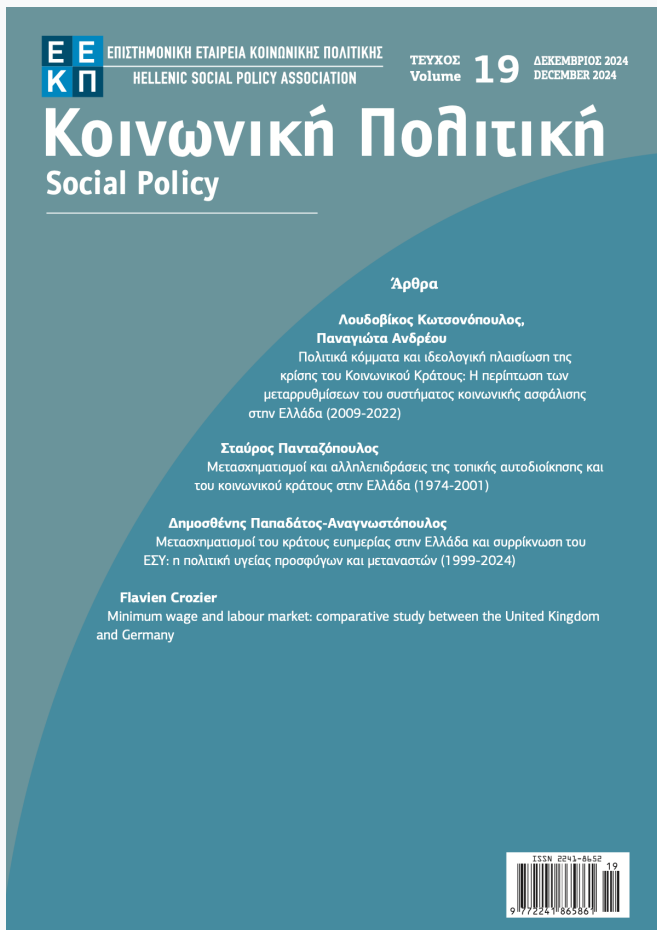


Κοινωνική Πολιτική

Τόμ. 19 (2024)

**Μετασχηματισμοί του κράτους ευημερίας στην Ελλάδα και συρρίκνωση του ΕΣΥ: η πολιτική υγείας προσφύγων και μεταναστών (1999-2024)**

Δημοσθένης Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος

doi: [10.12681/sp.38692](https://doi.org/10.12681/sp.38692)

Copyright © 2025, Δημοσθένης Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος

Άδεια χρήσης [Creative Commons Αναφορά 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).**Βιβλιογραφική αναφορά:**

Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος Δ. (2025). Μετασχηματισμοί του κράτους ευημερίας στην Ελλάδα και συρρίκνωση του ΕΣΥ: η πολιτική υγείας προσφύγων και μεταναστών (1999-2024). *Κοινωνική Πολιτική*, 19, 59–80. <https://doi.org/10.12681/sp.38692>

Κοινωνική Πολιτική

Social Policy

Άρθρα

Λουδοβίκος Κωτσονόπουλος, Παναγιώτα Ανδρέου

Πολιτικά κόμματα και ιδεολογική πλαισίωση της κρίσης του Κοινωνικού Κράτους: Η περίπτωση των μεταρρυθμίσεων του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα (2009-2022)

Σταύρος Πανταζόπουλος

Μετασχηματισμοί και αλληλεπιδράσεις της τοπικής αυτοδιοίκησης και του κοινωνικού κράτους στην Ελλάδα (1974-2001)

Δημοσθένης Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος

Μετασχηματισμοί του κράτους ευημερίας στην Ελλάδα και συρρίκνωση του ΕΣΥ: η πολιτική υγείας προσφύγων και μεταναστών (1999-2024)

Flavien Crozier

Minimum wage and labour market: comparative study between the United Kingdom and Germany

Μετασχηματισμοί του κράτους ευημερίας στην Ελλάδα και συρρίκνωση του ΕΣΥ: η πολιτική υγείας προσφύγων και μεταναστών (1999-2024)

Δημοσθένης Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος

Δρ. Πολιτικής Υγείας, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ

Περίληψη

Η πολιτική υγείας είναι δείκτης μετασχηματισμών των κρατών ευημερίας, αποτελεί προϊόν των μετασχηματισμών αυτών, διατηρεί ωστόσο και τη δική της δυναμική. Το άρθρο επιχειρεί μια κριτική αποτίμηση της πολιτικής υγείας προσφύγων και μεταναστών στην Ελλάδα την τελευταία 25ετία, εντάσσοντάς τη στο πλαίσιο της ασφαλειοποίησης και της μεταρρύθμισης του δημόσιου τομέα υγείας στην Ευρώπη με βάση την «εργαλειοθήκη» του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ (ΝΔΜ). Εστιάζοντας σε τρεις διαστάσεις της πολιτικής υγείας –διαμόρφωση ατζέντας, χρηματοδότηση, διασφάλιση πρόσβασης σε φροντίδα υγείας–, παρακολουθούμε τομές και συνέχειες σε μια διαδικασία εντεινόμενης ασφαλειοποίησης και μετασχηματισμών του ΕΣΥ στο πρότυπο του ΝΔΜ. Κατακερματισμός και ιδιωτικοποίηση, εξάρτηση από μια επισφαλή εξωτερική (ευρωπαϊκή) χρηματοδότηση και εμπόδια σε όλες τις διαστάσεις της πρόσβασης, αποτέλεσαν σταθερά γνωρίσματα της τελευταίας 25ετίας – όχι αποκλειστικά περιόδων «κρίσης». Αντίρροπες τάσεις, τόσο στην περίοδο 2015-16, όσο και στην υποδοχή προσφύγων από την Ουκρανία, έδειξαν εναλλακτικές δυνατότητες, χωρίς να αναιρούν τη διαρκή συρρίκνωση του ΕΣΥ.

Λέξεις-κλειδιά: υγεία, κοινωνική πολιτική, πρόσφυγες, μετανάστες, ιδιωτικοποίηση, ασφαλειοποίηση

Abstract

Health policy is an indicator of transformations of welfare states and a product of these transformations, also preserving its own dynamics. The article attempts a critical assessment of refugee and migrant health policy in Greece over the last 25 years, placing it in the context of securitization and reform of the public health sector in Europe based on the 'toolbox' of the New Public Management (NPM). Focusing on three dimensions of health policy (agenda-setting, financing, ensuring access to access to health care) we trace intersections and continuities in a

process of intensifying securitisation and transformation of the NHS under the NPM paradigm. Fragmentation and privatisation, dependence on a precarious external (European) funding and barriers in all dimensions of access, have been a constant features of the last 25 years, not exclusively in periods ‘crises’. Contrasting trends, both in 2015-16 and during the reception of refugees from Ukraine, have shown alternative possibilities, without reversing the enduring shrinkage of the NHS.

Keywords: health, refugees, migrants, privatization, securitization

1. Εισαγωγή¹

Το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ (ΝΔΜ), ως υπόδειγμα μεταρρύθμισης των κρατών ευημερίας, και η ασφαλειοποίηση των πολιτικών μετανάστευσης και ασύλου², πολιτικών που ρυθμίζουν τους όρους εισόδου στην επικράτεια των κοινωνικών δικαιωμάτων (Ingleby et al. 2005), έχουν κοινές ρίζες στις συντηρητικές αποκρίσεις στην κρίση της δεκαετίας του ’70 (Huysmans 2006; Pollitt, van Thiel, and Homburg 2007).

Το ΝΔΜ οργανώθηκε σε δύο πυλώνες: α) *πριμοδότηση του ιδιωτικού τομέα* (κερδοσκοπικού και μη) και β) *ομογενοποίηση κρατών και αγορών*, ώστε η κρατική παρέμβαση να μιμείται την αποδοτικότητα των επιχειρήσεων στη διαχείριση πόρων (Hood 1991; Immergut 2021). Η στρατηγική αυτή προορίστηκε να εγκαινιάσει έναν νέο κύκλο συσσώρευσης, χάρη σε μια «νέα μέθοδο παραγωγής δημόσιων υπηρεσιών» όπου το κράτος θα αγόραζε υπηρεσίες, αντί να παράγει (Tiihonen 2004), μετασχηματιζόμενο, στρατηγικά, σε *επιχειρηματικό κράτος* (enterpreunerial state)³: ένα κράτος λιγότερο στηριγμένο στη φορολογία, πιο αποδοτικό, πιο σταθερά προσανατολισμένο στην αποτελεσματικότητα, στραμμένο αποφασιστικά προς την αγορά (Dardot and Laval 2022; Osborne and Gaebler 1992), συνεπώς λιγότερο εστιασμένο στην ισοτιμία. Πρόκειται για τις βασικές κατευθύνσεις στη διαμόρφωση ενός νεοφιλελεύθερου κράτους ευημερίας (Fox Piven 2015).

Η ασφαλειοποίηση της πολιτικής μετανάστευσης και ασύλου επίσης συνδέθηκε με τις νέο-μαλ-

1. Μέρος του άρθρου στηρίζεται στη διδακτορική διατριβή με τίτλο «Διακυβέρνηση της φροντίδας υγείας και προσφυγική κρίση στην Ελλάδα: ο ρόλος του κράτους, των μη κυβερνητικών οργανώσεων και των διεθνών οργανισμών (2015-2019)», που εκπόνησα στο Εργαστήριο ΠΦΥ, Γενικής Ιατρικής και Έρευνας Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος Ιατρικής του ΑΠΘ, υπό την επίβλεψη του Ομότιμου Καθηγητή Αλέξη Μπένου. Οφείλω ευχαριστίες καταρχάς στον ίδιο, και βεβαίως στους Δημήτρη Χριστόπουλο, Ηλία Κονδύλη, Έφη Μακρίδου, Μαρία Καβάλα, Μανόλη Σμυρνάκη, Γιώργο Αγγελόπουλο και Νίκο Κουραχάνη. Τέλος, ευχαριστώ θερμά τον Χριστόφορο Σκαμανάκη για τις παρατηρήσεις στο κείμενο.

2. Η Σχολή της Κοπεγχάγης όρισε την ασφαλειοποίηση ως *διϋποκειμενική/ομιλιακή πράξη* (speech act), με την οποία αναδεικνύονται ως ζητήματα ασφάλειας όχι μόνο στρατιωτικές απειλές σε βάρος κρατών, αλλά και πραγματικές ή εικαζόμενες, απειλές για την οικονομική, πολιτική, κοινωνική και περιβαλλοντική ασφάλεια – η ίδια, δε, η ασφάλεια, εκτός από κρατική, νοείται επίσης και ως κοινωνική και ανθρώπινη (Buzan, Wæver, and de Wilde 1998; People and Vaughan-Williams 2010).

3. Στους Osborne και Gaebler (1992), όπως και εδώ, ο όρος χρησιμοποιείται με έμφαση στην αποδοτική διαχείριση πόρων, όπου, σε αντίθεση υποτίθεται με το κράτος, υπερέχουν οι επιχειρήσεις. Στο δικό της *Επιχειρηματικό κράτος* (2011), η καθηγήτρια Οικονομικών Mariana Mazzucato αναδεικνύει, αντίθετα, το ρόλο που επέτελεσε το κράτος στην ανάληψη του κινδύνου επενδύσεων στην καινοτομία και την τεχνολογία.

θουσιανές ανησυχίες περί υπερπληθυσμού και σπανιότητας των διαθέσιμων πόρων στις δυτικές κοινωνίες, που πυροδότησε η κρίση της δεκαετίας του '70 (Hatziprokopiou and Triandafyllidou 2013). Επρόκειτο για μια περίοδο ανεργίας στους κλάδους απασχόλησης των μεταναστών, δυσφορίας για τις αυξανόμενες αφίξεις προσφύγων στην Ευρώπη και πολιτικών «μηδενικής εργασιακής μετανάστευσης»· στο πλαίσιο αυτό έλαβαν χώρα οι πρώτες διακυβερνητικές συσκέψεις περί μετανάστευσης και ασφάλειας της τότε ΕΟΚ (Parsanoglou 2022). Η δημιουργία της Κοινής Αγοράς, ο φόβος μιας μαζικής μετανάστευσης από την Ανατολική στη Δυτική Ευρώπη, η 11η Σεπτεμβρίου του 2001 και η παγκόσμια κρίση του 2008, υπήρξαν ορόσημα στην εμβάθυνση της ασφαλειοποίησης (Lucassen 2017).

Πώς σχετίζεται, όμως, η υγεία με τις τάσεις αυτές;

Η υγεία βρίσκεται στον πυρήνα μιας αντίφασης εγγενούς στην κοινωνική πολιτική του σύγχρονου καπιταλισμού: ενώ παραγωγικότητα και κερδοφορία προϋποθέτουν υγιείς πληθυσμούς –και συνεπώς την ανάληψη των σχετικών κινδύνων από το κράτος–, μερίδες του κεφαλαίου διεκδικούν, ως πεδία κερδοφορίας, αγαθά και υπηρεσίες υγείας ή σχετικές με την υγεία (περίθαλψη, ασφάλιση, φάρμακο και αναλώσιμα, τεχνολογία, σίτιση και καθαριότητα) (Fraser 2017; Gough 2008; Κωτσονόπουλος 2016). Η αντίφαση αυτή πυροδοτεί περιοδικά φαινόμενα *κρίσης/συρρικνώσεως της φροντίδας* ή *κρίσης κοινωνικής αναπαραγωγής* (Fraser 2017).

Πριν από τη δεκαετία του '70, η ακαταλληλότητα της αγοράς να ρυθμίσει τη φροντίδα υγείας φαινόταν μάλλον προφανής⁴. Ακόμα και εν μέσω διεθνούς ανόδου του νεοφιλελευθερισμού, το νεοφιλελεύθερο πρόγραμμα στην υγεία συναντούσε εμπόδια στην Ευρώπη: Ιταλία και Πορτογαλία μετέβαιναν από κοινωνικο-ασφαλιστικά συστήματα υγείας σε καθολικά συστήματα, χρηματοδοτούμενα από τη γενική φορολογία (1978-79), Ελλάδα και Ισπανία ακολουθούσαν υπό κεντροαριστερές κυβερνήσεις (Petmesidou, Pavolini, and Guillén 2014; Popic and Stolarov-Demuth 2021), στον απόηχο και της Συνδιάσκεψης της Άλμα-Άτα («Υγεία για Όλους μέχρι το 2000», 1978). Στη δε Βρετανία, η μεταρρύθμιση του ΕΣΥ υλοποιούνταν μόνο εν μέρει, μόλις το 1990, και με τη Θάτσερ σε αποδρομή.

Σταδιακά, ωστόσο, οι πιο διαφορετικοί τύποι συστημάτων υγείας θα συνέκλιναν σε στόχους όπως η *συγκράτηση του κόστους*, η *αποδοτικότητα* και η *αποτελεσματικότητα με βάση το κόστος*, που έθεσαν οι μεταρρυθμίσεις των δεκαετιών '70-'90 (Οικονόμου 2004). Οι στόχοι αυτοί ευνόησαν την *επιλεκτικότητα* (selectivity) στην απόδοση πρόσβασης (βλ. δίκτυα προστασίας για ανασφάλιστους σε χώρες της ΕΕ (Ferrera 1996). Το ΝΔΜ παρείχε την «εργαλειοθήκη»: *οιονεί αγορές*⁵, *διαχωρισμός χρηματοδότη-παρόχου* και *σύναψη συμβάσεων* (ο ανταγωνισμός ιδιωτών σε διαγωνισμούς για συμβάσεις με το Δημόσιο θεωρήθηκε μέσο συγκράτησης του κόστους)· *συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα*· *σχεδιασμός υπηρεσιών για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες-στόχους* (π.χ. «ευάλωτους»)· *κατάμνηση υπηρεσιών*· *διεθνοποίηση της πολιτικής* (Dardot and Laval 2022; Hood 1991; Pollitt, van Thiel, and Homburg 2007; Simonet 2004).

4. Λόγω *αβεβαιότητας* και *ασύμμετρης πληροφόρησης* που χαρακτηρίζουν την παροχή, *πθικών κινδύνων* και *κινδύνων προκλιπής ζήτησης*, αλλά και διότι οι αποφάσεις στην αγορά υπηρεσιών υγείας ενέχουν και κοινωνικά κόστη, πέραν των ιδιωτικών (Arrow 1963).

5. Με τη δημιουργία *οιονεί* ή *εσωτερικών αγορών* υπηρεσιών, *ιδιώτες προμηθευτές* (από τον κερδοσκοπικό και τον μη κερδοσκοπικό τομέα) αντικαθιστούν κρατικούς, οι δε κρατικοί εκτίθενται σε ανταγωνισμό με τους ιδιώτες με σκοπό τη μείωση του κόστους (Mullen 1991; Πεμπιτζόγλου 2015).

Από τη δεκαετία του '70, στο πλαίσιο αυτό κινήθηκαν διεθνείς οργανισμοί όπως η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), υποχρηματοδοτούμενοι από κράτη μπροστά σε αυξανόμενες ανάγκες. Ειδικότερα, η μεν *διεθνής προστασία* με βάση το άσυλο συρρικνώθηκε χάριν μιας εμπορευματοποιημένης *άμεσης ανακούφισης* (relief), με βραχυπρόθεσμα προγράμματα (“projects”) που υλοποιούν Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) (Freeman and Schuller 2020; Krause 2014). Στη δε υγεία, η υποχρηματοδότηση του ΠΟΥ ευνόησε την ανάμιξη Παγκόσμιας Τράπεζας και φιλανθρωπικών ιδρυμάτων: οι οργανισμοί αυτοί ενθάρρυναν τη μετατόπιση από την *ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*, στην *επιλεκτική ΠΦΥ* και την «επένδυση στην υγεία», που σηματοδοτούσε την ενεργότερη ανάμιξη ΜΚΟ· ο στόχος της καθολικής φροντίδας περιορίστηκε, εντέλει, στην *υγειονομική κάλυψη* με «πακέτα» υπηρεσιών κυρίως κλινικής θεραπείας – χωρίς μέριμνα για τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, τις συνθήκες ζωής, την προαγωγή και την πρόληψη (Qadeer 2013), αλλά και χωρίς διάκριση μεταξύ δημόσιου-ιδιωτικού τομέα όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών (Sengupta 2013).

Η σύγκλιση ασφαλειοποίησης και ΝΔΜ επιταχύνθηκε με την άνοδο της Ακροδεξιάς, τα κόμματα της οποίας προώθησαν πολιτικές προνοιακού και φιλελεύθερου σοβινισμού, υποβαθμίζοντας την υγεία, θεοπίζοντας εμπόδια (Falkenbach and Greer 2018) και ακυρώνοντας προοπτικές ένταξης. Παράλληλα, κράτη και διεθνείς οργανισμοί υπερπολιτικοποίησαν τη μετανάστευση ως ζήτημα ασφάλειας, κινητοποιώντας οικονομικούς πόρους, ακυρώνοντας διεθνείς συμβάσεις προστασίας δικαιωμάτων (Buzan, Wæver, and de Wilde 1998; Geddes, Hadj Abdou, and Brumat 2020; Voss, Wahedi, and Bozorgmehr 2010) και αντιμετωπίζοντας μετανάστες και πρόσφυγες ως κίνδυνο για τις κοινωνίες υποδοχής (Bozorgmehr et al. 2021): αφενός ως «ανταγωνιστές» για θέσεις εργασίας και αγαθά του κράτους ευημερίας, αφετέρου θεωρώντας τους φορείς μεταδιδόμενων νοσημάτων (Abubakar et al. 2018; Khan et al. 2016), δηλαδή απειλή για την *υγειονομική ασφάλεια* (Voss, Wahedi, and Bozorgmehr 2010) και τις *κοινωνικές παροχές* της στις χώρες υποδοχής (Huysmans 2000).

Η ασφαλειοποίηση υπέταξε ένα ανθρώπινο/καθολικό δικαίωμα σε πολιτικές μετανάστευσης και ασύλου που ευνοούν αποκλεισμούς (Mladovsky 2020). Επιπλέον, αναπλαισίωσε τους στόχους των συστημάτων υγείας: ο στόχος της βελτίωσης της υγείας προσφύγων και μεταναστών ως «κατάστασης πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλά [ως] απουσία νόσου» (WHO 2020), προβλήθηκε ως ανεδαφικός, προς όφελος της διάσωσης/επιβίωσης ευάλωτων πληθυσμών (Lough et al. 2023) και της προστασίας του πληθυσμού της χώρας υποδοχής, μέσω πρόληψης-ελέγχου μεταδιδόμενων νοσημάτων (Mladovsky 2009; Voss, Wahedi, and Bozorgmehr 2010). Η συντηρητική αυτή μετατόπιση, από την υγεία στην επιβίωση «ευάλωτων» πληθυσμών και την υγειονομική ασφάλεια (κυρίως των κοινωνιών υποδοχής), συνδέθηκαν με τρεις επιδιώξεις: α) οι υπηρεσίες υγείας να μην γίνουν «μαγνήτης»/παράγοντας έλξης (pull factor)· β) να μην επωφελούνται από τα συστήματα υγείας όσοι δεν έχουν πληρώσει γι' αυτά (free rider concern)· και γ) τα ήδη επιβαρυνόμενα συστήματα υγείας να μην υπερφορτώνονται (Abubakar et al. 2018; van Ginneken and Bradford 2015). Οι τρεις αυτοί στόχοι υπονόμισαν στόχους των συστημάτων υγείας, όπως η βελτίωση της υγείας, η καθολικότητα και η προστασία από οικονομικούς κινδύνους· δεν αντέφασκαν, ωστόσο, με τις κύριες επιδιώξεις των μεταρρυθμίσεων υπό την «αιγίδα» του ΝΔΜ, που αφορούσαν ήδη τον γενικό πληθυσμό.

2. Ασφαλειοποίηση, ΝΔΜ και πολιτικές υγείας προσφύγων και μεταναστών στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Η σύγκλιση ασφαλειοποίησης και ΝΔΜ άφησε ισχυρό αποτύπωμα στον σχεδιασμό υπηρεσιών υγείας, τη χρηματοδότηση και την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας μεταναστών και προσφύγων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης –τόσο σε συστήματα υγείας χρηματοδοτούμενα από τη γενική φορολογία, όσο και σε κοινωνικο-ασφαλιστικά συστήματα, εξαρτώμενα από την απασχόληση και τις ασφαλιστικές εισφορές (Romero-Ortuño 2004):

- Σε επίπεδο σχεδιασμού υπηρεσιών υγείας, η λογική της ασφαλειοποίησης κινήθηκε στον αντίποδα των κατευθύνσεων του ΠΟΥ υπέρ της ένταξης προσφύγων και μεταναστών στα εθνικά συστήματα υγείας (mainstreaming) (WHO Regional Office for Europe 2018)· η ίδια ευνόπησε τη δημιουργία ξεχωριστών υπηρεσιών και παράλληλων συστημάτων υγείας («μόνο για πρόσφυγες»), χρηματοδοτούμενων από διεθνείς οργανισμούς και ιδιώτες, μολονότι τα συστήματα αυτά διασφαλίζουν δύσκολα τη νομιμοποίηση στις κοινωνίες υποδοχής (Ingleby et al. 2005; Nørredam and Krasnik 2011), και παρότι η οικονομική βιωσιμότητά τους δεν είναι δεδομένη (Spiegel, Chanis, and Trujillo 2018).
- Σε επίπεδο χρηματοδότησης, χώρες διατεθειμένες να αναλάβουν ευθύνες στην υποδοχή προσφύγων υιοθέτησαν χρηματοδοτικά εργαλεία όπως η φορολογία, σε αντίθεση με χώρες που θέλησαν να αποσείσουν τις ευθύνες αυτές, και γι' αυτό πριμοδότησαν συστήματα ασφάλισης, χρηματοδοτικά εργαλεία στηριγμένα στην αγορά και τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές (Spiegel, Chanis, and Trujillo 2018), και γενικά προώθησαν την ιδιωτικοποίηση υπηρεσιών.
- Τέλος, σε επίπεδο πρόσβασης, ήδη πριν από τα προγράμματα λιτότητας για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης του 2008, τα περισσότερα κράτη-μέλη της ΕΕ θέσπισαν εμπόδια α) νομικά, με βάση την πορεία των διαδικασιών ασύλου (Nørredam, Mygind, and Krasnik 2005), το καθεστώς απασχόλησης (Bollini and Siem 1995), ελέγχους εισοδήματος (Thomson 2015) ή τη σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας (Björngren Cuadra 2012)· β) διοικητικά, που υπονόμειναν την ουσιαστική άσκηση δικαιωμάτων (Ingleby and Petrova-Benedict 2016)· και γ) εμπόδια οικονομικής φύσης (Fundamental Rights Agency (FRA) 2015). Οι πολιτικές αυτές αναίρεσαν την «υγειονομική κάλυψη» και στις τρεις διαστάσεις της – καθολικότητα, διασφάλιση υπηρεσιών, οικονομική προστασία, άλλοτε εκχωρώντας πρόσβαση μόνο σε επείγοντα περιστατικά και ανηλίκους (και αφήνοντας την ΠΦΥ στον ιδιωτικό τομέα), άλλοτε κοστολογώντας ακόμα και την επείγουσα φροντίδα (βλ. Σουηδία).

3. Η πολιτική υγείας προσφύγων και μεταναστών στην Ελλάδα πριν από την κρίση υποδοχής του 2015-16

Το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας ανήκει στην «υβριδική» κατηγορία των νοτιοευρωπαϊκών συστημάτων, καθώς συνδυάζει στοιχεία Εθνικών Υπηρεσιών Υγείας, συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και υψηλές ιδιωτικές δαπάνες. Η ίδρυση του ΕΣΥ (ν. 1397/1983), μεταρρύθμιση-ορόσημο της Μεταπολίτευσης, αποτέλεσε εγχείρημα εισαγωγής, στην ελληνική πραγματικότητα, των αρχών της Διακήρυξης της Άλμα Άτα (Carpenter 2003; Petmesidou, Pavolini, and Guillén 2014; Οικονόμου 2004). Παρά την ιστορική σημασία της, ωστόσο, η μεταρρύθμιση δεν αναίρεσε δομικά χαρακτηριστικά του

συστήματος: τον κατακερματισμό, την υποστελέχωση και υποχρηματοδότηση, την ιδιωτικοποίηση και τις ανισότητες –γεωγραφικές, παροχών (βάσει ασφαλιστικού φορέα) και πρόσβασης, ανάλογα με την ταξική-κοινωνική θέση (Economou and Giorno 2009; Οικονόμου 2004; Φιλαλήθης 2023).

Το ΕΣΥ, ιδίως στο σκέλος της ΠΦΥ ως προτύπου ολοκληρωμένης φροντίδας –όχι απλά ως μη εξειδικευμένη περίθαλψη–, συρρικνώθηκε σε σχέση με την αρχική του σύλληψη, και σε επόμενες φάσεις:

α) *κατά τη νομοθέτησή του (ν.1397/1983)*, αφενός με την πρόβλεψη για «εθελοντική» ενσωμάτωση των διάσπαρτων ασφαλιστικών ταμείων στον ενιαίο φορέα (η ενοποίηση υλοποιήθηκε ως μνημονιακή υποχρέωση με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ το 2011 (Polyzos et al. 2014)), και αφετέρου, ως προς την ΠΦΥ, με την αθέτηση της εξαγγελίας ίδρυσης 229 αστικών κέντρων υγείας, υπό την πίεση γιατρών του ιδιωτικού τομέα σε Αθήνα-Θεσσαλονίκη, την αντίδραση «ευγενών» ταμείων και του ΙΚΑ, και δημοσιονομικών επιλογών της εποχής (Οικονόμου 2004; Φιλαλήθης 2023).

β) *με τον ν. 2072/1992* και την εισαγωγή της «εργαλειοθήκης» του ΝΑΜ: ενθάρρυνση παράλληλης ιδιωτικής άσκησης, αδειοδότηση ιδιωτικών κλινικών, αύξηση νοσηλίων, εισαγωγή μάντζερ στα δημόσια νοσοκομεία, συμβάσεις ασφαλιστικών ταμείων με ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά (Οικονόμου 2004).

γ) *στο διάστημα 1994-2009*, με περαιτέρω σύναψη συμβάσεων με ιδιώτες (Abel-Smith et al. 1994; Kondilis et al. 2012; Μπένος 1996). τέλος,

δ) *στην περίοδο της οικονομικής κρίσης (2009-2015)*, με τη ραγδαία μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας (-6,6% κατά μ.ο. ετησίως), την αύξηση του κόστους συμμετοχής για τους ασθενείς και την εκτόξευση των ιδιωτικών δαπανών (Economou et al. 2017; Jowett, Thomson, and Evetonic 2015). τον δραστικό περιορισμό στις προσλήψεις στον δημόσιο τομέα και την απώλεια 20% του νοσοκομειακού προσωπικού (18.869 θέσεις εργασίας) (Κονδύλης et al. 2023). Οι εξελίξεις αυτές πολλαπλασίασαν τις ανικανοποίητες ανάγκες υγείας για τον γενικό πληθυσμό και οι συνεπαγόμενες ανισότητες στην πρόσβαση έστρεψαν σημαντικό τμήμα του ντόπιου πληθυσμού, πέραν των μεταναστών, στις υπηρεσίες των ΜΚΟ (Polyzoidis 2015).

Το 2015, χρονιά έναρξης της κρίσης υποδοχής προσφύγων, το σύστημα υγείας είχε κρατικές δαπάνες μόλις στο 30,3% των συνολικών (με ιδιωτικές πληρωμές στο 36,8%, ιδ. ασφάλιση στο 3,7% και δαπάνες οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης στο 28,8%), αντλούμενες κυρίως από έμμεσους φόρους. άνιση κατανομή προσωπικού (σε βάρος νησιών του Αιγαίου και Θράκης). αναλογία γενικών γιατρών στο σύνολο περί το 5% (με αποτέλεσμα εμπόδια στην πρόσβαση και κακή ποιότητα ΠΦΥ). σοβαρή υποστελέχωση λόγω brain-drain (Economou et al. 2017). και εκτεταμένο κατακερματισμό της ΠΦΥ⁶. Πώς μπορούσε να ανταποκριθεί στη μαζική άφιξη προσφύγων του 2015;

Σε όλη τη δεκαετία του '90, ένα σύστημα υγείας που εξαρτούσε την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας από την επίσημη απασχόληση και τη νόμιμη διαμονή έθετε de facto έξω από τα όρια του δεκάδες χιλιάδες μετανάστες χωρίς έγγραφα και αιτούντες άσυλο, ωθώντας τους στη μέριμνα των ΜΚΟ, που παρείχαν δωρεάν υπηρεσίες ΠΦΥ και φαρμακευτική περίθαλψη (Λινού et al. 2009). Η πολιτική υγείας προσδιοριζόταν πλήρως από την πολιτική ασύλου, σε μια περίοδο που το προσφυγικό ανήκε στη δικαιοδοσία του υπουργείου Δημόσιας Τάξης και η αναγνώριση προσφυγι-

6. Στους παρόχους συγκαταλέγονταν κέντρα υγείας, περιφερειακά ιατρεία, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, πολυϊατρεία ασφαλιστικών ταμείων, συμβεβλημένοι ιδιώτες γιατροί, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, δημοτικά ιατρεία, ιδιώτες γιατροί, διαγνωστικά κέντρα, κλινικές, νοσοκομεία, ΜΚΟ (Αδαμακίδου and Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008).

κού καθεστώτος υπολειπόταν σταθερά και σημαντικά του ευρω-ενωσιακού μέσου όρου⁷. Το ΠΔ. 266/1999 εγγυήθηκε τη δωρεάν πρόσβαση αναγνωρισμένων προσφύγων, αιτούντων άσυλο και κατόχων άδειας διαμονής για ανθρωπιστικούς λόγους στο ΕΣΥ. Μέχρι, όμως, την αναγνώριση των προσφύγων, που καθυστέρουσε ήδη έκτοτε συστηματικά, οι αιτούντες άσυλο αντιμετώπιζονταν στην πράξη ως «παράτυποι», εκτός ΕΣΥ (Λινού et al. 2009).

Στη δεκαετία του 2000, σωρεία εκθέσεων θα επισημαίνουν, ως ελληνική «ιδιοτυπία», τη στένση στοιχειωδών δικαιωμάτων στην υγεία για τους «παράτυπους» (Chauvin et al. 2007) και θα καταγγέλλουν συνθήκες εξευτελιστικής μεταχείρισης (Council of Europe 2013; EquiHealth 2013), που ευνοούν την κατανομή «παράτυπων» και προσφύγων στην άτυπη απασχόληση (Μπάγκαβος and Κουραχάνης 2022). Η εγκύκλιος 8992/13-7-2000 θα υποχρεώσει τις διοικήσεις νοσοκομείων να αναφέρουν την παρουσία μεταναστών, προκειμένου να αποτραπεί η «εκμετάλλευση» του συστήματος υγείας και να συγκρατηθούν τα ελλείμματα των ταμείων (Kapsalis 2003). Ο ν. 3386/2005 (Άρθρο 84) θα στερήσει ρητά την πρόσβαση στο ΕΣΥ σε «παράτυπους» μετανάστες, πλην επειγόντων περιστατικών και ανηλίκων, με την εγκύκλιο 45610/2.5.2012 να επικυρώνει τον αποκλεισμό (Φούσκας and Οικονόμου 2014). Τέλος, η υπουργική απόφαση 39Α/2012 θα απαιτήσει την ειδοποίηση και συνδρομή της ΕΛ.ΑΣ σε υποχρεωτικούς ελέγχους εργαζομένων χωρίς έγγραφα, θυμάτων trafficking και χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών για τον έλεγχο μεταδιδόμενων νοσημάτων (Kentikelenis et al. 2014). Η ασφαλειοποίηση δημιουργεί, αντί να αποτρέπει, κρίσεις: ο φράχτης στον Έβρο ωθεί το προσφυγικό δρομολόγιο στα νησιά του Αιγαίου, όπου από το 2014 δημιουργούνται συνθήκες ανθρωπιστικής κρίσης (WHO Regional Office for Europe 2015).

Στον αντίποδα της ένταξης στο ΕΣΥ, η ασφαλειοποίηση ευνοεί την ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας (βλ. ΜΚΟ), την υποστελέχωση και διακανονισμούς χρηματοδότησης με χαρακτηριστικά τον κατακερματισμό, την επισφάλεια και την εξάρτηση από την εξωτερική (ευρωπαϊκή) χρηματοδότηση. Πέραν του υπουργείου Υγείας, τις υπηρεσίες υγείας για μετανάστες και αιτούντες άσυλο προ 2015 χρηματοδοτούν το Ευρωπαϊκό Ταμείο Επιστροφών, το Ευρωπαϊκό Ταμείο Προσφύγων, το Ταμείο Εξωτερικών Συνόρων και το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείου· από το 2014, κυριαρχούν το Ταμείο Εσωτερικής Ασφάλειας και το Ταμείο Ασύλου, Μετανάστευσης και Ένταξης (AMIF), που χρηματοδότησαν προγράμματα (“projects”) από την υγεία ως την αστυνόμευση συνόρων. Αντίστοιχα, την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ ανέλαβαν το ΚΕΕΛΠΙΝΟ και ΜΚΟ συμβεβλημένες με ευρωπαϊκά ταμεία (WHO Regional Office for Europe 2015; Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2015).

4. Η περίοδος 2015-19

Μέχρι το πρώτο δμνο του 2015, η υγεία προσφύγων και μεταναστών θα βρίσκεται χαμηλά στην κυβερνητική ατζέντα: η διαπραγμάτευση για το δημόσιο χρέος κυριαρχεί, ο διάδρομος της Ειδομένης παραμένει ανοικτός για τους πρόσφυγες, ενώ το «Πρόγραμμα Δράσης για τη Μετανάστευση» της Ευρωπαϊκής Επιτροπής ιεραρχεί ως μείζον την αντιμετώπιση της «παράνομης μετανάστευσης» και την επιτάχυνση της εξέτασης αιτημάτων ασύλου σε hotspot, αφήνοντας την υγεία εκτός συζήτησης.

7. Η τάση αυτή διατηρείται και στα τέλη της δεκαετίας του 2000. Ενδεικτικά, η Cabot σημειώνει ότι το 2008 η Ελλάδα αναγνώρισε 415 πρόσφυγες σε σύνολο 30.915 αποφάσεων, ενώ η Γαλλία 11.470 σε σύνολο 56.115, η Γερμανία 10.650 σε σύνολο 30.405 και η Ιταλία 9.740 σε σύνολο 20.260. (Cabot 2014).

Η μετατόπιση της ατζέντας σημειώνεται με τη λήξη της διαπραγμάτευσης, που αναβαθμίζει ραγδαία το προσφυγικό, καθώς και την αλλαγή ηγεσίας στο υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής. Στα τέλη Οκτωβρίου, η ελληνική κυβέρνηση δεσμεύεται να δημιουργήσει 50.000 θέσεις υποδοχής προσφύγων, σε συνεργασία με την Ύπατη Αρμοστεία (European Commission 2015). Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ωστόσο, μπροστά σε μια κρίση υποδοχής που θεωρείται «προσφυγική κρίση»/κρίση αριθμών, η Ευρωπαϊκή Ένωση απορρίπτει την ενεργοποίηση της Οδηγίας 2001/55/ΕΚ, που θα απέδιδε άμεση προσωρινή προστασία στους πρόσφυγες έξω από τις χρονοβόρες εξατομικευμένες διαδικασίες ασύλου. Επιπλέον, αποφεύγει τη χαλάρωση της δημοσιονομικής προσαρμογής στην Ελλάδα για τις ανάγκες της υποδοχής, και παρακολουθεί κυβερνήσεις να επαναφέρουν τους συννοριακούς ελέγχους στη Ζώνη Σένγκεν. Το σχέδιο μετεγκατάστασης 106.000 προσφύγων από Ελλάδα και Ιταλία αποτυγχάνει, η τζιχαντιστική επίθεση στο Παρίσι εντείνει ισλαμοφοβικά αντανάκλαστικά, η εμπλοκή του ΝΑΤΟ στη διαχείριση της κρίσης αναβαθμίζει την ασφαλειοποίηση και η Ελλάδα απειλείται με προσωρινή διακοπή της ιδιότητας μέλους του Σένγκεν αν δεν βελτιώσει την ταυτοποίηση νεοεισερχόμενων. Στο πλαίσιο αυτό, δημιουργείται μια διακομματική συναίνεση υπέρ της εξωτερίκευσης του ελέγχου συνόρων⁸, που ανοίγει το δρόμο στην Κοινή Δήλωση ΕΕ-Τουρκίας, λίγο πριν από το κλείσιμο του «διαδρόμου» της Ειδομένης.

Στην περίοδο που εγκαινιάζει η Κοινή Δήλωση, αντί της στέγασης των αιτούντων άσυλο στις πόλεις και της εκκένωσης των δομών υποδοχής, που σύμφωνα με το ΚΕΕΛΠΝΟ συνιστούν κίνδυνο για την υγεία των διαμενόντων (ΚΕΕΛΠΝΟ 2016), δρομολογείται η εγκατάσταση σε hotspot/KYT σε νησιά του Αιγαίου και κέντρα υποδοχής στην ηπειρωτική χώρα (Κουραχάνης 2019). Τα υπουργεία Μεταναστευτικής Πολιτικής, Εθνικής Άμυνας και Προστασίας του Πολίτη αναλαμβάνουν επιτελικό ρόλο στην υλοποίηση της ευρωτουρκικής συμφωνίας και τη λειτουργία των hotspot (βλ. Κέντρο Επιχειρησιακής Οργάνωσης Μεταναστευτικού), ενώ η Ευρωπαϊκή Επιτροπή χρηματοδοτεί την αντιμετώπιση μιας «ανθρωπιστικής κρίσης στην Ευρώπη», εποπτεύοντας την υλοποίηση της συμφωνίας (DG-SRSS). Οι ανάγκες υγείας κινητοποιούν τους προαναφερθέντες, αλλά με όρους υγειονομικής ασφάλειας: στόχος είναι η αποφυγή μιας επιδημικής κρίσης, πιθανής, λόγω συνθηκών διαβίωσης στα KYT – χωρίς να θίγεται το πλαίσιο των KYT. Δυνατότητα εξαίρεσης από τον γεωγραφικό αποκλεισμό στα KYT προβλέπεται έχουν μόνο όσοι ασθενείς που κρίνονται «ευάλωτοι». Στο πλαίσιο αυτό, οι ΜΚΟ αποκλείονται από τις διαδικασίες εκτίμησης ευαλωτότητας.

Η υλοποίηση της Κοινής Δήλωσης στα hotspot τερματίζει μια περίοδο «πατριωτισμού της αλληλεγγύης» (Papataxiarchis 2022), άτυπης δηλαδή συνεργασίας κυβέρνησης-ΜΚΟ και «αλληλέγγυων»: από τον Μάρτιο του 2016, η πρόσβαση εθελοντών και μη διαπιστευμένων ΜΚΟ στις δομές περιορίζεται δραστικά (Skleparis and Armakolas 2016), ενώ οι Αρχές εμποδίζουν ενίοτε τη δράση οργανώσεων (Carrera et al. 2018).

Σε ένα πλαίσιο που ορίζει η ασφαλειοποίηση, κατακερματισμός, εξάρτηση από τους ευρωπαϊκούς πόρους και, σε έναν βαθμό, ιδιωτικοποίηση, είναι τα βασικά χαρακτηριστικά της χρηματοδοτικής υπηρεσιών υγείας προσφύγων και μεταναστών στο διάστημα 2015-2019 (βλ. Πίνακα 1):

8. Το κείμενο της Προεδρίας της Ελληνικής Δημοκρατίας που συνοπογράφουν τα περισσότερα κόμματα της Βουλής (4.3.2016) ζητά από την ΕΕ α) «να προωθήσει, το ταχύτερο δυνατόν, προγράμματα επιστροφών παράτυπων μεταναστών, ενεργοποιώντας υφιστάμενες Συμφωνίες Επανεισοδοχής, και β) «να προωθήσει τη συνεργασία με την Τουρκία, προκειμένου αυτή [...] ν' ανακόψει αμέσως τις ροές Προσφύγων προς την ΕΕ» (Προεδρία της Ελληνικής Δημοκρατίας 2016).

Πίνακας 1. Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας προσφύγων και μεταναστών 2015-2019 (φορείς, ταμεία, παραλήπτες)⁹

Κατηγορία	Φορέας	Ταμεία	Παραλήπτες
Εξωτερική χρηματοδότηση	Ευρωπαϊκή Επιτροπή / DG HOME	AMIF 2014-2020 (τακτικοί πόροι)	Κυβέρνηση-φορείς του Δημοσίου
		Emergency Assistance AMIF (έκτακτοι πόροι)	* Κυβέρνηση-φορείς του Δημοσίου. * Υπηρεσίες της ΕΕ [EASO] * Οργανισμοί ΟΗΕ
		* ISF 2014-2020 (τακτικοί πόροι)	Κυβέρνηση-φορείς του Δημοσίου
		* Emergency Assistance ISF (έκτακτοι πόροι)	* Κυβέρνηση-φορείς του Δημοσίου * Οργανισμοί ΟΗΕ
	Ευρωπαϊκή Επιτροπή / DG ECHO	Emergency Support Instrument	* Διεθνείς και εγχώριες ΜΚΟ * Οργανισμοί ΟΗΕ
	Ευρωπαϊκή Επιτροπή / Υπηρεσία Καταναλωτών, Υγείας, Γεωργίας και Τροφίμων (CHAFEA)	Ταμείο 3ου Προγράμματος Υγείας 2014-2020	* Κυβέρνηση-φορείς του Δημοσίου * ΜΚΟ
	Ευρωπαϊκός Οικονομικός Χώρος (Ισλανδία, Λιχτενστάιν, Νορβηγία)	EEA Grants	* Κυβέρνηση-φορείς του Δημοσίου * ΜΚΟ
	Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες	Προϋπολογισμός της Ύπατης Αρμοστείας	ΜΚΟ
	Εθνικές κυβερνήσεις κατόπιν έκκλησης ΟΗΕ		
Εθνική χρηματοδότηση	Κρατικός Προϋπολογισμός		Κυβέρνηση-φορείς του Δημοσίου
	Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων		Κυβέρνηση-φορείς του Δημοσίου
Χρηματοδότηση ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα	ΜΚΟ Εγχώριες Διεθνείς		ΜΚΟ
	Κίνημα Ερυθρού Σταυρού Διεθνής Ομοσπονδία Ερυθρού Σταυρού (IFRC) Εθνικά τμήματα Ερυθρού Σταυρού		Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός
	Φιλανθρωπικά Ιδρύματα Εγχώρια Διεθνή		* Κυβέρνηση-φορείς του Δημοσίου * ΜΚΟ
Άλλες πηγές χρηματοδότησης	ΔΕΗ, ΕΛΠΕ, άλλες εταιρείες		* Κυβέρνηση-φορείς του Δημοσίου

9. Το υλικό προέρχεται από τις συνεντεύξεις και τα μηνιαία δελτία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τη χρηματοδότηση του προσφυγικού στην Ελλάδα.

Ειδικότερα, η χρηματοδότηση θα προέλθει από πόρους *εθνικούς, εξωτερικούς, ιδιωτικούς*, καθώς και άλλες πηγές. Δεδομένης της παρατεινόμενης δημοσιονομικής προσαρμογής στην Ελλάδα, αλλά και της πολιτικής ασύλου της περιόδου, τα ταμεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης. Για τους ίδιους λόγους, και μολονότι πολύ μικρότερης κλίμακας, η χρηματοδότηση από φιλανθρωπικά ιδρύματα (είτε σε σχήματα ΣΔΙΤ, για «στοχευμένες δράσεις», είτε μέσω ΜΚΟ), αποκτά επίσης ειδικό βάρος. Η χρηματοδότηση είναι, επίσης, επισφαλής. Από τον Ιανουάριο του 2015 μέχρι τον Ιούνιο του 2019, μήνα που για την Ευρωπαϊκή Επιτροπή τερματίζεται η «προσφυγική κρίση», η Ευρωπαϊκή Ένωση διαθέτει 2.288,3 εκ ευρώ για τη «διαχείριση της μετανάστευσης» στην Ελλάδα (European Commission 2022) – τα περισσότερα από το 2016 και μετά: μόλις 648,3 εκ. ευρώ είναι τακτικά κονδύλια προς το ελληνικό κράτος. Η έκτακτη χρηματοδότηση ισχυροποιεί σημαντικά τη θέση Ευρωπαϊκής Επιτροπής έναντι της ελληνικής κυβέρνησης. Επιπλέον, για πρώτη φορά σε κράτος-μέλος της ΕΕ ενεργοποιείται ο έκτακτος μηχανισμός της ανθρωπιστικής προστασίας για (ESI/DG ECHO) (668,9 εκ. ευρώ), χρηματοδοτώντας διεθνείς οργανισμούς και διεθνείς, κυρίως ΜΚΟ, βάσει συμφώνων σύμπραξης (FPA's) (βλ. Πίνακα 2)¹⁰.

Πίνακας 2. Παραλήπτες της χρηματοδότησης από την DG ECHO 2016-2018

Οργανισμοί ΟΗΕ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν σε τρέχουσες αγοραίες τιμές	Ποσοστό % δαπανών Κ.Π. προς Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
*Υπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες	* Oxfam	* Χαμόγελο του Παιδιού
* ΔΟΜ	* Διεθνής Ομοσπονδία των Εταιριών του Ερυθρού Σταυρού και της Ερυθράς Ημισελήνου (IFRC)	* Μετάδραση
* UNICEF	* Διεθνής Επιτροπή Διάσωσης (IRC)	
	* Danish Refugee Council (DRC)	
	* Arbeiter-Samariter-Bund (ASB)	
	* Save the Children (STC)	
	* Γιατροί του Κόσμου (MDM)	
	* Norwegian Refugee Council (NRC)	
	* Care International (CARE)	
	* Mercy Corps (MCE)	
	* Terre des Hommes (TDH)	

Το μεγαλύτερο μέρος της έκτακτης χρηματοδότησης συνολικά (AMIF-ISF/DG HOME, ESI/DG ECHO) μοιράζεται κυρίως προς Υπατη Αρμοστεία, ΔΟΜ και διεθνείς ΜΚΟ (74,2%).

Ο επισφαλής/μη προβλέψιμος χαρακτήρας της ευρωπαϊκής χρηματοδότησης αποτυπώνεται στη διάρκεια των προγραμμάτων υγείας που χρηματοδοτεί η ΕΕ και υλοποιεί κυρίως το ΚΕΕΛΠΝΟ.

10. Για τα ακριβή ποσά που έλαβαν οι αναφερόμενες ΜΚΟ, βλ. (European Commission 2022). Στον Πίνακα δεν συμπεριλαμβάνονται οι ΜΚΟ που έλαβαν έμμεσα χρηματοδότηση από την DG ECHO, ως φορείς υλοποίησης (implementing partners) έργων που ανατέθηκαν σε οργανισμούς του ΟΗΕ. Βλ. (DG ECHO - Directorate-General for Civil Protection and Humanitarian Aid Operations 2018).

Παρότι αφορούν ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού παγιωμένου πλέον στην Ελλάδα, οι δύο από τις τρεις κύριες συμφωνίες χρηματοδότησης μεταξύ υπουργείου Υγείας/ΚΕΕΛΠΝΟ και ταμείων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Δεκέμβριος 2015, Ιούλιος 2016, Ιούλιος 2019) συνάπτονται για διαστήματα 8-9 μηνών (βλ. Πίνακα 3), μετά τα οποία δίνονται αλληπάλληλες παρατάσεις. Σε μια χώρα που ήδη λαμβάνει εξωτερική βοήθεια για να εξυπηρετήσει το δημόσιο χρέος της, η ισχύς της πλευράς του χρηματοδότη (ΕΕ) μεγιστοποιείται. Η λογική της χρηματοδότησης παραπέμπει στο Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ: διαχωρισμός χρηματοδότη-παρόχου, συμβάσεις στο πλαίσιο οιονεϊ αγοράς υπηρεσιών, εισαγωγή επισφαλών σχέσεων εργασίας από τον ιδιωτικό τομέα στο ΕΣΥ.

Πίνακας 3. Η ευρωπαϊκή χρηματοδότηση των προγραμμάτων υγείας Ανατολικού Αιγαίου, PHILOS 1 και PHILOS 2, με δικαιούχο το ΚΕΕΛΠΝΟ (2015-2019)

Ημερομηνία	Απόφαση/φορέας χρηματοδότησης	Πρόγραμμα, προϋπολογισμός και διάρκεια έργου
8.12.2015	Απόφαση DG HOME/ISF	«Άμεση ενίσχυση της ανταπόκρισης του εθνικού συστήματος υγείας εξαιτίας της προσφυγικής/μεταναστευτικής κρίσης που αντιμετωπίζουν τα νησιά του Ανατολικού Αιγαίου» Προϋπολογισμός: 3.270.529,90 ευρώ (δαπάνες προσωπικού: 69,1%) Διάρκεια: 8 μήνες
19.7.2016	Απόφαση DG HOME /AMIF	«Ολοκληρωμένη επείγουσα παρέμβαση υγείας για την προσφυγική κρίση» (PHILOS I) Προϋπολογισμός: 24.152.372,63€ (δαπάνες προσωπικού: 92%) Προϋπολογισμός: 9 μήνες (παρατάθηκε)
5.7.2019	Απόφαση DG HOME/AMIF και Πρ. Δημοσίων Επενδύσεων	«Ολοκληρωμένη επείγουσα παρέμβαση υγείας για την προσφυγική κρίση» (PHILOS I) Προϋπολογισμός: 24.152.372,63€ (δαπάνες προσωπικού: 92%) Διάρκεια: 9 μήνες (παρατάθηκε) X

Σε ολόκληρη την περίοδο 2015-2019, οι έκτακτες δαπάνες που αφορούν αμιγώς την υγεία είναι από τις χαμηλότερες (0,2% επί του συνόλου των εκτάκτων το 2015, 2,1% το 2016, 0,4% το 2017, 0,3% το 2018, 0% στο α' εξάμηνο του 2019). Τρεις κατηγορίες φορέων παρέχουν κυρίως αμιγώς υπηρεσίες υγείας: ΚΕΕΛΠΝΟ (65 εκ. ευρώ), Ερυθρός Σταυρός (8 εκ. ευρώ) και διεθνείς ΜΚΟ (14,45 εκ. ευρώ)· οι τελευταίες διαμορφώνουν de facto ένα «παράλληλο» σύστημα (μόνο για αιτούντες άσυλο), χρηματοδοτούμενες κυρίως από την DG ECHO (οι δαπάνες υγείας της οποίας αφορούν το 6% του έκτακτου μηχανισμού της). Επιπλέον, η ΑΕΜΥ παρέχει υπηρεσίες υγείας στα οχτώ προαναχωρησιακά κέντρα που διοικεί η ΕΛ.ΑΣ, ενώ υπηρεσίες υγείας ή/και σχετικές με την υγεία χρηματοδοτούνται, επίσης, στο πλαίσιο συμφωνιών πολυτομεακής βοήθειας της ΕΕ με το υπουργείο Εθνικής Άμυνας: το έκτακτο ευρωπαϊκό κονδύλι ύψους 183,06 εκ., που έλαβε αυτό, για υπηρεσίες σίτισης, εγκατάστασης και υγείας, είναι υπερδιπλάσιο της χρηματοδότησης των φορέων που παρέχουν αμιγώς υπηρεσίες υγείας.

Η πρώτη χρηματοδοτική συμφωνία κράτους-ΕΕ για την υγεία αφορά τα νησιά του Ανατολικού Αιγαίου. Μέχρι τότε, υπηρεσίες ΠΦΥ σε πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο παρέχουν κυρίως ΜΚΟ, Ερυθρός Σταυρός, στρατιωτικοί γιατροί, αλλά και κοινωνικά ιατρεία: ο δημόσιος τομέας υγείας απουσιάζει τόσο από την Ειδομένη (για να μη νομιμοποιήσει άτυπους καταυλισμούς), όσο και από τα νησιά, λόγω υποστελέχωσης. Επιπλέον, μέχρι τη νομοθέτηση της δωρεάν υγειονομικής κάλυψης ανασφάλιστων, με χρηματοδότηση από τον ΕΟΠΥΥ και μόνη προϋπόθεση την κατοχή ΑΜΚΑ (ν. 4368/2016, Άρθρο 33, παρ. 5), η πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία κατοχυρώνεται νομικά μόνο για επείγοντα περιστατικά και ανηλίκους.

Ως εκ τούτου, το πολυνομοσχέδιο «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις» (ν. 4368/2016), που ψηφίζεται μερικές εβδομάδες πριν από την Κοινή Δήλωση ΕΕ-Τουρκίας, αποτελεί την κρισιμότερη παρέμβαση της περιόδου για τη διασφάλιση της οικονομικής προσιτότητας της φροντίδας υγείας μεταναστών και προσφύγων. Στο ίδιο μήκος κινείται η διαγραφή χρεών προς δημόσια νοσοκομεία (ν.4486/2017), και η έναρξη, μέσα στο 2017, του προγράμματος PHILOS, με έκτακτη χρηματοδότηση του AMIF/DG HOME. Το πρόγραμμα θα χρηματοδοτήσει σχεδόν εξολοκλήρου θέσεις εργασίας για υπηρεσίες ιατρικής-ψυχοκοινωνικής φροντίδας και επιδημιολογικής επιτήρησης σε ΚΥΤ, κέντρα υποδοχής της ενδοχώρας, αλλά και δομές του ΕΣΥ – *ενισχύοντας την πρόσβαση και για τον γενικό πληθυσμό*. Σημαντικά, ωστόσο, εμπόδια σε διαστάσεις της πρόσβασης όπως η *διαθεσιμότητα* υπηρεσιών, η *προσβασιμότητα*, η *καταλληλότητα* και ο *αποδοκίμος χαρακτήρας των υπηρεσιών* (acceptability) (Saurman 2016), δεν αντιμετωπίζονται.

Μέρος των εμποδίων οφείλονται στους όρους της Κοινής Δήλωσης ΕΕ-Τουρκίας: ακινητοποιώντας χιλιάδες αιτούντες άσυλο σε νησιά του Αιγαίου και Έβρο, στις περιοχές δηλαδή όπου το ΕΣΥ υφίσταται διαχρονικά τη σοβαρότερη υποστελέχωση και μη διαθεσιμότητα υπηρεσιών, η πολιτική ασύλου δημιουργούσε de facto εμπόδια. Επιπλέον, η καθυστέρηση της καταγραφής των νεοεισερχόμενων, λόγω 25ήμερης κράτησης όσων εισέρχονταν στα ΚΥΤ (ν. 4375/2016, Άρθρο 14) (Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής 2016)), εμπόδιζε επίσης την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Συνήγορος του Πολίτη 2017). Τόσο στα νησιά όσο και στην ενδοχώρα, εξάλλου, η χωροθέτηση δομών σε απομακρυσμένες από τον οικιστικό ιστό περιοχές καθιστούσε τις υπηρεσίες υγείας μη προσβάσιμες, και τελικά μη διαθέσιμες. Σε πολλές από τις δομές, η ακαταλληλότητα των συνθηκών διαβίωσης (διαμένοντες έως και υπερτετραπλάσιοι της χωρητικότητας (βλ. Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος, Δ Κουραχάνης, Ν, Μακρίδου 2020), παρά την ραγδαία μείωση των αφίξεων λόγω ευρωτουρκικής συμφωνίας (βλ. Πίνακα 4), εμπόδιζε σημαντικά την πρόσβαση.

Πίνακας 4. Αφίξεις προσφυγικού πληθυσμού στην Ελλάδα 2014-2024

ΕΤΟΣ	ΑΦΙΧΘΕΝΤΕΣ/ΕΙΣΕΣ
2014	43.318
2015	861.630
2016	177.234
2017	36.310
2018	50.508
2019	74.613
2020	15.696
2021	10.313
2022	18.780
2023	48.721
2024 (μέχρι 20/8)	28.109

Πηγή: Ιστοσελίδα Υπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες (Operation Data Portal, Greece)

Εμπόδια στην πρόσβαση δημιούργησαν επίσης η υποστελέχωση, λόγω μη προσέλευσης γιατρών¹¹, και η έλλειψη διερμηνέων και διαπολιτισμικών μεσολαβητών, διάσταση που αφορά τον αποδεκτό χαρακτήρα και την ποιότητα της φροντίδας: παρά την πιστοποίηση μέσω ευρωπαϊκών προγραμμάτων από τα μέσα της δεκαετίας του 2000, και τις σχετικές μέριμνες του PHILOS¹², σημαντικό μέρος των ιδίως των μεσολαβητών είχε ήδη προσληφθεί από ΜΚΟ.

Άλλη κατηγορία εμποδίων αφορούσε τα διοικητικά προσκόμματα στη χορήγηση ΑΜΚΑ, στην περίπτωση ορισμένων ΚΕΠ, αλλά και στην έκδοση Κάρτας Υγείας Περίθαλψης Αλλοδαπού (ΚΥΠΑ), για μετανάστες χωρίς έγγραφα, και που, ενώ προβλέφθηκε (εγκύκλιος 39364/31.5.2016), δεν εκδόθηκε.

Τέλος, το PHILOS απέτυχε να εγγυηθεί την πρόσβαση σε φάρμακα και εμβόλια: η Οδηγία 2014/24/ΕΕ απαγόρευε προμήθειες του Δημοσίου άνω των 750.000 ευρώ χωρίς διαγωνισμό, η διάρκεια του οποίου, ωστόσο, θα υπερέβαινε αυτή του προγράμματος: οι ανάγκες καλύφθηκαν από δωρεές ΜΚΟ, του Ερυθρού Σταυρού, της UNICEF (εμβόλια), εταιρειών και κοινωνικών φαρμακείων.

Στον αντίποδα, το PHILOS αντιμετώπισε ως έναν βαθμό ανάγκες σχετικές με το κοινωνικό φύλο, ώστε η φροντίδα να καταστεί αποδεκτή από τον γυναικείο προσφυγικό πληθυσμό.

11. Η άρση της μονιμότητας που συνεπάγονταν οι συμβάσεις του PHILOS, οι καλύτεροι μισθοί που προσέφεραν οι ΜΚΟ, και γενικά ο ανταγωνισμός για ανθρώπινο δυναμικό, ήταν ένα από τα πεδία εκδήλωσης του ανταγωνισμού κράτους-ΜΚΟ (που αφορούσε, επιπλέον, τον διαγωνισμό για ευρωπαϊκά κονδύλια και συμβολικό κύρος). Ο μισθολογικός ανταγωνισμός υποχρέωσε τον ΕΟΔΥ να διπλασιάσει τον μισθό των γιατρών για το PHILOS 2, χωρίς σημαντική βελτίωση στην προσέλευση.

12. Στα εμπόδια που αντιμετώπισε το PHILOS, και τα οποία εκτίθενται εδώ, αναφέρθηκαν στελέχη του υπουργείου Υγείας και του ΚΕΕΛΠΝΟ/ΕΟΔΥ της περιόδου 2015-2019 (ιδίως συνεντεύξεις με Π7, Π9, Π17 και Π52).

5. Από το 2019 μέχρι σήμερα: κατάργηση ΑΜΚΑ και «Αγνοδίκη», ουκρανική κρίση και «Ιπποκράτης»

Το προσφυγικό βρέθηκε ψηλά στην ατζέντα της ΝΔ ήδη από την πρώτη εβδομάδα της στην κυβέρνηση. Την αφαίρεση ΑΜΚΑ (βλ. παρακάτω) και την προσωρινή κατάργηση του υπουργείου Μεταναστευτικής Πολιτικής, ακολούθησε νέος νόμος για τις διαδικασίες ασύλου (ν. 4636/2019)), οι αλλαγές του οποίου έθεταν σε κίνδυνο ανθρώπους σε ανάγκη διεθνούς προστασίας, σύμφωνα με την Ύπατη Αρμοστεία και τον Συνήγορο του Πολίτη· στο ίδιο διάστημα, η κυβέρνηση αντιμετώπισε κατηγορίες για επαναπροωθήσεις στον Έβρο και το Αιγαίο (ECRE & Greek Council for Refugees 2020). Παρά τον δραστικό περιορισμό των αφίξεων (74.613 το 2019, οι περισσότερες γυναίκες και ανήλικοι από Αφγανιστάν και Συρία), στα μέσα Δεκεμβρίου του 2019, περισσότεροι από 40.000 πρόσφυγες και μετανάστες διέμεναν στις δομές νησιών του Αιγαίου με χωρητικότητα 9.890 (World Health Organization 2020). Με τον ν. 4636/2019, εξάλλου, η ευαλωτότητα αποσυνδέθηκε από τις διαδικασίες ασύλου.

Στις αρχές του 2020, η κρίση στα ευρωτουρκικά σύνορα του Έβρου αντιμετωπίστηκε με στρατιωτικούς όρους, ως «υβριδική απειλή» και «εισβολή». Με την έξαρση της COVID-19, η κυβέρνηση αγνόησε διεθνείς συστάσεις του ΠΟΥ για εκκένωση των δομών υποδοχής και ένταξη προσφύγων και μεταναστών στα εθνικά συστήματα υγείας, απαγορεύοντας την κυκλοφορία έξω από τις δομές, πλην λίγων ωρών και για επιλεγμένο πληθυσμό, ενώ προχώρησε σε διακοπή των διαδικασιών ασύλου. Με νέες παρεμβάσεις στην πολιτική ασύλου (ν. 4686/2020, «Βελτίωση της μεταναστευτικής νομοθεσίας»), επιβλήθηκε η γενίκευση της κράτησης, αντί της χρήσης εναλλακτικών μέτρων, και οι ανοικτές δομές στα νησιά μετατράπηκαν σε κλειστές (Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος, Δ Κουραχάνης, Ν, Μακρίδου 2020). Τέλος, διατάξεις περί κράτησης αιτούντων άσυλο του νέου «Κώδικα Μετανάστευσης» (ν. 4939/2022) επικρίθηκαν ως αντίθετες στην ευρωπαϊκή νομοθεσία περί κράτησης. Στον αντίποδα της ασφαλειοποίησης, η άφιξη προσφύγων του πολέμου της Ουκρανίας αντιμετωπίστηκε με την ενεργοποίηση της Οδηγίας 2001/51/ΕΕ, που παρείχε άμεσα προσωρινή προστασία έξω από τις χρονοβόρες διαδικασίες ασύλου, διευκολύνοντας την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Ειδικότερα, τέσσερις μόλις μέρες μετά την επάνοδο της ΝΔ στην κυβέρνηση (11.7.2019), ο υπουργός Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων ανακάλεσε την εγκύκλιο του υπουργείου Υγείας για απόδοση ΑΜΚΑ σε μη αναγνωρισμένους πρόσφυγες (20.6.2019), προκαλώντας, μεταξύ άλλων, παρέμβαση του Συνηγόρου του Πολίτη¹³. Μέχρι και τη νομοθέτηση Προσωρινού Αριθμού Ασφάλισης και Υγειονομικής Περιθάλψης αλλοδαπού (ΠΑΑΥΠΑ), τον Νοέμβριο του 2019, οι νεοεισερχόμενοι βρίσκονταν εκτός ΕΣΥ, ακόμη και αν ανήκαν σε «ευάλωτες» ομάδες (π.χ. ασυνόδευτοι ανήλικοι), με εξαίρεση επείγοντα περιστατικά, ενώ η νοσηλεία τους εναπόκειτο στη βούληση της διοίκησης των νοσοκομείων (ECRE & Greek Council for Refugees 2020). Βάσει του ν. 4636/2019, απόρριψη του αιτήματος διεθνούς προστασίας συνεπαγόταν απενεργοποίηση του ΠΑΑΥΠΑ. Επιπλέον, τουλάχιστον ως και τα μέσα του 2020, ο ΠΑΑΥΠΑ, που θα παραχωρούνταν με την αίτηση ασύλου (Άρθρο 55, παρ. 2), δεν είχε εκδοθεί.

13. Συνήγορος του Πολίτη, «Ζητήματα απόδοσης ΑΜΚΑ, ΚΥΠΑ και συναφή προσκόμματα πρόσβασης στην εργασία, ασφάλιση και υγεία των αιτούντων διεθνή προστασία και των ανηλίκων», 11.9.2019 (διαθέσιμη εδώ: <https://old.synigoros.gr/resources/20190909-epistoli-2.pdf>, ανάκτηση 20.8.2024).

Από τα μέσα του 2019 ξεκίνησε το πρόγραμμα PHILOS 2, με χρηματοδότηση του AMIF/DG HOME (75%) και του Προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων (25%)· μετά το 2021, το πρόγραμμα επεκτάθηκε με αλληπάλληλες ολιγόμηνες παρατάσεις, ως την απόφαση του υπουργείου να ολοκληρωθεί στο τέλος Ιουνίου 2024. Τον Νοέμβριο του 2019, η κυβέρνηση νομοθέτησε Προσωρινό Αριθμό Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (ΠΑΑΥΠΑ) (ν. 4636/2019, Άρθρο 55)· εισάγοντας μια επιπλέον «ταχύτητα»/ διάκριση στην πρόσβαση στο ΕΣΥ, σε βάρος των αιτούντων άσυλο, με τον ΠΑΑΥΠΑ διαμόρφωνε ουσιαστικά ένα μπρώο αιτούντων που έκαναν χρήση υπηρεσιών του ΕΣΥ χωρίς να έχουν καταβάλει εισφορές. Με βάση το μπρώο αυτό μπορούσε να υπολογίσει τις σχετικές δαπάνες, ώστε να τις διεκδικήσει από την Ευρωπαϊκή Ένωση, αποσυνδέοντας τη φροντίδα αιτούντων άσυλο από τον εθνικό προϋπολογισμό. Η ευρωπαϊκή χρηματοδότηση αφορούσε και τους πρόσφυγες από την Ουκρανία: το Άρθρο 3 της Υπουργικής Απόφασης που ενεργοποιούσε την Οδηγία 2001/55/ΕΚ προέβλεπε ότι οι δαπάνες από την εφαρμογή της οδηγίας θα καλύπτονταν από τα ταμεία της ΕΕ, ως επιλέξιμες στο πλαίσιο των εν ισχύ προγραμμάτων υποδοχής και φιλοξενίας.

Με την ολοκλήρωση του προγράμματος PHILOS 2, η κυβέρνηση ανήγγειλε την έναρξη του προγράμματος «Ιπποκράτης», με χρηματοδότηση από το ευρωπαϊκό Ταμείο Ασύλου, Μετανάστευσης και Ένταξης (75%) και το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων (25%). Το πρόγραμμα διατηρεί στο ακέραιο τη λογική της διάκρισης χρηματοδότη-παρόχου και της επισφαλούς χρηματοδότησης (σχεδιάστηκε για 1+1 χρόνο) και, αντίστοιχα, της επισφαλούς απασχόλησης. Ο πρώτος «βραχίονάς» του—«Ιπποκράτης Ι»—, χρηματοδοτείται με 20 εκ. ευρώ για την παροχή πρωτοβάθμιων ιατρικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών, ενώ το «Ιπποκράτης ΙΙ» θα παρέχει επιδημιολογική επιτήρηση, έναντι 1 εκ. ευρώ.

Ειδικό κεφάλαιο αποτέλεσε η αντιμετώπιση της επιδημικής κρίσης COVID-19: η ασφαλειοποίηση της πολιτικής υγείας προσφύγων και μεταναστών αποτυπώθηκε στο «Σχέδιο Αγνοδίκη» - ένα διαβαθμισμένο σχέδιο διαχείρισης της πανδημίας μέσα στις δομές, με τον αποκλεισμό τους σε περίπτωση εντοπισμού κρούσματος, αλλά και τη διαχείριση πιθανών εξεγέρσεων των έγκλειστων (Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος, Δ Κουραχάνης, Ν, Μακρίδου 2020). Μέχρι τα μέσα του 2021 ο κίνδυνος μόλυνσης στις δομές υπήρξε έως και τριπλάσιος σε σχέση με τον κίνδυνο που αντιμετώπισε ο γενικός πληθυσμός (Μπένος et al. 2021).

Τις δυνατότητες μιας διαφορετικής προσέγγισης ανέδειξε η αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των προσφύγων από την Ουκρανία. Σε αντίθεση με ό,τι συνέβη την περίοδο 2015-16, για την προσωρινή προστασία των Ουκρανών ενεργοποιήθηκε η Οδηγία 2001/55/ΕΚ του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ως εκ τούτου, η Υπηρεσία Ασύλου χορηγούσε μέσα σε 90 ημέρες προσωρινή προστασία για ένα έτος, με δυνατότητα παράτασης, και συνεπώς δικαίωμα πρόσβασης στη νόμιμη απασχόληση και σε ιατρικές και φαρμακευτικές υπηρεσίες (η προσωρινή άδεια διαμονής προστασίας εγγυάτο ΑΦΜ και ΑΜΚΑ). Ελάχιστοι έμειναν σε δομές: οι περισσότεροι φιλοξενήθηκαν σε καταλύματα μέσα στον αστικό ιστό. Επιπλέον, οι Ουκρανοί πρόσφυγες δικαιούνταν δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες των δημοσίων νοσοκομείων και των ιατρικών κέντρων, ακόμη και χωρίς ΑΜΚΑ, με την επίδειξη διαβατηρίου, πέραν της πρόσβασης σε ΜΚΟ και της γραμμής στήριξης του υπουργείου Υγείας με Ουκρανούς ψυχολόγους.

Ενώ ο ν. 4368/2016, το πρόγραμμα PHILOS και η Οδηγία 55 για τους πρόσφυγες της Ουκρανίας εξασφάλιζαν, έστω με εμπόδια, την κοινή χρήση υπηρεσιών υγείας από Έλληνες πολίτες και

αιτούντες άσυλο, το πρόγραμμα Ιπποκράτης, που διαδέχεται το PHILOS, σχεδιάστηκε αποκλειστικά για αιτούντες άσυλο στα κέντρα υποδοχής, διαμορφώνοντας «παράλληλο» σύστημα. Στο πρότυπο της κατάτμησης υπηρεσιών που ευνοεί το ΝΔΜ, ο ΕΟΔΥ θα διατηρήσει μόνο την επιδημιολογική επιτήρηση, ενώ περίθαλψη και (παραδόξως) πρόληψη, εκχωρούνται στον ιδιωτικό τομέα υγείας.

Συμπεράσματα

Η πολιτική υγείας προσφύγων και μεταναστών σχεδιάζεται στο σημείο τομής της πολιτικής υγείας για τον γενικό πληθυσμό και των πολιτικών μετανάστευσης και ασύλου (Bollini 1992). Με το σκεπτικό αυτό, παρακολούθησαμε τα σημεία επαφής της μεταρρύθμισης του ΕΣΥ και της ασφαλειοποίησης των πολιτικών μετανάστευσης και ασύλου στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στη χώρα μας. Ειδικότερα, είδαμε ότι η ασφαλειοποίηση του συστήματος υγείας έναντι «παράτυπων» και αιτούντων άσυλο, που ήγειρε εμπόδια στην πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας, υπήρξε προγενέστερη της μαζικής άφιξης αιτούντων άσυλο την περίοδο 2015-16. Η ίδια συνεχίστηκε και αναβαθμίστηκε και μετά το 2016, παρά τη δραστική μείωση των αφίξεων, λόγω της ευρωτουρκικής συμφωνίας. Η δε από-ασφαλειοποίηση που επιχείρησε το υπουργείο Υγείας εν μέσω κρίσης υποδοχής υπονομεύτηκε από τους όρους εφαρμογής της ευρωτουρκικής συμφωνίας, την παρατείνόμενη δημοσιονομική προσαρμογή που επιδείνωσε την υποστελέχωση του ΕΣΥ, και μια επισφαλή και κατακερματισμένη ευρωπαϊκή χρηματοδότηση, που ευνόπη τη δημιουργία ενός ιδιωτικοποιημένου «παράλληλου» συστήματος υγείας. Όψεις της πολιτικής του 2015-19 υπέρ της κοινής χρήσης υπηρεσιών, όπως και της υποδοχής των προσφύγων της Ουκρανίας, άμβλυαν αποκλεισμούς. Δεν αντέστρεψαν, ωστόσο, τη συρρίκνωση του ΕΣΥ – μια τάση που παροξύνθηκε μέσα στην κρίση και δημιούργησε σοβαρά εμπόδια πρόσβασης ήδη πριν από το 2015, τόσο για τον γενικό πληθυσμό, όσο και για μετανάστες και πρόσφυγες. Το ειδικότερο πρόβλημα με τους τελευταίους δεν αφορούσε μόνο εμπόδια στην πρόσβαση, αλλά και τις συνθήκες στέγασης στις δομές των νησιών και της ενδοχώρας, που αποτέλεσαν παράγοντα κινδύνου για την υγεία του μεταναστευτικού και προσφυγικού πληθυσμού.

Ένα σύστημα υγείας υποχρηματοδοτημένο, στηριγμένο σε έμμεσους κυρίως φόρους (σε περίοδο συμπίεσης εισοδημάτων), ασφαλιστικές εισφορές (εν μέσω εκτεταμένης επισφαλούς απασχόλησης) και, ταυτόχρονα, υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, κατακερματισμένο, υποστελεχωμένο, με ισχνή και χαμηλής ποιότητας ΠΦΥ, και σε ανταγωνισμό με έναν διογκωμένο, σε πόρους και ανθρωπινό δυναμικό, ιδιωτικό τομέα, υπήρξε, ήδη για τον γενικό πληθυσμό, και τελικά και για τους πρόσφυγες α) αντικειμενικά εξαρτημένο από εξωτερική χρηματοδότηση (βλ. χρηματοδότηση των Τοπικών Μονάδων Υγείας), β) προορισμένο να δημιουργεί ανικανοποίητες ανάγκες υγείας στις πιο ευάλωτοποιημένες κατηγορίες του πληθυσμού (όχι μόνο στους πρόσφυγες) και γ) περιορισμένο, ως προς τους στόχους του, στη διαχείριση επειγόντων περιστατικών και ακραίας φτώχειας.

Το ΕΣΥ υπήρξε προϊόν μιας μεταπολιτευτικής κοινωνικής δυναμικής που υπερέβη κατά πολύ τα όρια του τομέα υγείας. Η σημερινή συρρίκνωση και η διαρκής κρίση του προϋποθέτει μια αντίστοιχη δυναμική υπέρ της επανίδρυσής του. Μια τέτοια επανίδρυση, στον αντίποδα του ΝΔΜ και της ασφαλειοποίησης, απαιτεί ριζικούς μετασχηματισμούς στη διαμόρφωση της ατζέντας, τη δημιουργία πόρων, με άξονα τους άμεσους φόρους, και τη διασφάλιση της πρόσβασης με όρους καθολικότητας – στο πρότυπο που έθεσε η Διακήρυξη της Άλμα Άτα.

Βιβλιογραφία

Ξενογλώσση

- Abel-Smith, B. et al. 1994. *Report on the Greek Health Services*. Athens: Pharmetrica.
- Abubakar, Ibrahim, Robert W Aldridge, Delan Devakumar, and Miriam Orcutt. 2018. “The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: The Health of a World on the Move.” *Lancet* 392(10164): 2606–54.
- Arrow, Kenneth. 1963. “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care.” *American Economic* 33(5).
- Björngren Cuadra, Carin. 2012. “Right of Access to Health Care for Undocumented Migrants in EU: A Comparative Study of National Policies.” *European Journal of Public Health, Vol. 22, No. 2, 22(2)*: 267–271.
- Bollini, Paola. 1992. “Health Policies for Immigrant Populations in the 1990s. A Comparative Study in Seven Receiving Countries.” *International Migration* 30(s1): 103–19.
- Bollini, Paola, and Harald Siem. 1995. “No Real Progress Towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the Eve of the Year 2000.” *Soc. Sci. Med.* 41(6): 819–28.
- Bozorgmehr, Kayvan, Louise Biddle, Oliver Razum, and Bayard Roberts. 2021. “Health Policy and Systems Responses to Forced Migration: An Introduction.” In *Health Policy and Systems Responses to Forced Migration*, eds. Kayvan Bozorgmehr, Bayard Roberts, Oliver Razum, and Louise Biddle. Cham: Springer Nature, 1–14.
- Buzan, Barry, Ole Wæver, and Jaap de Wilde. 1998. *Security. A New Framework for Analysis*. London: Lynne Renner Publishers.
- Cabot, Heath. 2014. “The Rock of Judgment.” In *On the Doorstep of Europe. Asylum and Citizenship in Greece*, Pennsylvania: University of Pennsylvania Press, 1–22.
- Carpenter, Mick. 2003. “On the Edge: The Fate of Progressive Modernization in Greek Health Policy.” *International Political Science Review* 24(2).
- Carrera, S. et al. 2018. *Update Study “Fit for Purpose? The Facilitation Directive and the Criminalisation of Humanitarian Assistance to Irregular Migrants*. Brussels: European Union. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2018/608838/IPOL_STU\(2018\)608838_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2018/608838/IPOL_STU(2018)608838_EN.pdf).
- Chauvin, Pierre et al. 2007. “Access to Health Coverage.” In *European Survey on Undocumented Migrant’s Access to Health Care*, Paris: Observatoire européen de l’accès aux soins de Médecins du Monde. Médecins du Monde, 28.
- Council of Europe. 2013. *Commissioner for Human Rights, Report by Nils Muižnieks Commissioner for Human Rights of the Council of Europe Following His Visit to Greece from 28 January to 1 February 2013, CommDH(2013)6*. Strasbourg: Council of Europe: Commissioner for Human Rights.
- Dardot, Pierre, and Christian Laval. 2022. “Η Επιχειρηματική Κυβέρνηση.” In *Ο Νέος Λόγος Του Κόσμου. Ένα Δοκίμιο Για Τη Νεοφιλελεύθερη Κοινωνία*, Αθήνα: Angelus Novus, 413–70.
- DG ECHO - Directorate-General for Civil Protection and Humanitarian Aid Operations. 2018. “Evaluation of the Operation of Regulation (EU) 2016/369 on the Provision of Emergency Support in the Union.” https://civil-protection-humanitarian-aid.ec.europa.eu/system/files/2018-11/esi_evaluation_final_211118_0.pdf.

- Economou, Charalampos, and Claude Giorno. 2009. *Improving the Performance of the Public Health Care System in Greece*. Paris: OECD.
- Economou, Charalampos, Daphne Kaitelidou, Marina Karanikolos, and Anna Maresso. 2017. *Greece: Health System Review. Health Systems in Transition*. eds. Charalampos Economou, Daphne Kaitelidou, Marina Karanikolos, and Anna Maresso. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- ECRE & Greek Council for Refugees. 2020. *Asylum Information Database. Country Report: Greece (Update 2019)*. European Council on Refugees and Exiles (ECRE).
- EquiHealth. 2013. *Assessment Report: The Health Situation at EU Southern Borders - Migrant Health, Occupational Health, and Public Health*.
- European Commission. 2015. “Meeting on the Western Balkans Migration Route: Leaders Agree on 17- Point Plan of Action (25 October 2015).” https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_15_5904.
- . 2022. “Managing Migration: EU Financial Support to Greece.” [https://home-affairs.ec.europa.eu/system/files/2022-01/202202_Eu Budget-financial support to greece.pdf](https://home-affairs.ec.europa.eu/system/files/2022-01/202202_Eu%20Budget-financial%20support%20to%20greece.pdf).
- Falkenbach, Michelle, and Scott L. Greer. 2018. “Political Parties Matter: The Impact of the Populist Radical Right on Health.” *European Journal of Public Health* (Nov; 28(Suppl 3)): 15–18.
- Ferrera, Maurizio. 1996. *A New Social Contract? The Four Social Europes: Between Universalism and Selectivity*. Florence.
- Fox Piven, F. 2015. “Neoliberalism and the Welfare State.” *Journal of International and Comparative Social Policy* 31(1): 2–9.
- Fraser, Nancy. 2017. “Crisis of Care? On the Social-Reproductive Contradictions of Contemporary Capitalism.” In *Social Reproduction Theory. Remapping Class, Recentering Oppression*, ed. Tithi Bhattacharya. London: Pluto.
- Freeman, Scott, and Mark Schuller. 2020. “Aid Projects: The Effects of Commodification and Exchange.” *World Development* 126.
- Fundamental Rights Agency (FRA). 2015. “Healthcare Entitlements of Migrants in an Irregular Situation in the EU-28.” <https://fra.europa.eu/en/publication/2016/healthcare-entitlements-migrants-irregular-situation-eu-28#publication-tab-0>.
- Geddes, Andrew, Leila Hadj Abdou, and Leiza Brumat. 2020. *Migration and Mobility in the European Union*. 2nd ed. London: Macmillan, Red Globe Press.
- Gough, I. 2008. *Η Πολιτική Οικονομία Του Κοινωνικού Κράτους*. Αθήνα: Σαββάλας.
- Hatziprokopiou, Panos, and Anna Triandafyllidou. 2013. *Governing Irregular Migration: States, Migrants and Intermediaries at the Age of Globalisation*.
- Hood, Christopher. 1991. “A Public Management for All Seasons?” *Public Administration* 69(1): 3–19.
- Huysmans, Jef. 2006. “Agency and the Politics of Protection. Implications for Security Studies.” In *The Politics of Protection. Sites of Insecurity and Political Agency*, eds. Jef Huysmans, Andrew Dobson, and Raia Prokhovnik. London and New York: Routledge, 1–18.
- Immergut, Ellen M. 2021. “Health Politics Today.” In *Health Politics in Europe: A Handbook*. Edited by: , Oxford University Press, eds. Ellen M. Immergut, Karen M. Anderson, Camilla Devitt, and Tamara Popic. Oxford and New York: Oxford University Press, 3–31.

- Ingleby, David et al. 2005. "The Role of Health in Integration. State of the Art Report." In *Social Integration and Mobility: Education, Housing and Health*, eds. L. Fonseca and J. Malheiros. IMISCOE, 89–119.
- Ingleby, David, and Roumyana Petrova-Benedict. 2016. "Recommendations on Access to Health Services for Migrants in an Irregular Situation: An Expert Consensus." (October): 1–61. <http://equi-health.eea.iom.int/index.php/9-uncategorised/336-expert-consensus>.
- Jowett, Matthew, Sarah Thomson, and Tamás Evetovic. 2015. "Changes to Public Funding for the Health System." In *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe. Impact and Implications for Policy*, eds. Sarah Thomson et al. Berkshire and New York: European Observatory on Health Systems and Policies, 51–77.
- Kapsalis, Apostolos. 2003. *Migrants, Health and Social Exclusion. National Report*. Athens: European Net for cooperation and exchanges about the social exclusion and health issues of migrants. MIGHEALTHNET.
- Kentikelenis, Alexander et al. 2014. "Greece's Health Crisis: From Austerity to Denialism." *Lancet* 383(9918): P748-753.
- Khan, Mishal S et al. 2016. "Pathogens, Prejudice, and Politics: The Role of the Global Health Community in the European Refugee Crisis." *The Lancet Infectious Diseases*.
- Kondilis, Elias et al. 2012. "Economic Crisis and Primary Care Reform in Greece: Driving the Wrong Way?" *Br J Gen Pract.* 62(598): 264–265.
- Krause, Monika. 2014. *The Good Project. Humanitarian Relief NGO's and the Fragmentation of Reason*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Lough, O., S. Phillips, A. Spencer, and M. Daigle. 2023. *Beyond Survival: Exploring Wellbeing in Humanitarian Action. HPG Working Paper*. London. www.odi.org/en/publications/beyond-survival-exploring-wellbeing-in-humanitarian-action/.
- Lucassen, Leo. 2017. "Peeling an Onion: The 'Refugee Crisis' from a Historical Perspective." *Ethnic and Racial Studies*.
- Mladovsky, Philipa. 2009. "A Framework for Analysing Migrant Health Policies in Europe." *Health Policy* (9): 55–63.
- . 2020. "Security over Health: The Effect of Security Policies on Migrant Mental Health in the UK." In *Health Policy and Systems Responses to Forced Migration*, eds. Kayvan Bozorgmehr, Bayard Roberts, Oliver Razum, and Louise Biddle. Cham: Springer.
- Mullen, Penelope M. 1991. "Which Internal Market? The NHS White Paper and Internal Markets." In *Markets, Hierarchies & Networks. The Coordination of Social Life*, eds. Grahame Thompson, Jennifer Frances, Rosalind Levačić, and Jeremy Mitchell. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications and The Open University, 96–103.
- Nørredam, Marie, and Allan Krasnik. 2011. "Migrants' Access to Health Services." In *Migration and Health in the European Union*, eds. Bernd Rechel et al. New York: Open University Press: European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- Norredam, Marie, Anna Mygind, and Allan Krasnik. 2005. "Access to Health Care for Asylum Seekers in the European Union—a Comparative Study of Country Policies." *Access to health care for asylum seekers in the European Union—a comparative study of country policies* 16(3): 285–289.

- Osborne, David, and Ted Gaebler. 1992. *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Papataxiarchis, Evthimios. 2022. "An Ephemeral Patriotism: The Rise and Fall of 'Solidarity to Refugees.'" In *Challenging Mobilities in and to the EU during Times of Crises*, eds. Maria Kousis, Aspasia Chatzidaki, and Konstantinos Kafetsios. Cham: Springer, 163–84.
- Parsanoglou, Dimitris. 2022. "Crisis Upon Crisis: Theoretical Reflections on Greece's Response to the 'Refugee Crisis.'" In *Challenging Mobilities in and to the EU during Times of Crises*, eds. Maria Kousis, Aspasia Chatzidaki, and Konstantinos Kafetsios. Cham: Springer and IMISCOE, 241–62.
- Petmesidou, M., E. Pavolini, and A. M. Guillén. 2014. "South European Healthcare Systems under Harsh Austerity: A Progress–Regression Mix?" *South European Society and Politics* 19(3): 331–352.
- Pollitt, Christopher, Sandra van Thiel, and Vincent Homburg. 2007. "Introduction." In *The New Public Management in Europe: Adaptation and Alternatives*, eds. Christopher Pollitt, Sandra van Thiel, and Vincent Homburg. Basingstoke and New York: Palgrave MacMillan, 1–9.
- Polyzoidis, Periklis. 2015. "NGOs and Social Welfare in Greece Reassessed: Comparative Insights and Crisis Repercussions." In *Austerity and the Third Sector in Greece. Civil Society at the European Frontline*, eds. Jennifer Clarke, Asteris Huliaras, and Dimitri A. Sotiropoulos. Farnham and Burlington: Ashgate, 109–24.
- Polyzos, Nikos et al. 2014. "The Introduction of Greek Central Health Fund: Has the Reform Met Its Goal in the Sector of Primary Health Care or Is There a New Model Needed?" *BMC Health Services Research* 14(583).
- Popic, Tamara, and Guergana Stolarov-Demuth. 2021. "Regional Outlook. Southern Eastern Europe." In *Health Politics in Europe: A Handbook*. Edited by: , Oxford University Press, eds. Ellen M. Immergut, Karen M. Anderson, Camilla Devitt, and Tamara Popic. Oxford and New York: Oxford University Press, 811–15.
- Romero-Ortuño, R. 2004. "Access to Health Care for Illegal Immigrants in the EU: Should We Be Concerned? , 11(3).," *European Journal of Health Law* 11(3): 245–272.
- Saurman, Emily. 2016. "Improving Access : Modifying Penchansky and Thomas ' s Theory of Access Improving Access : Modifying Penchansky and Thomas ' s Theory of Access." *Journal of Health Services Research & Policy* 21(1): 36–39.
- Simonet, Daniel. 2004. "Assessment of New Public Management in Health Care: The French Case." *Health Research Policy and Systems* 12.
- Skleparis, D., and I. Armakolas. 2016. "The Refugee Crisis and the Role of NGOs, Civil Society, and Media in Greece Columbia University." In *Balkan Human Corridor: Essays on the Refugee and Migrant Crisis from Scholars and Opinion Leaders in Southeast Europe*, ed. D. L. Phillips. Columbia University, 81–97.
- Spiegel, Paul, Rebecca Chanis, and Antonio Trujillo. 2018. "Innovative Health Financing for Refugees." *BMC Medicine* 16(90).
- Thomson, Sarah. 2015. "Changes in Health Coverage." In *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe. Impact and Implications for Policy*, eds. Sarah Thomson et al. Berkshire: Open University Press, European Observatory on Health Systems and Policies, 79–104.

- Tiihonen, Seppo. 2004. *From Governing to Governance. A Process of Change*. Tampere: Tampere University Press.
- Voss, Maike, Katharina Wahedi, and Kayvan Bozorgmehr. 2010. "Health Security in the Context of Forced Migration." In *Health Policy and Systems Responses to Forced Migration*, eds. Kayvan Bozorgmehr, Bayard Roberts, Oliver Razum, and Louise Biddle. Cham: Springer, 119–40.
- WHO. 2020. "Constitution of the World Health Organization (1946)." In *Basic Documents. Including Amendments Adopted up to 31 May 2019*, World Health Organization. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=7 (accessed: 22.7.2020).
- WHO Regional Office for Europe. 2015. "Greece: Assessing Health-System Capacity to Manage Sudden Large Influxes of Migrants." *World Health Organization Report: 1–28*. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/greece-assessing-health-system-capacity-to-manage-sudden,-large-influxes-of-migrants-2015%0Apapers3://publication/uuid/8332554C-AD30-4196-BE88-F820F6CB890E>.
- . 2018. *No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH. Report on the Health of Refugees and Migrants in the WHO European Region*. Copenhagen. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1%26isAllowed=y>.
- World Health Organization. 2020. "Greece: Assessing Health Systems Capacity to Manage Large Influx of Refugees and Migrants in an Evolving Context." (December).

Ελληνόγλωσση

- Αδαμακίδου, Θεοδούλα, και Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου. 2008. "Το Οργανωτικό Πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα." *Νοσηλευτική* 47(3): 320–33.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή. 2015. "Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Δράσης για τη Μετανάστευση [COM(2015) 240 Final]." <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52015DC0240>.
- ΚΕΕΛΠΝΟ. 2016. "Γνωμάτευση για την Κατάσταση των Κέντρων Φιλοξενίας Προσφύγων από την Οπική της Δημόσιας Υγείας." https://eody.gov.gr/Portals/0/Αρχεία/Νέα - Ανακοινώσεις/2016/Γνωμάτευση Κέντρων Φιλοξενίας_21-7-2016.pdf (ανάκτηση: 7.7.2020).
- Κονδύλης, Ηλίας και συν. 2023. *Η Εξέλιξη Του Υγειονομικού Προσωπικού Στα Νοσοκομεία Του ΕΣΥ Πριν Και Κατά Τη Διάρκεια Της Πανδημίας*. Θεσσαλονίκη.
- Κουραχάνης, Νίκος. 2019. *Πολιτικές Σιέγασης Προσφύγων*. Αθήνα: Τόπος.
- Κωτσονόπουλος, Λουδοβίκος. 2016. *Η Χαμένη Συναίνεση. Κοινωνικό Κράτος, Καπιταλισμός, Δημοκρατία*. Αθήνα: Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα.
- Λινού, Αθηνά, Πάνος Χατζηπροκοπίου, Ιωάννα Κοτσιώνη, και Έλενα. Ριζά. 2009. *Έκθεση για την Υγεία των Μεταναστών στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ιατρική Σχολή – Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Στατιστικής Ιατρικής.
- Μπάγκαβος, Χρήστος, και Νίκος Κουραχάνης. 2022. *Όψεις Εργασιακής Ενσωμάτωσης των Προσφύγων*. Αθήνα: Τόπος.
- Μπένος, Αλέξης. 1996. "Γενικός Ιατρός: Ηγέτης της Ομάδας ΠΦΥ ή Διαχειριστής Υπηρεσιών και Πόρων;" Στο: *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, επιμ. Γιάννης Κυριόπουλος και Τάσος Φιλαλήθης. Αθήνα: Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 207–217.

- . 2021. “Κοινωνικός Προσδιορισμός της Υγείας και Ανισότητες στην Πανδημία COVID-19.” Στο: *COVID-19. Πανδημία και οι Σύγχρονες Απειλές στη Δημόσια Υγεία*, επιμ. Ηλίας Κονδύλης και Αλέξης Μπένος. Αθήνα: Τόπος.
- Οικονόμου, Χαράλαμπος. 2004. *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*. Αθήνα: Διόνικος.
- Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος, Δ Κουραχάνης, Ν, Μακρίδου, Ε. 2020. *Η Διαχείριση της Επιδημικής Κρίσης COVID-19 στους Προσφυγικούς Πληθυσμούς στην Ελλάδα. Κριτική Ανάλυση*. Θεσσαλονίκη: Κέντρο Έρευνας και Εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία, την Πολιτική Υγείας και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
- Πεμπεζόγλου, Μαρία. 2015. “Σχέσεις Δημόσιου-Ιδιωτικού: Η Ευρωπαϊκή Εμπειρία και οι Επιλογές της Μεταρρύθμισης.” Στο: *Υγεία Και Μακροχρόνια Φροντίδα Στην Ελλάδα*, επιμ. Μαρία Πετμεζίδου και συν. Αθήνα: ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, 181–210.
- Προεδρία της Ελληνικής Δημοκρατίας. 2016. “Ανακοίνωση της Προεδρίας της Δημοκρατίας για τη Σύσκεψη των Πολιτικών Αρχηγών υπό τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας.” <https://www.presidency.gr/anakoynosi-tis-proedrias-tis-dimokratias-gia-ti-syskepsi-ton-politikon-archigon-yro-ton-proedro-tis-dimokratias/>.
- Συνήγορος του Πολίτη. 2017. *Η Πρόκληση των Μεταναστευτικών Ροών και της Προστασίας των Προσφύγων. Ζητήματα Διοικητικής Διαχείρισης και Δικαιωμάτων*. επιμ. Μαρία Βουτσίνου και συν. Αθήνα: Συνήγορος του Πολίτη.
- Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής. 2016. “Ν. 4375/2016. Οργάνωση και Λειτουργία Υπηρεσίας Ασύλου, Αρχής Προσφυγών, Υπηρεσίας Υποδοχής και Ταυτοποίησης.” *Εφημερίδα της Κυβερνήσεως*.
- Φιλαλήθης, Τάσος. 2023. “Το Εθνικό Σύστημα Υγείας: Προσδοκίες, Αντιστάσεις, Επιτεύγματα, Απογοητεύσεις.” Στο: *Υγεία, Κοινωνία, Κράτος: Διακόσια Χρόνια Δυτικής Στροφής*, επιμ. Κατερίνα Γαρδίκια. Αθήνα: Τράπεζα Πειραιώς και Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 73–84.
- Φούσκας, Θεόδωρος, και Χαράλαμπος Οικονόμου. 2014. “Μεταναστευτικές ροές προς την Ελλάδα και Επιπτώσεις στη Δημόσια Υγεία: Εποχική Γρίπη ή Ανίατη Ασθένεια;”. Στο: *Κοινωνικές Ταυτότητες και Κοινωνική Συνοχή. Προκλήσεις και Προοπτικές*. επιμ. Αργύρης Κυρίδης, Αθήνα: Ελληνική Κοινωνιολογική Εταιρεία.