασφάλιστους και στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και θα μπορούν μόνο μέσω δημόσιων δομών υγείας να πραγματοποιείται η συνταγογράφηση και πραγματοποίηση των θεραπευτικών και διαγνωστικών πράξεων¹⁶.

Η πρόσβαση στο ΕΣΥ για τις/τους δικαιούχους και αιτούσες/ντες διεθνούς προστασίας πραγματοποιείται είτε με κατοχή ενεργού Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ), είτε με τον Προσωρινό Αριθμό Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (ΠΑΑΥΠΑ). Ο ΠΑΑΥΠΑ είναι σε ισχύ, έως την λήξη ή παύση ισχύος της κάρτας Αιτούντος Διεθνούς Προστασίας. Με την λήξη της τελευταίας, απενεργοποιείται και η ασφαλιστική κάλυψη του κατόχου, με εξαιρέσεις α) τις εγκυμονούσες και β) τους ανηλικούς που διατηρούν ενεργό ΠΑΑΥΠΑ έως την ενηλικίωσή τους¹⁷. Ο πληθυσμός αυτός που δεν διαθέτει ενεργό

ΕΧΕΤΕ ΕΚΔΩΣΕΙ ΑΜΚΑ/ΠΑΑΥΠΑ/ΠΑΜΚΑ;



ΑΜΚΑ ή ΠΑΑΥΠΑ μπορεί να εξυπηρετείται μόνο στα Επείγοντα των νοσοκομείων που εφημερεύουν. Ειδική μέριμνα υπήρξε για τους πληθυσμούς που δεν διαθέτουν ή έχουν ανενεργό ΑΜΚΑ ή ΠΑΑΥΠΑ για να διευκολυνθεί η διαδικασία εμβολιασμού τους ενάντια στον κορονοϊό και η χορήγηση βεβαίωσης εμβολιασμού, με την έκδοση προσωρινού ΑΜΚΑ (ΠΑΜΚΑ)¹⁸.

Από τους συμμετέχοντες/-ουσες στο ερωτηματολόγιο κατά 82,78% διαθέτουν ΑΜΚΑ/ΠΑΑΥΠΑ, καταδεικνύοντας δυο ποιοτικά εξαγόμενα: α) Οι συμμετέχοντες έχουν μια αρχική ένταξη και κατ' επέκταση καλύτερη εικόνα για την κοινωνική πραγματικότητα της Ελλάδας και β) έχουν (σε διαφορετικό βαθμό) προσωπική εμπειρία από την πρόσβαση στο σύστημα Υγείας, είτε μέσω ΜΚΟ και οργανώσεων

της κοινωνίας των πολιτών, είτε απευθείας με το ΕΣΥ είτε και με τα δυο. Αυτό γίνεται εμφανές επίσης και από τα ελεύθερα σχόλια που κατέθεσαν. Από τα σχόλια του υπολοίπου 17,22% προκύπτει επίσης ότι αποτελείται κυρίως από ανθρώπους που ακόμα δεν έχει εξεταστεί το αίτημά τους και δεν έχει πραγματοποιηθεί η καταγραφή τους, δηλώνοντας την αγωνία τους για την φροντίδα της υγείας τους και την έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης για τα δικαιώματά τους από τις Αρχές. Η μειωμένη συμμετοχή τους στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, επίσης μαρτυρά ένα μεγάλο ποσοστό «άορατων ανθρώπων» που είναι δύσκολο να προσεγγιστεί ώστε να αποτυπωθεί η εμπειρία τους και να υπάρξει ουσιαστική απόκριση στις ανάγκες τους.



¹⁰ Άρθρο 6, shorturl.at/guHS6

¹¹ Διεθνές Σύμφωνο για τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα, Ηνωμένα Έθνη, Νέα Υόρκη, (1966)

¹² ΕΚΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΤΟΥ Π.Ο.Υ.

¹³ EU, European Parliament and Council of the European Union (2004), Directive 2004/38/EC on the right of citizens of the Union and their family members to move and reside freely within the territory of the Member States, OJ 2004 L 158, Art. 24.

¹⁴ Article 29 of the Qualification Directive



¹⁵ Άρθρο 33, νόμος 4638/2016

¹⁶ Άρθρο 38, νόμος 4865/2021

¹⁷ Άρθρο 19, νόμος 4825/2021

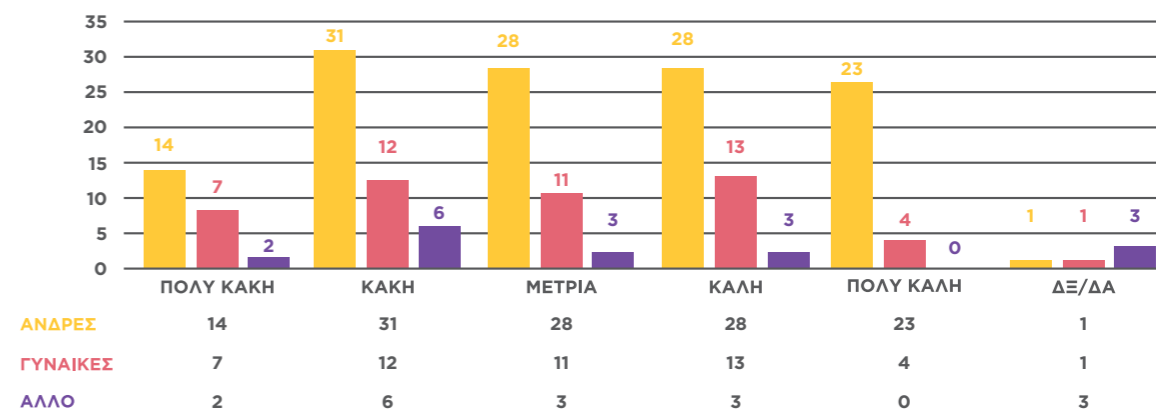
¹⁸ Κοινή Υπουργική Απόφαση 2981/2021 - ΦΕΚ 2197/Β/26-5-2021 (<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ergasia-koinonike-as-phalise/koine-upourgike-apophase-2981-2021.html>)

4

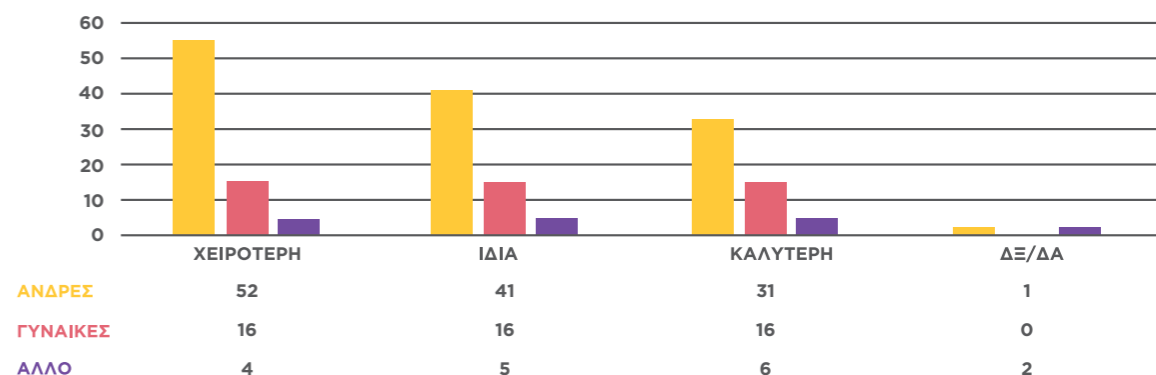
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΟ ΠΕΔΙΟ

Όταν η θεραπεία δεν αφορά μόνο την υγεία αλλά και το συναίσθημα, την ταυτότητα, τον εαυτό, τον πόνο, την τρωτότητα

ΠΩΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΕΤΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ ΟΤΑΝ ΦΤΑΣΑΤΕ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;



ΣΥΓΚΡΙΝΟΝΤΑΣ ΤΟΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟ ΠΟΥ ΔΩΣΑΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ ΟΤΑΝ ΦΤΑΣΑΤΕ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ, ΘΑ ΛΕΓΑΤΕ ΟΤΙ ΣΗΜΕΡΑ Η ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ;



Το 60% των ερωτηθέντων χαρακτήρισε την υγεία του όταν ήρθε στην Ελλάδα από μέτρια έως πολύ κακή και το 37,37% την προσδιόρισε ως καλή ή πολύ καλή. Συγκεκριμένα από το υποσύνολο των ανδρών το 58,4% χαρακτήρισε την υγεία του μέτρια έως πολύ κακή και το 40,8% ως καλή ή πολύ καλή, ενώ για από τις γυναίκες το 62,5% την χαρακτήρισε μέτρια έως πολύ κακή και το 35,42% καλή ή πολύ καλή. Νούμερα που φαντάζουν λογικά και αναμενόμενα εάν αναλογιστούμε τις τεράστιες δυσκολίες με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι άνθρωποι αυτοί, είτε στη χώρα προέλευσης λόγω κοινωνικών συνθηκών ή τις κακουχίες που αντιμετωπίζουν κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους, μέχρι να περάσουν τα σύνορα και να βρεθούν στην Ελλάδα²⁰. Τέλος, παρατηρείται ότι οι γυναίκες

χαρακτηρίζουν την κατάσταση της υγείας τους πιο επιβαρυσμένη, σε σύγκριση με τον ανδρικό πληθυσμό. Η ερμηνεία του δεδομένου αυτού είναι δύσκολο να διερευνηθεί στο πλαίσιο αυτής της (περιορισμένης) έρευνας-πεδίου.

Είναι αρκετά ανησυχητικό που στην ερώτηση πώς θα χαρακτήριζαν την υγεία τους σήμερα σε σύγκριση με την περίοδο που έφτασαν στην Ελλάδα, το 69,47% την χαρακτηρίζει ίδια ή χειρότερη ενώ μόλις το 27,89% αισθάνεται την υγεία του βελτιωμένη. Ειδικότερα, οι άνδρες κατά 74,4% την χαρακτηρίζουν ίδια ή χειρότερη και οι γυναίκες κατά 66,67%. Γεγονός που καταδεικνύει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν να λάβουν υγειονομική περίθαλψη και να βελτιώσουν το επίπεδο της υγείας τους.



²⁰ Ενδεικτικά για τις συνθήκες κατά την διάρκεια του ταξιδιού: "REFUGEES ON THE MOVE. Crisis and Response in Turkey and Europe", Edited by Erol Balkan and Zümray Kutlu Tonak, Forced Migration Series, vol 45 (2022)

Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

«Ο σύζυγός μου έχει πρόβλημα στον προστάτη και ακόμη τρία χρόνια μετά την παρουσία μας στην Ελλάδα δεν έχει καταφέρει να πάει στο γιατρό για να πάρει ένα αποτελεσματικό φάρμακο για τη θεραπεία αυτής της ασθένειας»

Αφγανή Προσφύγισσα

Οι προσφύγισες/-ες και οι αιτούσες/-ουντες άσυλο αντιμετωπίζουν δυσκολίες ως προς τις πέντε βασικές παραμέτρους πρόσβασης στη φροντίδα υγείας: τη διαθεσιμότητα, την επάρκεια, την προσβασιμότητα, το κόστος και την καταλληλότητα των υπηρεσιών²¹. Αρκετοί από αυτούς αντιλαμβάνονται τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν ως κάτι ενδημικό του ελληνικού συστήματος υγείας, “ενώ άλλοι αντιλαμβάνονται ως διάκριση εις βάρος τους την ακύρωση ραντεβού, την αργοπορία ασθενοφόρων και την αγενή συμπεριφορά”²². Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) τα προηγούμενα χρόνια, από την αρχή της οικονομικής κρίσης, βίωσε περικοπές της τάξεως του 42,8% και την κρατική δαπάνη ανά πολίτη να μειώνεται κατά 40%²³. Τα μέτρα αυτά επηρέασαν δυσανάλογα τους φτωχότερους και πιο περιθωριοποιημένους πληθυσμούς, σε συνδυασμό με τον τρόπο εφαρμογής των μέτρων αυτών, παραβίασαν το δικαίωμα στην απόλαυση όσο το δυνατόν υψηλότερου επιπέδου υγείας. Η κατάσταση στο ΕΣΥ επιδεινώθηκε μετά το ξέσπασμα

της πανδημίας του Covid-19, με αποτέλεσμα η πρόσβαση στις δομές δημόσιας υγείας να είναι αδύνατη ή πολύ δύσκολη ακόμα και στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, πολλά εκ των οποίων είχαν μειώσει δραστικά τις υπηρεσίες τους²⁵. Συγκεκριμένα για την εξυπηρέτηση των αναγκών των προσφυγικών πληθυσμών, ξεκίνησε η υλοποίηση του προγράμματος «Ολοκληρωμένη επείγουσα παρέμβαση υγείας για την προσφυγική κρίση PHI-LOS»²⁶ το οποίο θα συνεχίσει τη δράση του έως και το τέλος του 2022, σύμφωνα με ανακοίνωση του ΕΟΔΥ²⁷, αν και μένει να φανεί αν θα είναι επαρκές για τις ανάγκες του εν λόγω πληθυσμού.

Στην Ελλάδα η πρόσβαση στο Εθνικό Σύστημα Εμβολιασμού, που αποτελεί ανοσοποιητική ασπίδα για μεταδιδόμενα νοσήματα, περιλαμβάνει και τους πρόσφυγες που έχουν τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα²⁸. Πρόβλημα παρουσιάστηκε με τις απαραίτητες εξετάσεις για φυματίωση²⁹, οι οποίες πραγματοποιούνταν σε υψηλό ποσοστό στο Αντιφυματικό τμήμα του ΓΝ Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία», καθώς το ΓΝ «Σωτηρία» ορίστηκε σαν νοσοκομείο αναφοράς για τον Covid-19 από το Υπουργείο Υγείας³⁰. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι πλέον ευάλωτοι του πληθυσμού (άστεγοι και ασυνόδευτα παιδιά) να παραμένουν για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα δίχως τις απαραίτητες εξετάσεις φυματίωσης, ακόμα και αν είχε βρεθεί δομή στέγασης, είτε να παραμένουν σε κατάσταση πλήρους αστεγίας είτε σε προσωρινή κράτηση σε ΑΤ της Αττικής.

Έναν ακόμα σκόπελο -και τον βασικότερο συνάμα- στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας αποτελεί και η γλώσσα, καθώς η πλειοψηφία των προσφυγικών πληθυσμών δεν γνωρίζουν

ελληνικά για να μπορέσουν να κλείσουν ραντεβού και να εξεταστούν. Παράλληλα, το ιατρικό προσωπικό σε πολλές περιπτώσεις δεν μπορεί να ανταποκριθεί, λόγω έλλειψης διερμηνείας, στην εξέταση και διάγνωση των ασθενών³¹. Το κενό διερμηνείας και συνοδείας εν μέρει καλύπτεται από προγράμματα της κοινωνίας των πολιτών, τα οποία όμως αντιμετωπίζουν περιορισμούς ως προς α) τις γλώσσες που εξυπηρετούν και β) τον όγκο των περιστατικών στα οποία καλούνται να ανταποκριθούν .

Υπάρχει περιορισμένη διαθεσιμότητα και πρόσβαση σε ειδικότητες όπως οδοντιατρική φροντίδα, καθώς συνήθως παραβλέπεται από τις πολιτικές και τις καλές πρακτικές για την ελάχιστη απαραίτητη ιατρική κάλυψη σε συνθήκες ανθρωπιστικής αρωγής σε πληθυσμούς σε κίνδυνο ή σε επισφαλείς συνθήκες³³.

Αυτό έχει ως φυσικό ακόλουθο να μην αποτελεί κομμάτι και της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας που προσφέρεται στους πληθυσμούς που διαμένουν σε ανοιχτές δομές φιλοξενίας (καμπ/camp) ή ΚΥΤ, παρότι είναι αποδεδειγμένη η σύνδεση της κακής στοματικής υγείας με κινδύνους θνησιμότητας και κακής διατροφής³⁴. Οι ανάγκες αυτές είτε παραβλέπονται καθώς δεν προτεραιοποιούνται, είτε γίνεται προσπάθεια κάλυψης με παραπομπή σε άλλους φορείς, κυρίως σε εθελοντές οδοντιάτρους από το δίκτυο επαφών των ανθρωπιστικών οργανώσεων και δευτερευόντως σε δημόσιες δομές υγείας³⁵.

Τα προβλήματα πρόσβασης είναι απλά πολλαπλάσια για κομμάτια πληθυσμού που διαβιούν σε επισφαλείς συνθήκες, δεν διαθέτουν ΑΜΚΑ/ΠΑΑΥΠΑ ή δεν έχουν

«Τα ακατάγραφα παιδιά, πέραν της δυσκολίας για την εύρεση ραντεβού καθώς δεν έχουν ΠΑΑΥΠΑ ή ΑΜΚΑ, δεν μπορούν να τους συνταγογραφούν φάρμακα. Προσπαθούμε να καλύψουμε τις ανάγκες μέσω κοινωνικών φαρμακείων αλλά και εκεί αντιμετωπίζουμε την έλλειψη φαρμάκων αλλά και την παρακολούθηση της θεραπείας του ανήλικου από γιατρό.»

Παναγιώτα Τσουράπη κοινωνική λειτουργός

υποστηρικτικό δίκτυο. Πρόσφυγες με αναπηρία και χρόνια προβλήματα υγείας αναφέρουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν σε δημόσιες δομές στα οποία περιλαμβάνονται η εύρεση ειδικοτήτων ιατρών για την κατάστασή τους και δυσκολία πρόσβασης σε φαρμακευτική αγωγή. Τα προβλήματα έλλειψης διερμηνείας αφορούν και επιβαρύνουν ιδιαίτερα τους ανθρώπους ειδικών ιατρικών αναγκών, ενώ αναφέρουν σε μαρτυρίες ότι όταν προκύπτει σοβαρό ιατρικό θέμα, πρέπει να περιμένουν την διακομιδή τους σε νοσοκομείο της ενδοχώρας (για όσες/ους βρίσκονται στα νησιά), για να λάβουν την εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα και θεραπεία που χρειάζονται. Άτομα με κινητικές δυσκολίες τονίζουν την έλλειψη παροχής βοηθητικών εργαλείων (αναπηρικά αμαξίδια, πι, πατερίτσες κα), ενώ η πλειοψηφία των ατόμων με ειδικές ιατρικές ανάγκες αναφέρουν ότι δεν λαμβάνουν καμία πληροφόρηση για τα δικαιώματά τους, τις υπάρχουσες υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στην κατάστασή τους και τις σχετικές διοικητικές διαδικασίες.



²² Inter-agency participatory assessment in Greece, UNHCR, (2021)
²³ RESUSCITATION REQUIRED THE GREEK HEALTH SYSTEM AFTER A DECADE OF AUSTERITY

²⁴ ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΘΕΣΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΑΜΝΗΣΤΙΑΣ - ΕΛΛΑΔΑ
²⁵ ΤΟ ΈΡΓΟ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΈΝΤΑΞΗΣ ΤΗΣ HUMANRIGHTS360 Αντιμετωπίζοντας τα αλυσιδωτά εμπόδια προς την ένταξη & καταγράφοντας τους «μη καταγεγραμμένους», Human Rights360, (2021)

²⁶ Ολοκληρωμένη επείγουσα παρέμβαση υγείας για την προσφυγική κρίση
²⁷ Συνέχιση του προγράμματος PHILOS μέχρι το τέλος του έτους, 2022

²⁸ ΕΚΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΤΟΥ Π.Ο.Υ, σελ 5
²⁹ Αποτελούν μαζί με τις δερματολογικές και το αρνητικό τεστ Covid, απαραίτητες εξετάσεις για τη μεταφορά και τη στέγαση προσφύγων, αιτούντων διεθνούς προστασίας και ασυνόδευτων ανηλικών χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα.

³⁰ Ορίστηκαν από τον Υπουργό Υγείας τα νοσοκομεία αναφοράς για τον κορονοϊό σε όλη τη χώρα 28/01/2020 (shorturl.at/mBCTV)



³¹ Council Of Europe, Report to the Greek Government on the visit to Greece carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 13 to 17 March 2020 p. 24

³² Δύο βασικά προγράμματα για την κάλυψη των αναγκών είναι το ΕΕΣ - Ομάδα Διερμηνέων/ Συνοδών - ACCREF το οποίο παρέχει και συνοδεία σε προγραμματισμένα ραντεβού και το Παροχή υπηρεσιών διερμηνείας σε φορείς υγείας που παρέχει διερμηνείες. Και τα δύο προγράμματα εξυπηρετούν τις γλώσσες αραβικών και φαρσί/νταρί.

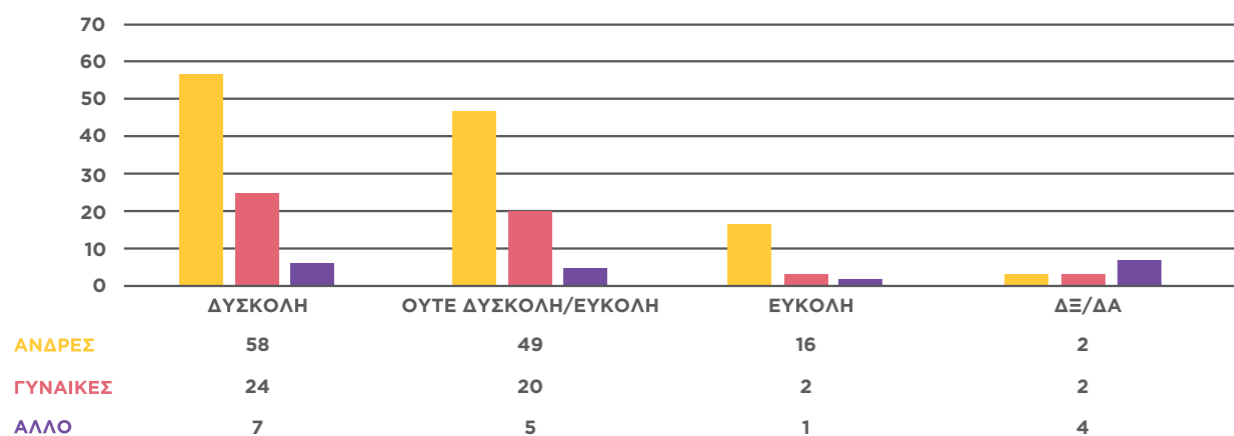
³³ Ένα παράδειγμα απουσίας της οδοντιατρικής φροντίδας αποτελεί το: The Sphere Handbook, Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response, Sphere, 2018 <https://handbook.spherestandards.org/en/sphere/#ch001>

³⁴ A retrospective review of specialist referrals for refugees into Greece's health system: A humanitarian organization's perspective

³⁵ A retrospective review of specialist referrals for refugees into Greece's health system: A humanitarian organization's perspective

³⁶ UNHCR Greece: Inter-agency Participatory Assessment Report (26 July - 20 August 2021), UNHCR, 2021

ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΠΩΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΕΤΕ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ



Οι δυσκολίες που περιγράψαμε για την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, γίνονται εμφανείς και μέσα από τα ποσοστά στο παραπάνω γράφημα που προκύπτει από το ερωτηματολόγιο, όπου το 41,6% βρίσκει δύσκολη την διαδικασία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, το 38,95% ούτε δύσκολη αλλά ούτε εύκολη και μόλις το 10% βρίσκει την πρόσβαση εύκολη. Στα σχόλια υπάρχει αναφορά σε προβλήματα γραφειοκρατίας στο να κλείσει κανείς ραντεβού, αδυναμία επικοινωνίας λόγω γλωσσικών φραγμών και έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με τον τρόπο πρόσβασης. Τέλος, ιδιαίτερη μνεία γίνεται στη σύνδεση της πρόσβασης στην υγεία με την απόκτηση και τις ανανεώσεις δελτίων αιτούντων διεθνούς προστασίας, καθώς από αυτό εξαρτάται η απόκτηση ή διατήρηση ΠΑΑΥΠΑ ή ΑΜΚΑ.

Ένα μεγάλο κομμάτι της ιατρικής παρακολούθησης και βοήθειας, είτε πρόκειται για απευθείας διαχείριση υποθέσεων είτε πρόκειται για παραπομπές, κλείσιμο ραντεβού ή συνοδεία σε δημόσια δομή υγείας, επαφίεται στα προγράμματα και τους εργαζομένους των οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών. Η απορρόφηση ιατρικών περιστατικών, εξετάσεων, συνταγογράφησης, θεραπειών και αποκατάστασης από διεθνείς οργανώσεις, ΜΚΟ και οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών αναμένεται να μειωθεί αρκετά, μόλις τεθεί σε ισχύ το Άρθρο 38 του νόμου 4865/2021, καθώς

οι προαναφερθείσες ιατρικές πράξεις θα μπορούν να συνταγογραφούνται μόνο από δημόσιες δομές υγειονομικής φροντίδας ή συμβεβλημένες/συνεργαζόμενες ιδιωτικές δομές με το δημόσιο.

Η έμφυλη διάσταση της εμπειρίας

Σχετικά με την επαφή με επαγγελματίες υγείας για τα παραπάνω ζητήματα, το σημαντικότερο πρόβλημα που μοιράζονται πολύ συχνά οι γυναίκες είναι το φύλο του γυναικολόγου που τις εξυπηρετεί (σύνηθες να είναι άντρας γυναικολόγος) και η άρνηση των επαγγελματιών να σεβαστούν την επιθυμία τους να έχουν πρόσβαση σε γυναίκα γυναικολόγο³⁷. Εκτός από αυτό, αρκετές γυναίκες που γέννησαν στην Αθήνα, έμειναν αρκετά ικανοποιημένες από τις μαίες οι οποίες τις υποστήριξαν κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό τους. Όσον αφορά σε ζητήματα οικογενειακού προγραμματισμού και άλλων οικογενειακών θεμάτων, τα συμμετέχοντα άτομα δηλώνουν επανειλημμένα ότι δεν υπάρχει ποτέ διαθέσιμος χρόνος στα δημόσια νοσοκομεία, εντός του οποίου να μπορέσουν οι επαγγελματίες υγείας να ασχοληθούν με θέματα πέρα από τα απολύτως απαραίτητα και επείγοντα. Μαρτυρίες ωφελούμενων των προγραμμάτων του Κέντρου Διοτίμα μεταφέρουν μια ανάλογη εικόνα. Κατά την επαφή με υπηρεσίες υγείας τα

σημαντικότερα ζητήματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωπα τα άτομα (άντρες, γυναίκες χωρίς ή με τα παιδιά τους, και ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα) είναι τα ακόλουθα: πολύ σημαντικές καθυστερήσεις στα διαθέσιμα ραντεβού, σε βαθμό που αντιμετωπίζονται ζητήματα υγείας να μεταλλάσσονται σε χρόνια, πολύ πιο σοβαρά λόγω της μη έγκαιρης αντιμετώπισης, τόσο στα ίδια τα άτομα όσο και στα παιδιά τους, έλλειψη

διερμηνείας τόσο κατά τις τηλεφωνικές όσο και κατά τις δια ζώσης επικοινωνίες, ρατσιστικές συμπεριφορές από επαγγελματίες υγείας (χαρακτηριζόμενες από στερεοτυπικές αντιλήψεις σχετικά με το κατά πόσο προσέχουν/φροντίζουν την υγεία τους και/ή τα παιδιά τους άτομα από συγκεκριμένες χώρες), άρνηση άμβλωσης σε περιπτώσεις επιζώων έμφυλης βίας (βιασμού).



Επιπτώσεις του Covid-19 στην υγεία δικαιούχων και αιτούντων/ουσών διεθνούς προστασίας

Με την έξαρση της πανδημίας Covid-19 στην Ελλάδα, τα μέτρα προστασίας για την εξάπλωσή της περιλάμβαναν και ευρείας κλίμακας Lockdown για το σύνολο του πληθυσμού. Η αντιμετώπιση, δυστυχώς, ήταν αρκετά διαφοροποιημένη προς τους προσφυγικούς πληθυσμούς, ιδιαίτερα για τις νέες αφίξεις στα σημεία εισόδου καθώς και για τους διαμένοντες/-ουσες σε ανοιχτές δομές φιλοξενίας και ΚΥΤ, με αυθαίρετη επέκταση της καραντίνας και άρνησης εξόδου. Οι πρόσφυγες/-ισσες διέμεναν συνωστισμένοι/ες, χωρίς βασικά μέτρα προφύλαξης και πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, αυξάνοντας την πιθανότητα έξαρσης της μετάδοσης του ιού εντός των δομών, καθώς και τον κίνδυνο επιπολασμού άλλων μεταδοτικών ασθενειών λόγω των κακών συνθηκών διαβίωσης^{38 39 40 41}.

Παράλληλα, λόγω της έλλειψης πληροφόρησης, πληθυσμοί που διέμεναν σε άτυπες μορφές στέγασης, σε καθεστώς αστεγίας ή χωρίς υποστηρικτικό κοινωνικό πλαίσιο, βρέθηκαν σε σύγχυση καθώς δεν ήξεραν ούτε τους κινδύνους, ούτε πώς να συμπεριφερθούν στη νέα κατάσταση (καραντίνα, υγειονομικά μέτρα για την κίνηση, πιστοποιητικό εμβολιασμού κ.α.). Το βάρος ενημέρωσής τους, έπεσε σε εργαζόμενους πρώτης γραμμής (street workers, κοινωνικές υπηρεσίες, κέντρα ημέρας κ.α.) για να ενημερώσουν και να κατευθύνουν τους αστέγους στην νέα

αυτή κατάσταση. Επίσης παρατηρήθηκαν φαινόμενα «θεσμικού κενού» με τις ανανεώσεις δελτίων ασύλου, καρτών διεθνούς προστασίας και νέων αιτημάτων για διεθνή προστασία, στερώντας την πρόσβαση στην υπηρεσία εμβολιασμού. Σε σχετική έρευνα αποτυπώθηκε επίσης το γεγονός ότι τα ποσοστά εμβολιασμού (και επιθυμίας εμβολιασμού) ήταν μεγαλύτερα από τα ποσοστά εμβολιασμού του γενικού πληθυσμού (81% έναντι 64%), ενώ τονίζονταν η δυσκολία πρόσβασης στην πληροφόρηση του 45% των συμμετεχόντων/-ουσών στην έρευνα, λόγω του γλωσσικού φραγμού.

Τα εξυπηρετούμενα άτομα σε υπηρεσίες του Κέντρου Διοτίμα μοιράζονται ότι η πανδημία είχε τεράστια επίδραση στην καθημερινή τους ζωή. Όσον αφορά στην ψυχική και σωματική τους υγεία, τα συννηθέστερα από τα ζητήματα που αναφέρουν είναι τα παρακάτω: ακόμα μεγαλύτερες καθυστερήσεις από τις υφιστάμενες στα ραντεβού στα δημόσια νοσοκομεία, κλειστές υπηρεσίες οργανώσεων - άρα και ιδιαίτερα περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες κατά τη διάρκεια των lockdowns, έντονο στρες για τα άτομα που δε διέθεταν όλα τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα κατά τις περιόδους με τους ελέγχους των κωδικών μετακίνησης από την αστυνομία, ακόμη εντονότερη δυσφορία από την εργασιακή απόγνωση, πολλές ώρες μέσα σε σπύτια με άθλιες συνθήκες διαβίωσης, απουσία απλών καθημερινών δραστηριοτήτων -όπως το περπάτημα και η συνέντευξη με άλλα άτομα σε πλατείες και γειτονιές- που τους έφερναν έστω κάποια παροδική ευχαρίστηση και ευφορία.



³⁸ The impact of the COVID-19 pandemic on refugees and asylum seekers in Greece: A retrospective analysis of national surveillance data from 2020, Elias Kondilis, Dimitris Papamichail, Sophie McCann, Elspeth Carruthers, Apostolos Veizis, Miriam Orcutt, Sally Hargreaves, eClinicalMedicine, (2021)

³⁹ Greece: Nearly 2,000 New Arrivals Detained in Overcrowded, Mainland Camps

⁴⁰ Greece Again Extends Covid-19 Lockdown at Refugee Camps

⁴¹ Βάναυσοι περιορισμοί Ο Αντίκτυπος της Ευρωπαϊκής Πολιτικής των hotspot στην Ψυχική Υγεία των Αιτούντων Άσυλο στα Νησιά, IRC, (2020)



³⁷ Από την εστιασμένη συζήτηση γυναικών, που πραγματοποιήθηκε στα κεντρικά γραφεία του Κέντρου Διοτίμα, την Τετάρτη 18/05

Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία

Τα θέματα που συνδέονται με την αναπαραγωγική υγεία αφορούν σε πέντε μεγάλες κατηγοριοποιήσεις: τις ρυθμίσεις γεννητικότητας, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, την εγκυμοσύνη και τη γέννα, την έμφυλη βία και την παροχή και πρόσβαση/χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τη διάσκεψη του Καΐρου (1994) «η αναπαραγωγική υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή ζητήματος που αφορά στο αναπαραγωγικό σύστημα και στη λειτουργία του. Οι άνθρωποι πρέπει να απολαμβάνουν υγιείς και ικανοποιητικές σεξουαλικές σχέσεις, καθώς και να έχουν τη δυνατότητα να επιλέγουν το πότε και υπό ποιες συνθήκες θα αναπαραχθούν. Επίσης, οι άνθρωποι θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού και αντιμετώπισης ζητημάτων υπογονιμότητας. Ακόμα, στο πλαίσιο αναπαραγωγικής υγείας υψηλού επιπέδου, οι μπότερες θα πρέπει να φέρουν σε πέρας κάθε εγκυμοσύνη με ασφάλη και αξιοπρεπή τρόπο. Τέλος, η αναπαραγωγική υγεία αφορά και στη σεξουαλική υγεία και στην προάσπισή της, με την εξασφάλιση ποιοτικών ανθρώπινων σχέσεων»⁴⁴.

Ο ορισμός της αναπαραγωγικής υγείας που διατυπώθηκε στη διάσκεψη του Καΐρου και παρουσιάζεται πιο πάνω είναι πολύπλοκος και περιλαμβάνει μεταξύ άλλων και τη σεξουαλική υγεία. Η εξέταση της αναπαραγωγικής υγείας ως ξεχωριστό θέμα Δημόσιας Υγείας καθιερώθηκε αργότερα ως αποτέλεσμα καταστάσεων, όπως η πανδημία του AIDS, η αύξηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, καθώς και του μεγαλύτερου ενδιαφέροντος του κοινού σε θέματα όπως η βία απέναντι σε γυναίκες και κορίτσια⁴⁵. Οι δείκτες γεννητικότητας έχει καταγραφεί ότι συνδέονται με τη γνώση/ενημέρωση καθώς και τη διαθεσιμότητα μέσων αντισύλληψης. Γενικά δεν διαθέτουμε ευρέως γνωστά και όμοια μοντέλα γεννητικότητας μεταξύ των προσφυγικών πληθυσμών.

Οι προσφύγιες και αιτούσες άσυλο, όπως και τα ασυνόδευτα παιδιά αποτελούν ευάλωτη ομάδα στον κίνδυνο να πέσουν θύματα trafficking και έμφυλης βίας. Παρόλο που το εθνικό σύστημα παρακολούθησης περιστατικών έμφυλης βίας είναι καλά εδραιωμένο με τα ετήσια στοιχεία που δημοσιεύονται από τη Γενική Γραμματεία Οικογενειακής Πολιτικής και Ισότητας των Φύλων (ΓΓΔΟΙΦ), τα δεδομένα που συλλέγονται καταγράφουν αποκλειστικά γυναίκες ωφελούμενες που απευθύνονται στις δημόσιες υπηρεσίες υποστήριξης, δηλαδή Συμβουλευτικά Κέντρα, Ξενώνες και στην τηλεφωνική γραμμή βοήθειας και κατατάσσονται μόνο με βάση την υπηκοότητα, ελληνική ή όχι, μη περιλαμβάνοντας κρίσιμες παραμέτρους, όπως η εθνικότητα. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχει δυνατότητα να παρακολουθηθούν περισσότερο σε βάθος τα δεδομένα σχετικά με τις προσφύγιες που έχουν κάνει χρήση των υπηρεσιών, ενώ το παράλληλο σύστημα απόκρισης από φορείς της κοινωνίας των πολιτών και διεθνείς οργανισμούς δεν έχει εναρμονίσει τη συλλογή δεδομένων του με τους κρατικούς φορείς.⁴⁶

Όπως περιγράφεται σε μαρτυρίες επιζώων έμφυλης βίας, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δεν γινόταν άμεσα και με σεβασμό προς το βίωμα, αλλά αντιθέτως χαρακτηρίζεται από ελλιπή πληροφόρηση για το πού να απευθυνθούν, έλλειψη γυναικών διερμνέων για ιατροδικαστικές και γυναικολογικές εξετάσεις, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις δεν γίνονταν δεκτές στα νοσοκομεία χωρίς τη συνοδεία διερμνέα ή λόγω έλλειψης νομιμοποιητικών εγγράφων. Πέραν της ελλιπούς πληροφόρησης για τις διαδικασίες προς τις προσφύγιες, παρατηρείται επίσης και ανεπαρκής επιμόρφωση του ιατρικού προσωπικού, σχετικά με ειδικά θέματα όπως ο ακρωτηριασμός των γυναικείων γεννητικών οργάνων. Αν και στην Ελλάδα είναι σχετικά περιορισμένο φαινόμενο, υπολογίζεται ότι αφορά παγκοσμίως εκατό εκατομμύρια κορίτσια και γυναίκες και συνιστά μορφή έμφυλης βίας. Π.χ. Άνω του 90% των Σομαλών γυναικών αποτελούν επιζώσες ακρωτηριασμού γεννητικών οργάνων⁴⁷.

“Ο γιατρός με εξέταζε και δεν καταλάβαινε τι έβλεπε. Με ρώτησε γιατί το έκανα αυτό στον εαυτό μου”

Σομαλή προσφύγινα, επιζώσα ακρωτηριασμού γεννητικών οργάνων

Γυναίκες που συμμετείχαν/συμμετέχουν σε ομάδες της Διοτίμα δηλώνουν πως, η μόνη πληροφορία που έχουν σχετικά με τις υπηρεσίες για την αναπαραγωγική υγεία, είναι μέσα από τις ενημερώσεις που παρέχονται σε τακτά χρονικά διαστήματα από τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα. Πέρα από αυτό το πλαίσιο, δεν υπάρχουν γυναίκες που να έχουν μοιραστεί ότι ενημερώθηκαν με άλλο τρόπο, από κάποια δημόσια δομή υγείας. Συνολικά, οι γυναίκες (πολλές από αυτές επιζώσες βιασμού/βιασμών και/ή επιζώσες ενδοοικογενειακής βίας) πολύ συχνά εξέφραζαν την επιθυμία να ενημερώνονται συστηματικότερα και περισσότερο ποικιλοτρόπως σχετικά με την αναπαραγωγική υγεία, για ζητήματα πέρα από τα βασικά –δηλαδή πέρα από την αντισύλληψη και τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ). Θα ήθελαν να μιλήσουν πιο διευρυμένα για την αναπαραγωγική υγεία –όπως αυτή έχει οριστεί και από τον ΠΟΥ- για θέματα γύρω από την ασφάλη και ικανοποιητική σεξουαλική ζωή, τις ποιοτικές και ισότιμες ανθρώπινες σχέσεις, τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά τους δικαιώματα, καθώς και τις υγιείς σεξουαλικές σχέσεις. Και υπηρεσίες τέτοιου τύπου είναι ελάχιστες έως και μη διαθέσιμες. Οπότε το θέμα στο σημείο αυτό δεν ήταν η επάρκεια της σχετικής διαθέσιμης πληροφορίας, αλλά η απουσία αντίστοιχων υπηρεσιών. Στην εστιασμένη συζήτηση που πραγματοποιήθηκε για τους σκοπούς της παρούσας έκθεσης, προέκυψαν επίσης τα ακόλουθα ευρήματα. Στις εμπειρίες που μοιράστηκαν για τις επαφές τους με δομές υγειονομικής φροντίδας, καμία δεν αναφέρει πούθενά ότι υπήρξε διερμνεία. Υπήρχαν τρεις γυναίκες στην εστιασμένη συζήτηση που έχουν γεννήσει στην Ελλάδα. Και οι τρεις γέννησαν με καισαρική, με συνοπτικές διαδικασίες.

Όπως περιέγραψαν, πήγαν στο νοσοκομείο, τις έβαλαν χειρουργείο, και μετά έγινε καισαρική. Το πιο σημαντικό είναι ότι καμία δεν έχει λάβει/λαμβάνει επεξηγήσεις για την επιλογή της συγκεκριμένης διαδικασίας τοκετού. Ο γιατρός είτε προβαίνει απευθείας στην ιατρική πράξη που είναι να κάνει, είτε εξηγεί κάτι στα Ελληνικά και συνεχίζει. Η διαδικασία ολοκληρώνεται με οι οδηγίες για την αγωγή και δεν υπάρχει κάποιο πρωτόκολλο παρακολούθησης. Στην περίπτωση της γέννας, απουσιάζει πλήρως η συναίνεση για τις συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις, συνεπώς και οποιαδήποτε έκφραση επιθυμίας για το εάν θέλουν φυσικό/φυσιολογικό τοκετό, τι επιθυμούν για το θηλασμό και οποιαδήποτε άλλη σχετική ενέργεια.

«Γέννησα στο Αλεξάνδρα, με καισαρική. Μπήκα στο χειρουργείο χωρίς να μου έχουν εξηγήσει τι θα γίνει. Ούτε ποτέ κατάλαβα. Ήμουν μόνη μου στο νοσοκομείο. Χωρίς διερμνεία και χωρίς κανέναν δικό μου. Ο άντρας μου ήταν βίαιος, οπότε δεν ήταν εκεί. Αλλά και εκεί να ήταν... Μετά που γέννησα, για επτά μέρες ολόκληρες δεν είδα το γιο μου. Ζητούσα να τον δω, αλλά δεν καταλάβαιναν τι έλεγα. Δε μου έδινε σημασία κανείς. Ήταν μία φρικτή εμπειρία. Είχα γεννήσει, και δεν μπορούσα να δω το γιο μου. Την έβδομη μέρα επικοινωνήσα με μία γιατρό από την κλινική των MSF, που ήμασταν σε επαφή κατά την εγκυμοσύνη μου. Της είπα τι γίνεται. Ότι δεν με καταλαβαίνουν, δε με βλέπουν, δε μου δίνουν σημασία. Τελικά παρενέβη εκείνη, και είδα το παιδί μου, μετά από μία ολόκληρη εβδομάδα. Δεν ήταν στη θερμοκοιτίδα, δεν ήταν πρόωρο, δεν είχα κάτι. Δεν υπάρχει εξήγηση για αυτό που έγινε. Δεν κατάλαβα ποτέ. Και κανείς δεν ήταν εκεί, αφότου έσπασαν τα νερά, να μου εξηγήσει, να με ηρεμήσει.»

Ιρανή προσφύγινα - 7 χρόνια στην Ελλάδα



⁴² ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΣ COVID-19, Solidarity Now, (2022)

⁴³ Strengthening MHR: Beyond gender stereotypes

⁴⁴ Report of the International Conference on Population and Development, United Nations, Cairo (1994)

⁴⁵ PHILOS - Χρήσιμοι σύνδεσμοι για θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας



⁴⁶ Έρευνα για την Αντιμετώπιση της Έμφυλης Βίας στον Προσφυγικό και Μεταναστευτικό Πληθυσμό (Κορίτσια, Αγόρια, Γυναίκες, Άνδρες): Διαθεσιμότητα, Προσβασιμότητα και Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην Ελλάδα, Κέντρο Διοτίμα, (2019)

⁴⁷ Daughters of Somalia, a continuous pledge to end female genital mutilation, United Nations, (2022)

Ψυχική Υγεία

Οι αιτούσες/ούντες και οι κάτοχοι διεθνούς προστασίας και οι άνθρωποι δίχως απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα έρχονται στην Ελλάδα (την οποία η πλειοψηφία θεωρεί χώρα μετάβασης) έχοντας βιώσει τραυματικές εμπειρίες είτε από την χώρα προέλευσης (πχ διώξεις, βασανισμούς, βιώματα πολεμικών συρράξεων και οικονομικής ανέχειας) ή/και κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους (έκθεση σε κίνδυνο, κακοποίηση, χωρισμό από μέλη της οικογένειας)⁴⁸. Συνήθως διαμένουν σε κακές συνθήκες, αντιμετωπίζουν νομική αβεβαιότητα, κίνδυνο κράτησης και απέλασης, ρατσισμό, οικονομική αποστέρηση πόρων, δυσκολίες ένταξης στην αγορά εργασίας, έλλειψη επαρκούς πολιτισμικής διαμεσολάβησης και γνώσης της ελληνικής γλώσσας ακόμα και μετά την απόκτηση του καθεστώτος διεθνούς προστασίας. Όλοι οι παραπάνω παράγοντες τους θέτουν σε κίνδυνο ψυχικής νόσησης όπως σύνδρομο μετατραυματικού άγχους

«Πριν από 7 χρόνια ήρθα στην Ελλάδα. Πριν φύγω από το Ιράν αντιμετώπιζα ήδη μία ψυχική ασθένεια, και έπαιρνα αγωγή. Όταν ήρθα στην Ελλάδα όλα τα ζητήματα ψυχικής υγείας που είχα αυξήθηκαν ραγδαία. Είχα συνέχεια σκέψεις αυτοκτονίας. Σκεφτόμουν σοβαρά να αυτοκτονήσω. Στην Ελλάδα αυξήθηκαν και οι δόσεις της ψυχιατρικής αγωγής που λάμβανα. Και οι δόσεις συνέχισαν να αυξάνονται, ενώ εγώ χειρότερα. Πίσω στο Ιράν, άφησα το γιο μου. Αυτό ήταν πάρα πολύ επιβαρυντικό. Μου έλειπε πολύ, και συνέχεια. Νόμισα ότι ήρθα εδώ για καλύτερα. Όμως τα πράγματα, όπως σας τα λέω, έγιναν χειρότερα.»

Προσφύγισσα από το Ιράν -7 χρόνια στην Ελλάδα με το παιδί της, 6 χρονών.

(PTSD), κατάθλιψη και μόνιμες αγχώδεις διαταραχές⁴⁹. Έχουν παρατηρηθεί και εκδηλώσεις του «συνδρόμου παραίτησης» σε εφήβους και παιδιά που διέμεναν σε καμπ και hotspots, με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα το καμπ της Μόριας⁵⁰.

Η πρόσβαση των προσφυγικών πληθυσμών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι εξαιρετικά δύσκολη και το κύριο βάρος εξυπηρέτησης τέτοιων αιτημάτων εναπόκειται σε προγράμματα οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών για να ικανοποιηθούν. Λόγω της ιδιαίτερης φύσης τέτοιων προγραμμάτων, όπου η εξασφάλιση χρηματοδότησης δεν θεωρείται δεδομένη, οι εξυπηρετούμενοι/-ες πολλές φορές παραπέμπονται είτε σε άλλα αντίστοιχα προγράμματα (κυρίως) είτε σε φορείς δημόσιας υγείας, δημιουργώντας πρόβλημα συνέχειας στη θεραπευτική πορεία τους. Ιδιαίτερα στα σημεία εισόδου και τα ΚΥΤ⁵¹, έχει παρατηρηθεί ότι μόλις το 26% δήλωσε ότι έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας⁵². Τα ραντεβού για ψυχιατρική εκτίμηση σε δημόσιες δομές υγείας, όπου ως επί το πλείστον παρέχεται ψυχιατρική φροντίδα, μπορεί να κυμαίνονται από έναν έως τρεις μήνες στα σημεία εισόδου και έως 2 μήνες στην ενδοχώρα.

Η διαθέσιμη ψυχοκοινωνική υποστήριξη για άτομα που επέζησαν έμφυλης βίας μπορεί να αποδειχθεί στην πράξη ανεπαρκής ενόσω σημαντικά ζητήματα σχετικά με το νομικό καθεστώς και το βιοτικό επίπεδο των επιζωσών/-ώντων παραμένουν ανεπίλυτα. Στην περίπτωση των ανοικτών δομών φιλοξενίας και κυρίως στα ΚΥΤ, οι συνθήκες διαβίωσης και το περιβάλλον εκτός του ότι δημιουργούν κινδύνους έκθεσης σε κάθε μορφής έμφυλης βίας, δρουν επιβαρυντικά, επιδεινώνοντας περαιτέρω την ψυχική υγεία των επιζωσών/-ώντων.⁵³ Επίσης, δεν είναι λίγες οι φορές που ένα άτομο παραπέμπεται από οργάνωση σε οργάνωση λόγω αδυναμίας εξυπηρέτησης ή ακαταλληλότητας της υπηρεσίας, αναγκάζοντας την/τον επιζώσα/-ώντα να αναβιώνει το τραύμα της βίας μέσω της συνεχούς επανάληψης των συμβάντων.

Υγεία Παιδιών και Εφήβων

Σημαντικό θέμα του πληθυσμού στο οποίο πρέπει να δοθεί προσοχή αποτελούν τα ασυνόδευτα παιδιά, καθώς πρόκειται για μια από τις πλέον ευάλωτες ομάδες που συναντάμε στους προσφυγικούς πληθυσμούς. Τα προβλήματα που έχουν προαναφερθεί μεγεθύνονται και έχουν βαρύτερες επιπτώσεις στην συγκεκριμένη ομάδα, καθώς το υποστηρικτικό πλαίσιο παίζει βαρύνουσα σημασία για την προστασία και το βέλτιστο συμφέρον των παιδιών. Πρωτοβουλίες για την προστασία και τη διασφάλιση της ασφάλειας των ασυνόδευτων παιδιών, ειδικότερα των αστέγων και ακατάγραφων, πάρθηκαν από την Ειδική Γραμματεία για την Προστασία των Ασυνόδευτων Ανηλίκων του Υπουργείου Μετανάστευσης και Ασύλου, με τη θεσμοθέτηση και λειτουργία του “Εθνικού Μηχανισμού Εντοπισμού και Προστασίας ασυνόδευτων ανηλίκων αστέγων ή σε επισφαλείς συνθήκες διαβίωσης”⁵⁴. Τα ασυνόδευτα παιδιά στις δομές επείγουσας φιλοξενίας⁵⁵ λαμβάνουν εξειδικευμένες υπηρεσίες και περαιτέρω υποστήριξη μέχρι τη μεταφορά τους σε δομές μακροπρόθεσμης φιλοξενίας, βάσει μιας τυποποιημένης διαδικασίας αξιολόγησης των αναγκών του παιδιού, του ιστορικού του, καθώς και των διαθέσιμων επιλογών στην Ελλάδα. Στα πλαίσια που πραγματοποιούνται και ιατρικές εξετάσεις, καθώς και η λήψη σύντομου κοινωνικού ιστορικού όπου καταγράφονται και οι ιατρικές ανάγκες των ανηλίκων, με προτεραιοποίηση των πιο ευάλωτων περιπτώσεων, ούτως ώστε να τοποθετηθούν σε δομές φιλοξενίας που θα αναλάβουν και την πραγματική φροντίδα τους.

Στον αντίποδα είναι απαραίτητο να σημειώσουμε, την αρνητική εξέλιξη της λήξης, για ακόμα μια φορά, του

“Σε συνοδεία αστέγων παιδιών σε νοσοκομεία υπήρχαν ρατσιστικές συμπεριφορές και δυσφορία προς την παρουσία μας στο νοσοκομείο. Μόνο με την επίδειξη της εισαγγελικής εξουσιοδότησης υπήρχε αλλαγή στάσης και μας εξυπηρετούσαν”

Ζωή Κατωγυρίτη - πρώην Εξουσιοδοτημένη Εκπρόσωπος Ασυνόδευτων Ανηλίκων.

μεταβατικού προγράμματος επιτροπείας ασυνόδευτων ανηλίκων⁵⁶ στις 23 Αυγούστου 2021, το οποίο υλοποιούσε η ΜΚΟ Μετάδραση υπό την αιγίδα του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΕΚΚΑ)⁵⁷. Ο ρόλος των επιτρόπων ήταν σημαντικός ως προς τη διασφάλιση των βασικών δικαιωμάτων των ασυνόδευτων παιδιών, όπως είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ήταν αρωγοί για την εποπτεία και προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων τους, τομείς που αποτελούν βασική πηγή άγχους και ανασφάλειας των παιδιών με επιβάρυνση της ψυχικής τους υγείας, που κυρίως εκδηλώνονται μέσω ανάπτυξης αισθημάτων αδυναμίας, διαταραχών ύπνου, κατάθλιψης, παραίτησης κ.α.

«Υπάρχει τεράστιο έλλειμμα στον τομέα της ψυχικής υγείας. Δεν υπάρχουν μεταβατικές δομές ψυχιατρικής νοσηλείας για ανήλικους πρόσφυγες. Στις ήδη υπάρχουσες δεν τους δέχονται λόγω γλώσσας. Επίσης, στις δημόσιες ψυχιατρικές κλινικές νοσοκομείων, σε περίπτωση εισαγωγής απαιτείται 24ωρη συνοδεία του ανηλίκου που καλείται να την καλύψει το προσωπικό της δομής φιλοξενίας.»

Μαρία Αραμπατζή - συντονίστρια Δομής ανηλίκων, Κοινωνικό ΕΚΑΒ



⁵⁰ Σύνδρομο παραίτησης στα παιδιά: όταν ένα παιδί παύει να θέλει να ζει, Κωνσταντίνος Μπίστας, MAXMAG, (2019)

⁵¹ Βάναυσοι περιορισμοί: Ο Αντίκτυπος της Ευρωπαϊκής Πολιτικής των hotspot στην Ψυχική Υγεία των Αιτούντων Άσυλο στα Νησιά, IRC, 2020

⁵² Health Challenges in Refugee Reception: Dateline Europe 2016, Brad K. Blitz, Alessio d'Angelo, Eleonore Kofman and Nicola Montagna, (2017)

⁵³ Έρευνα για την Αντιμετώπιση της Έμφυλης Βίας στον Προσφυγικό και Μεταναστευτικό Πληθυσμό (Κορίτσια, Αγόρια, Γυναίκες, Άνδρες): Διαθεσιμότητα, Προσβασιμότητα και Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην Ελλάδα, Κέντρο Διοτίμα, (2019)

⁵⁴ Έρευνα για την Αντιμετώπιση της Έμφυλης Βίας στον Προσφυγικό και Μεταναστευτικό Πληθυσμό (Κορίτσια, Αγόρια, Γυναίκες, Άνδρες): Διαθεσιμότητα, Προσβασιμότητα και Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην Ελλάδα, Κέντρο Διοτίμα, (2019)

⁵⁵ Σε λειτουργία ο εθνικός μηχανισμός για τον εντοπισμό και την προστασία ασυνόδευτων παιδιών σε επισφαλείς συνθήκες



⁴⁸ Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region, Stefan Priebe, Domenico Giacco, Rawda El-Nagib, Health Evidence Network, Synthesis Report 47, (2016)

⁴⁹ Impact of the Refugee Crisis on the Greek Healthcare System: A Long Road to Ithaca, Ourania S. Kotsiou, Panagiotis Kotsios, David S. Srivastava, Vaios Kotsios, Konstantinos I. Gourgoulis and Aristomenis K. Exadaktylos, (2018)

Οι δομές φιλοξενίας ασυνόδευτων παιδιών, είναι αυτές που σπκώνουν το μεγαλύτερο βάρος για τη διασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας. Μέσω των κοινωνικών υπηρεσιών των δομών ξεπερνιούνται τα προβλήματα γλωσσικών φραγμών, διερμηνείας καθώς και ρατσιστικών συμπεριφορών. Λόγω της φύσης της διαρκούς κίνησης των παιδιών από δομή σε δομή, καθώς και την κινητικότητα των εργαζομένων, πολλές φορές δημιουργούνται κενά που επιβαρύνουν την εύρυθμη λειτουργία τους, καθώς και ανάγκη ανταπόκρισης σε έκτακτα περιστατικά με μεγάλη συχνότητα.

“Μέσω της νοσηλεύτριας της δομής κανονίζονται όλες οι απαραίτητες εξετάσεις για τα παιδιά της δομής και υπάρχει μέριμνα εκ μέρους μας για την παροχή διερμηνείας. Πέραν των διαθεσιμότητων για ραντεβού, η συνεργασία μας με τις δομές υγείας ήταν καλή.”

Φίλιππος Φιλιππίδης - συντονιστής δομής Ασυνόδευτων Ανηλίκων, ΜΕΤΑδραση

Οι έφηβοι που πλησιάζουν στην ενηλικίωση αντιμετωπίζουν το πρόσθετο άγχος της ένταξής τους στην ελληνική κοινωνία και τον τρόπο με τον οποίο θα καλύπτουν τις ανάγκες που θα προκύπτουν σε θέματα υγείας ειδικότερα. Πρωτοβουλία προς αυτήν την κατεύθυνση έχει αναλάβει το Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου με το πρόγραμμα “Mentorship”⁵⁸ που θα τα προετοιμάζει για αυτή τη μετάβαση. Προς το παρόν, η εφαρμογή του προγράμματος βρίσκεται σε πιλοτικό στάδιο και είναι απαραίτητο να επεκταθεί και να αναπτυχθεί, καθώς το άγχος της επόμενης μέρας είναι κάτι που ταλανίζει αρκετά τα παιδιά και επηρεάζει την καθημερινότητά τους, δημιουργώντας τους την αίσθηση εγκατάλειψης άπαξ και ενηλικιωθούν και δεν είναι επικουρούμενα από τις κοινωνικές υπηρεσίες των δομών φιλοξενίας. Η έλλειψη προετοιμασίας και πληροφόρησης για τα δικαιώματά τους, σε συνδυασμό με το αβέβαιο νομικό καθεστώς, προσθέτει βάρος στην ψυχική τους υγεία.

Ευρήματα εστιασμένης συζήτησης με τα ασυνόδευτα παιδιά⁵⁹

“Μέσω της νοσηλεύτριας της δομής κανονίζονται όλες οι απαραίτητες “Έχω διαβήτη τύπου 1 και κατά την διάρκεια του ταξιδιού μου προς την Ελλάδα, έπεσα πολλές φορές λιπόθυμος. Όταν ήρθα στην Ελλάδα, στο σπίτι που μένω (σ.σ. εννοεί τη δομή φιλοξενίας όπου διαμένει) η κοινωνική λειτουργός μου, με πήγε στο νοσοκομείο και παίρνω την ινσουλίνη και κάνω τις εξετάσεις που πρέπει. Σε 6 μήνες γίνομαι 18 και έχω απορριπτική β’ βαθμού. Τι θα γίνω μόνος μου; Πώς θα πηγαίνω στο νοσοκομείο; Πώς θα παίρνω την ινσουλίνη που χρειάζομαι χωρίς την βοήθεια της;”

Ασυνόδευτο παιδί από το Πακιστάν, 17 χρονών

Α) Από τους 7 ανήλικους οι 5 είχαν την εμπειρία διαμονής σε ΚΥΤ, όπου όλοι ανέφεραν την έλλειψη ιατροφαρμακευτικής φροντίδας, ενώ όταν εξετάστηκαν από γιατρούς δήλωσαν ότι δεν έλαβαν την απαραίτητη προσοχή.

«Όταν έφτασα στην Σάμο, είχα πόνους στο στομάχι. Με πήγαν στο νοσοκομείο της Σάμου αλλά οι γιατροί μου είπαν ότι δεν έχω τίποτα. Τώρα που με πήγαν από την δομή σε νοσοκομείο στην Αθήνα, βρήκαν ότι έχω πρόβλημα και ίσως χρειαστώ εγχείρηση. Τους λευκούς στα νοσοκομεία τους φροντίζουν παραπάνω.»

Ασυνόδευτο παιδί από Γουινέα

Β) Δυσκολία προγραμματισμού ιατρικών ραντεβού, καθώς οι διαθέσιμες ημερομηνίες μπορεί να είναι και δυο μήνες αργότερα. Επίσης, πολλές φορές υπάρχουν ακυρώσεις ραντεβού με ειδικότητες που δεν υπάρχουν πλέον στις δομές υγείας που είχε προγραμματιστεί το ραντεβού (πχ παιδοψυχίατροι).

Γ) Σε κανένα σημείο της πορείας τους μέχρι την δομή φιλοξενίας, τα παιδιά δεν ενημερώθηκαν από επίσημους φορείς για τα δικαιώματά τους ή για τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθεί κάποιος, για να έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Αυτό πυροδοτεί άγχος για την επόμενη μέρα.

Δ) Αναφέρθηκαν περιστατικά ρατσιστικής συμπεριφοράς, έλλειψη διερμηνείας και τέλος, έλλειψη κατανόησης της πολιτισμικής τους διαφορετικότητας.

5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ



⁵⁵ Η διαχείριση των προσωρινών δομών φιλοξενίας είναι υπό την αιγίδα του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης (ΔΟΜ), όπου η ιατρική και ψυχοκοινωνική φροντίδα των ασυνόδευτων ανηλίκων παρέχεται είτε από εργαζόμενους του φορέα, είτε μέσω παραπομπής σε δημόσιες δομές υγείας και τέλος, στην περίπτωση μη διαθεσιμότητας ραντεβού/ειδικότητας γιατρού στις δημόσιες δομές, σε ιδιωτικές κλινικές με τις οποίες συνεργάζεται ο ΔΟΜ.

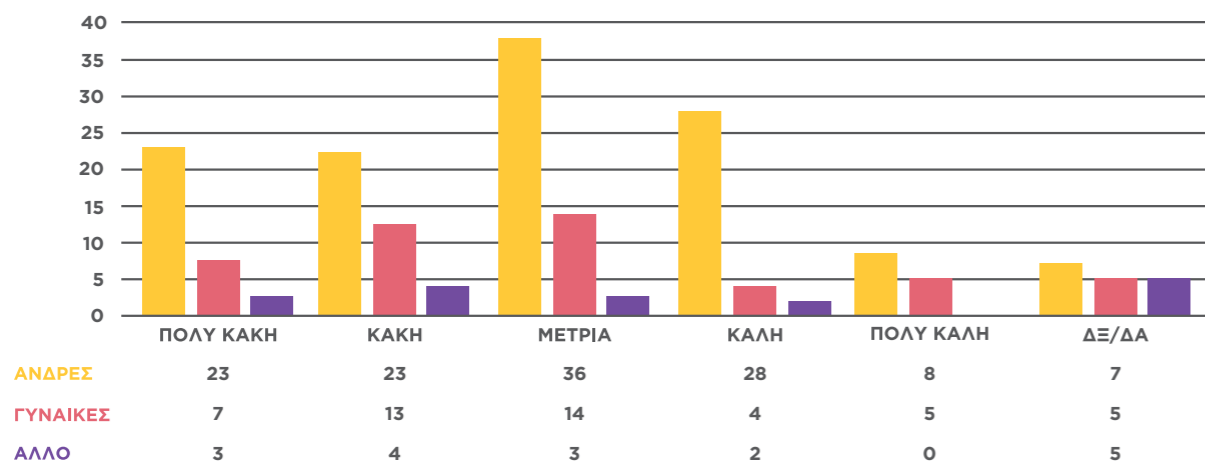
⁵⁶ Νόμος 4554/2018, μέρος Γ

⁵⁷ Thousands of unaccompanied children left without representation

⁵⁸ Ασυνόδευτα παιδιά αποκτούν τον δικό τους μέντορα στην Ελλάδα

⁵⁹ Από την εστιασμένη συζήτηση που πραγματοποιήθηκε με τους ασυνόδευτους ανηλίκους στην δομή φιλοξενίας του Κοινωνικού ΕΚΑΒ, καθώς και από συνεντεύξεις με την κοινωνική υπηρεσία της δομής.

ΑΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΑΤΕ ΝΑ ΕΡΘΕΤΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΑΣ;



Μόλις το 24,74% μόλις των ερωτηθέντων/-είσων περιέγραψε ως καλή ή πολύ καλή την εμπειρία του με τις υπηρεσίες υγείας, ένα αποτέλεσμα που συμπυκνώνει το σύνολο των σκοπέλων και των δυσκολιών που έχει να αντιμετωπίσει ένας πρόσφυγας/ μια προσφύγισσα στην προσπάθειά του να ασκήσει το θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμά του, την πρόσβαση στην υγεία. Γίνεται αναφορά σε ρατσιστικές συμπεριφορές, τεράστια αναμονή, απουσία δυνατότητας συνεννόησης με τους γιατρούς λόγω έλλειψης διερμηνείας, διακοπή παρακολούθησης και εξέλιξης των προβλημάτων υγείας λόγω συνεχών παραπομπών από οργάνωση σε οργάνωση επειδή κλείνουν τα προγράμματα λόγω χρηματοδότησης κ.α.

«Αν δεν έχουμε ούτε δουλειά ούτε λεφτά, πώς μπορούμε να παρέχουμε το σιρόπι και το φάρμακο που είναι απαραίτητο για τα παιδιά και μεγαλύτερες οικογένειες που πονάνε; Τα παιδιά δεν έχουν το φάρμακο που χρειάζονται.»

Αφγανή προσφύγισσα, μητέρα 2 παιδιών

Τα άτομα που συμμετέχουν στις συναντήσεις και στις ομάδες των τριών οργανώσεων, ιδιαίτερα συχνά εκφράζουν έντονη ανησυχία και χρόνιο άγχος σχετικά με τις επιπτώσεις που έχει και πρόκειται να έχει και τα επόμενα

χρόνια η καθημερινότητά τους στην κατάσταση της υγείας τους, σωματικής και ψυχικής. Ιδίως ανησυχούν σοβαρά για τα ακόλουθα: κακή κατάσταση των χώρων όπου μένουν, συγκατοίκηση με πολλά άτομα, μη δυνατότητα πρόσβασης σε εργασία, χρόνια έλλειψη δυνατότητας καλών διατροφικών συνθηκών, διαρκής ματαίωση στόχων/επιθυμιών/πλάνων, μη δυνατότητα διεκπεραίωσης διαφόρων ζητημάτων με τις δημόσιες υπηρεσίες λόγω έλλειψης διερμηνείας, εξάρτηση διάρκειας από φορείς και οργανώσεις, λόγω της αδυναμίας εύρεσης εργασίας.

Σε όλα τα παραπάνω προστίθενται οι ειδικές δυσκολίες προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας, όπως είναι η γλώσσα, ή έλλειψη διερμηνείας, η απουσία πληροφόρησης περί διαδικασιών, το νομικό καθεστώς (η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για τους/τις δικαιούχους διεθνούς προστασίας είναι συγκριτικά ευκολότερη σε σχέση με τις αιτούσες/ούντες ασύλου ή όσων στερούνται νομιμοποιητικών εγγράφων), η αντιμετώπιση από το ιατρικό προσωπικό και η αγνόηση των φωνών των προσφύγων που επισημαίνουν αυτά τα προβλήματα.

Με στόχο την ομαλότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την προστασία των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, οι τρεις οργανώσεις εταίροι του προγράμματος, προχωρούν σε ενδεικτικές συστάσεις.

6

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Το Υπουργείο Υγείας θα πρέπει:

Να εξασφαλίσει την ύπαρξη εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού εντός των ΚΥΤ/ΚΕΑΔ, για την πρόσβαση των αιτούντων/ουσών και δικαιούχων διεθνούς προστασίας σε υπηρεσίες υγείας από την άφιξή τους στη χώρα και για το διάστημα διαμονής τους εντός των προσωρινών δομών.

Να προχωρήσει στη θέσπιση ενός μηχανισμού ιατρικών εξετάσεων με την καταγραφή του αιτήματος, για την αξιολόγηση τυχόν ευαλωτότητας των αιτούντων/ουσών άσυλο και τη συμπερίληψη στο φάκελό τους.

Να συμβάλει στην αύξηση της ορατότητας των προσφυγικών πληθυσμών στην υγειονομική περίθαλψη, μέσω της συστηματικής συλλογής ποσοτικών και ποιοτικών στοιχείων σε ετήσια βάση, ούτως ώστε να είναι δυνατόν να παρακολουθείται η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.

Να διασφαλίσει την παροχή διερμνείας - ει δυνατόν φυσική παρουσία- σε όλες τις δομές υγείας και κατ' ελάχιστο σε περιοχές όπου υπάρχει υψηλή συγκέντρωση αιτούντων/ουσών άσυλο και προσφύγων/ισσών.

Να πραγματοποιεί εκπαιδευτικά σεμινάρια σε υγειονομικούς εργαζόμενους/ες με στόχο την προαγωγή διαπολιτισμικής

ευαισθητοποίησης και καταπολέμησης φυλετικών στερεοτύπων και προκαταλήψεων, σε συνεργασία με εξειδικευμένους φορείς.

Να αυξήσει τις υπηρεσίες υγείας στις ανοιχτές δομές φιλοξενίας στα σημεία εισόδου και να δημιουργήσει σαφές μνημόνιο συνεργασίας και παραπομπών με τις δημόσιες δομές υγείας.

Να διασφαλίζει τη συναίνεση των ασθενών σε ιατρικές πράξεις, μέσω της πληροφόρησης τους για τις ενέργειες που θα ακολουθηθούν (πχ τοκετός-καισαρική) και την μετέπειτα διαδικασία αποκατάστασης.

Να προχωρήσει σε ενίσχυση του Ε.Σ.Υ. με ειδικότητες αυξημένης ζήτησης για την καλύτερη φροντίδα και την κάλυψη όλου τους εύρους των αναγκών των ασθενών.

Να ενισχύσει το ΕΣΥ και τις κοινωνικές υπηρεσίες των δημοσίων δομών με πολιτισμικούς διαμεσολαβητές, που να επιτρέπουν την κατάλληλη πληροφόρηση και να εξηγούν τις διαδικασίες στους προσφυγικούς πληθυσμούς.

Να δημιουργήσει μεταβατικές δομές ψυχικής υγείας ανηλίκων και ενηλίκων προσφύγων/-ισσών και να ενισχύσει τις ήδη υπάρχουσες με παρουσία εκπαιδευμένων διερμνέων.

Το Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου θα πρέπει:

Να προβεί σε άμεση παροχή Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) και όχι ΠΑΑΥΠΑ στα παιδιά, με την καταγραφή του αιτήματος ασύλου, για την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη.

Να ακολουθήσει μία περισσότερο εξατομικευμένη προσέγγιση στην ένταξη, στη βάση της αρχής των ίσων ευκαιριών, δίνοντας την αναγκαία προσοχή στις ανάγκες και τις ειδικές προκλήσεις των αιτούντων/-ουσών άσυλο και των δικαιούχων διεθνούς προστασίας.

Να υλοποιήσει εστιασμένα προγράμματα ενημέρωσης διαδικασιών και πληροφόρησης των δικαιωμάτων των προσφυγικών πληθυσμών, ήδη από το στάδιο της υποδοχής.

Να αξιοποιήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, τα ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά προγράμματα από τα αντίστοιχα ταμεία, για την ένταξη των αιτούντων/ουσών και των δικαιούχων διεθνούς προστασίας στην ελληνική κοινωνία.

Να προβεί στην εφαρμογή του νόμου περί επιτροπείας ασυνόδευτων παιδιών με την θέσπιση ενός αποτελεσματικού συστήματος μόνιμης επιτροπείας και διορισμό επιτρόπων για τα ασυνόδευτα παιδιά κατά την άφιξή τους στην Ελλάδα, για την υποστήριξη τους σε όλες τις πτυχές της ζωής τους, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας.

Να ενισχυθεί περαιτέρω το πρόγραμμα «Mentorship», το οποίο που θα μπορούσε να υποβοηθήσει και στην καλύτερη κατανόηση του ελληνικού συστήματος υγείας, αλλά και των σχετικών με την υγεία δικαιωμάτων και υποχρεώσεων.

Να θεσπίσει μέτρα ασφάλειας και προστασίας κατά τη διαχείριση των εγκαταστάσεων υποδοχής, τα οποία να προωθούν την προστασία και την αξιοπρέπεια των διαμενόντων/-ουσών, με έμφαση στην ασφάλεια των γυναικών και των ατόμων που υπόκεινται σε διακρίσεις, όπως τα άτομα ΛΟΑΤΚΙ, χωρίς να θίγονται τα δικαιώματα και οι ελευθερίες τους.

Να αναθεωρήσει την απόφαση ορισμού της Τουρκίας ως ασφαλούς τρίτης χώρας, η οποία, μεταξύ άλλων, οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο επιβάρυνσης ψυχικής και σωματικής υγείας, αποκλεισμού από ΑΜΚΑ/ΠΑΑΥΠΑ και κατά συνέπεια της απόλαυσης του καθολικού δικαιώματος στην υγεία και εν γένει.

Να μεριμνήσει για την άμεση έκδοση και ανανέωση αδειών παραμονής, για την άμεση απόκτηση ΑΜΚΑ και την αποφυγή του κενού ιατροφαρμακευτικής κάλυψης στο διάστημα μεταξύ ανανεώσεων.

Να υιοθετήσει σχέδιο δράσης με συγκεκριμένους στόχους και δείκτες για την υλοποίηση της Εθνικής Στρατηγικής για την Ένταξη, καθώς και ετήσιες εκθέσεις προόδου, στην οποία να δίδεται έμφαση και στην πρόσβαση των προσφυγικών πληθυσμών στην υγεία.

ourvoice#spreadourvoice#spreadourvoice#sp

DO THE HUMAN RIGHT THING