Ελεγχόμενη Μετανάστευση και η Αγορά Εργασίας: Ο Τομέας Υγείας στην Ελλάδα

Κώστας Ν. Κανελλόπουλος*
Μαρία Γρέγου

Αθήνα,
Μάιος 2006

* Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε αρμόδια στελέχη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του Υπουργείου Παιδείας, τους τοπικούς Ιατρικούς Συλλόγους, τον Σύλλογο Νοσηλευτών, την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία και την Ιατρική Σχολή Αθηνών για τις διαφωτιστικές συζητήσεις και την παροχή στοιχείων και πληροφοριών.

* Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών - ΚΕΠΕ
Αμερικής 11, Αθήνα 10672
E-mail: kkanel@kepe.gr

1. ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η έκθεση αυτή, με τη χρήση δημοσιευμένων και μη στοιχείων, αποβλέπει στο να τεκμηριώσει και αναλύσει την έκταση, την απασχόληση και τις δραστηριότητες μεταναστών στον τομέα υγείας στην Ελλάδα.

Το επίπεδο της υγείας στην Ελλάδα, όπως φαίνεται από τυπικούς δείκτες επίδοσης, είναι πάνω από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, με κόστος ωστόσο να διατίθενται στον τομέα σχετικά μεγαλύτεροι χρηματικοί και ανθρώπινοι πόροι. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από πολλά δημόσια ταμεία υγείας με βάση το επάγγελμα ή τον κλάδο απασχόλησης του ασφαλισμένου, με άνισους ωστόσο όρους. Τα χαρακτηριστικά αυτά του τομέα υγείας επηρεάζουν τη σχέση του με την μετανάστευση.

Μολονότι η Ελλάδα έχει εναρμονισθεί με τη σχετική ευρωπαϊκή νομοθεσία, δύσκολα εντοπίζεται μια πολιτική για τους μετανάστες, όσο αφορά τα επαγγέλματα υγείας. Ένας αλλοδαπός ο οποίος επιθυμεί να ασκήσει ένα ιατρικό ή παραϊατρικό επάγγελμα στην Ελλάδα οφείλει να ακολουθήσει μια πολύ συγκεκριμένη διαδικασία που περιλαμβάνει ακαδημαϊκή αναγνώριση, επαγγελματική αναγνώριση, εγγραφή στον σχετικό επιστημονικό σύλλογο και απόκτηση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος. Εκτός αυτού, υπήκοοι τρίτων χωρών δεν μπορούν να εργασθούν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Η απασχόληση στον τομέα της υγείας και κοινωνικής πρόνοιας αυξάνει σταθερά και το 2005 έφτασε τις 220.000 άτομα, αριθμός που αντιστοιχεί στο 5,1% του συνόλου των απασχολούμενων. Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι ο αριθμός των ιατρών αυξάνεται συνεχώς και εκδηλώνεται ανησυχία για το πλεόνασμα σε ιατρούς. Δεδομένης αυτής της υπερπροσφοράς ιατρών, έχουν αρχίσει να λαμβάνονται μέτρα για τη σταθεροποίηση του αριθμού των φοιτητών ιατρικής. Από την άλλη πλευρά, ο αριθμός των νοσοκόμων / νοσηλευτών θεωρείται ανεπαρκής.

Οι αλλοδαποί ιατροί στην Ελλάδα αντιπροσωπεύουν ένα μάλλον μικρό ποσοστό επί του συνόλου. Επιπλέον, προέρχονται κυρίως από την Κύπρο και την Αλβανία και πολλοί από αυτούς εργάζονται για την απόκτηση της ειδικότητάς τους στην Ελλάδα. Ανάλογη κατάσταση εμφανίζεται και στους οδοντιάτρους. Οι αλλοδαποί ιατροί στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν υψηλή ανεργία ή υποαπασχόληση. Σε αυτό το πλαίσιο, η Ελλάδα δεν είναι χώρα που προσελκύει ιατρούς από το εξωτερικό. Αντιθέτως, θεωρείται χώρα που περισσότερο εξάγει παρά εισάγει ιατρούς. Τουλάχιστον, όμως, η μετανάστευση έχει εν μέρει μειώσει την έλλειψη νοσοκόμων.

2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, οι δείκτες υγείας, όπως η μέση αναμενόμενη διάρκεια ζωής κατά τη γέννηση ή στην ηλικία των 65, η γενική και βρεφική θνησιμότητα, εμφανίζουν σε γενικές γραμμές αξιόλογη βελτίωση κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Όπως δείχνουν τα συγκριτικά στατιστικά στοιχεία, οι δείκτες αυτοί βρίσκονται υψηλότερα από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ και σχεδόν στα ίδια επίπεδα των 15 της ΕΕ. Παρ' όλα αυτά, ο τρόπος ζωής - όπως δείχνουν η κατά κεφαλήν κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και καπνού, καθώς και τα ποσοστά παχυσαρκίας - υποδεικνύει ότι από αυτή την άποψη η Ελλάδα βρίσκεται κάτω από τον μέσο όρο της Ευρώπης των 15.

Η Ελλάδα έχει να επιδείξει έναν υψηλό και αυξανόμενο αριθμό ιατρών ανά 1000 κατοίκους. Για παράδειγμα, το 1998 υπήρχαν 4,2 ιατροί ανά 1000 κατοίκους, ενώ στον ΟΟΣΑ ο αντίστοιχος αριθμός ήταν 2,9. Το 2004 ο αριθμός αυτός έφτασε το 5,1. Από την άλλη πλευρά, ο αριθμός των νοσοκόμων ανά 1000 κατοίκους, αν και αυξάνεται σταδιακά, παραμένει χαμηλός, στο 3,7 συγκριτικά με το 8,1 στις χώρες του ΟΟΣΑ.

Οι δαπάνες για την υγεία παρουσιάζουν αύξηση ως ποσοστό επί του συνόλου του ΑΕΠ, γεγονός που οφείλεται στην αύξηση του αριθμού των μεγαλύτερων σε ηλικία ατόμων στον πληθυσμό, καθώς και στις νέες ιατρικές τεχνολογίες. Εκτιμάται πως ανέρχεται στο 9 τοις εκατό, ελαφρώς υψηλότερο από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Ένα χαρακτηριστικό των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα που αξίζει να αναφέρουμε, είναι ότι μόλις το 55 % προέρχεται από το δημόσιο, γεγονός που συνεπάγεται ότι πολλά ποσά στον τομέα της υγείας καταβάλλονται ιδιωτικά και άτυπα.

Μολονότι στην Ελλάδα θεσπίστηκε με τον Ν. 1397 το 1983 το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), πρόκειται στην ουσία για ένα σύστημα που καλύπτει τις μη αστικές περιοχές, μέσω του δικτύου των κέντρων υγείας, και διοικεί τα δημόσια νοσοκομεία. Υπάρχουν επίσης 30 περίπου ταμεία υγείας τα οποία καλύπτουν μεγάλες ή μικρές ομάδες εργαζομένων με βάση το επάγγελμα ή τον κλάδο απασχόλησης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα να είναι μάλλον κατακερματισμένη και άνιση ανάλογα με το επάγγελμα και την περιοχή. Σε αυτά τα πλαίσια, η λήψη αποφάσεων διασπάται ανάμεσα σε διαφορετικές αρχές. Παρ' όλα αυτά, οι κύριες αρχές είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (υπεύθυνο για το ΕΣΥ) και το Υπουργείο Απασχόλησης (υπεύθυνο για πολλά ταμεία υγείας που παρέχουν επίσης υπηρεσίες υγείας). Πρόσφατα, υπήρξε μία προσπάθεια να αποκεντρωθούν οι παροχές υγείας σε περιφερειακό επίπεδο. Επίσης, ιατροί που κατέχουν πανεπιστημιακές θέσεις έχουν σημαντικό θεσμικό ή έστω ανεπίσημο ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Δαβάκη και Μοσιαλός, 2005, Ζηλίδης, 2005).

Όπως συνέβη και σε άλλες χώρες, η μετανάστευση δημιούργησε νέες προκλήσεις στον τομέα της υγείας. Πρώτον, γεννήθηκε το ζήτημα της ιατρικής φροντίδας για τους μετανάστες, μαζί με αλληλένδετα γλωσσικά και επικοινωνιακά προβλήματα. Το δεύτερο ζήτημα αφορά στην αλλαγή του επιδημιολογικού προφίλ, καθώς νέες επιδημίες ή ασθένειες που είχαν σχέση με τους μετανάστες εμφανίστηκαν. Τρίτον, τα έντονα μεταναστευτικά ρεύματα από τις γειτονικές χώρες αύξησαν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας στα νοσοκομεία κάποιων συνοριακών Ελληνικών περιοχών και συνάμα δημιούργησαν την ανάγκη για συνεργασία σε θέματα υγείας σε περιφερειακό επίπεδο με γειτονικές χώρες. Τέταρτον, οι μετανάστες, κυρίως οι γυναίκες, κάλυψαν

συγκεκριμένες ελλείψεις στον τομέα της υγείας, όπως η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς και φροντίδας των ηλικιωμένων.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990, όταν οι μετανάστες στην πλειοψηφία τους ήταν παράνομοι, υπήρχε μια όλο και μεγαλύτερη ανησυχία για την εκμετάλλευση του εθνικού συστήματος υγείας από τους παράνομους μετανάστες. Το ζήτημα ήταν ότι κατά την περίοδο εκείνη μετανάστες έρχονταν στην Ελλάδα με σκοπό να λάβουν δωρεάν ιατρική και νοσοκομειακή φροντίδα. Ως αποτέλεσμα, το δεύτερο πρόγραμμα νομιμοποίησης προέβλεπε την απαγόρευση της δωρεάν ιατρικής και νοσοκομειακής περίθαλψης για τους μετανάστες που δεν είχαν επίσημα έγγραφα, με εξαίρεση τα παιδιά και τα έκτακτα περιστατικά. Αυτή είναι η γενική πολιτική του Ελληνικού κράτους αναφορικά με την παράνομη μετανάστευση και την υγεία.

Η σχέση ανάμεσα στην μετανάστευση και τον τομέα της υγείας στην Ελλάδα ορίζεται στη βάση των γενικών διαρθρωτικών χαρακτηριστικών του εθνικού τομέα υγείας, που χαρακτηρίζεται από πλεόνασμα ιατρών και σημαντικές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό. Σε αυτό το σημείο, πρέπει να αναγνωρισθεί το γεγονός ότι οι αλλοδαπές νοσοκόμες συμπληρώνουν τις Ελληνίδες. Αντιθέτως, δεν φαίνεται να υπάρχει παρόμοια τάση και στην περίπτωση των αλλοδαπών ιατρών. Μολονότι δεν υπάρχουν συστηματικά στοιχεία, αποτελεί ευρεία πεποίθηση το γεγονός ότι η Ελλάδα είναι μια χώρα που εξάγει ιατρούς.

3. ΠΗΓΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Η μελέτη αυτή έλαβε χώρα στα πλαίσια του Ελληνικού Εθνικού Κόμβου Επαφής και πραγματοποιήθηκε από το ΚΕΠΕ, με χρήση του δικού του δυναμικού και ακολουθώντας τις προδιαγραφές που έχουν εγκριθεί από το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Μετανάστευσης. Η πραγματοποίηση αυτής της μελέτης έγινε με τη βοήθεια πολλών ειδικών και παραγόντων του τομέα της υγείας, οι οποίοι παρείχαν στοιχεία, πληροφορίες και πηγές αναφοράς, ενώ απήντησαν σε συγκεκριμένες ερωτήσεις και αφιέρωσαν χρόνο σε σχετικές συζητήσεις.

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε και αναλύθηκε στην μελέτη αυτή περιλαμβάνει άρθρα και μελέτες που έχουν δημοσιευθεί σε επιστημονικά περιοδικά, καθώς και εργασίες που έχουν παρουσιασθεί σε συνέδρια και ακαδημαϊκές συναντήσεις, ή βιβλία και μελέτες που έχουν δημοσιευθεί από Ερευνητικά Κέντρα αναφορικά με το Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Η πρόσβαση στα έγγραφα αυτά είναι εύκολη και υπάρχουν διαθέσιμα αντίγραφά τους. Επίσης, μελετήθηκε ενδελεχώς το σχετικό Ελληνικό και Ευρωπαϊκό νομοθετικό πλαίσιο. Ένα άλλο μέρος του υλικού που χρησιμοποιήθηκε περιλαμβάνει υλικό που έχει δημοσιευθεί από κρατικούς φορείς, όπως υπουργεία που ασχολούνται με ορισμένες πλευρές του θέματος (π.χ. τα Υπουργεία Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, Παιδείας), καθώς και άλλους οργανισμούς (π.χ Τοπικούς Ιατρικούς και Οδοντιατρικούς Συλλόγους). Χρησιμοποιήσαμε στατιστικά στοιχεία που λάβαμε από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, τον ΟΟΣΑ, το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), και τα κρατικά όργανα για την αναγνώριση ακαδημαϊκών και επαγγελματικών τίτλων (ΔΟΑΤΑΠ, ΙΤΕ, ΣΑΕΙ). Επιπλέον, συγκεντρώθηκαν επίκαιρα στοιχεία από επαγγελματικούς ιατρικούς συλλόγους (μέσω συνεντεύξεων και ερωτηματολογίων), από νοσοκομεία,

ενδιαφερόμενους παράγοντες (πανεπιστήμια, τεχνολογικά ινστιτούτα και επαγγελματικά σωματεία), καθώς και από κρατικούς αξιωματούχους.

Έτσι λοιπόν, τα στατιστικά στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν προέρχονται κυρίως από τις ακόλουθες πηγές. Από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, δημοσιευμένα και μη στοιχεία από την Έρευνα Εργατικού Δυναμικού, από τον ΟΟΣΑ (αναφορικά με τον αριθμό των ιατρών και τις συγκρίσεις σε διεθνές επίπεδο), καθώς και από διοικητικές πηγές (ιατρικούς επαγγελματικούς συλλόγους, κρατικά όργανα για την αναγνώριση ακαδημαϊκών και επαγγελματικών τίτλων).

Η έλλειψη επαρκών και λεπτομερών στοιχείων για την μετανάστευση αποτέλεσε σοβαρό πρόβλημα στην έρευνα για το συγκεκριμένο θέμα της αναφοράς αυτής, δηλαδή την μετανάστευση και τον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Το γεγονός αυτό δεν αποτελεί έκπληξη, δεδομένου ότι η Ελλάδα μεταμορφώθηκε μόλις πρόσφατα σε χώρα με μετανάστες, και εξακολουθεί να παρουσιάζει υψηλά ποσοστά μη καταγεγραμμένων μεταναστών που εργάζονται σε ιδιωτικούς τομείς. Η συνεισφορά της μελέτης αυτής ήταν η αναγνώριση από πολλές αρμόδιες αρχές της ανάγκης συλλογής πληροφοριών σχετικά με τον τομέα της υγείας αναφορικά με την προέλευση και τη ροή των μεταναστών.

Προκειμένου να ξεπεράσουμε την έλλειψη στοιχείων, στην αναφορά αυτή βασιστήκαμε κυρίως σε επίσημα και όσο το δυνατόν περισσότερα αξιόπιστα στοιχεία. Προσπαθήσαμε επίσης να χρησιμοποιήσουμε στοιχεία που λάβαμε από διοικητικές πηγές, όπου η εγγραφή είναι υποχρεωτική, διασφαλίζοντας έτσι ότι τα στοιχεία αυτά είναι όσο το δυνατόν πιο αντιπροσωπευτικά.

4. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελληνική πολιτική για τους μετανάστες στον τομέα της υγείας ρυθμίζεται από τις γενικές αρχές της μεταναστευτικής πολιτικής, καθώς και από την ενσωματωμένη Ευρωπαϊκή νομοθεσία. Μολονότι το νομοθετικό πλαίσιο σχετικά με τη μετανάστευση από το 2001 έχει προβλέψει για την εξειδίκευση των τοπικών αναγκών σε εργατικό δυναμικό ανά ειδικότητα και τη μεταβίβαση των αναγκών αυτών στις Ελληνικές πρεσβείες και προξενεία για την παροχή βίζας στους υποψήφιους μετανάστες, στην πράξη κάτι τέτοιο δεν έχει ακόμη εφαρμοσθεί. Στην πραγματικότητα, οι υπήκοοι τρίτων κρατών που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα είναι όλοι εκείνοι που νομιμοποιήθηκαν μέσω των τριών σχετικών προγραμμάτων. Καθώς δεν ποσοστώσεις στην εισροή μεταναστών, είναι δύσκολο να μιλήσουμε για πολιτική αναφορικά με τους μετανάστες στην υγεία ή σε οποιονδήποτε άλλο τομέα. Επιπλέον, δεν υπάρχουν διμερείς ή πολύπλευρες συμφωνίες που να αφορούν στις προσλήψεις ή τις ανταλλαγές ιατρικού προσωπικού. Είναι βέβαια δύσκολο να υποστηρίξει κανείς ότι η απουσία πολιτικής για την πρόσληψη μεταναστών στον τομέα υγείας δημιουργεί κάποιο πρόβλημα σε αυτόν.

Η Ελλάδα ακολουθεί τις Κοινοτικές οδηγίες στον τομέα της υγείας. Ως εκ τούτου, υπήκοοι κρατών της ΕΕ έχουν τα ίδια εργασιακά δικαιώματα με τους Έλληνες, με την έννοια ότι μπορούν να εργασθούν σε ολόκληρο τον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένου του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ).

Ένας αλλοδαπός που επιθυμεί να ασκήσει ιατρικό ή παραϊατρικό επάγγελμα στην Ελλάδα οφείλει να κατέχει ορισμένους ακαδημαϊκούς και επαγγελματικούς τίτλους και να ακολουθήσει μια συγκεκριμένη υποχρεωτική διαδικασία που περιλαμβάνει την ακαδημαϊκή αναγνώριση, επαγγελματική αναγνώριση (όπου αυτό απαιτείται), εγγραφή στο σχετικό επαγγελματικό σύλλογο και απόκτηση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος.

Η ακαδημαϊκή αναγνώριση παρέχεται από το Διαπανεπιστημιακό Οργανισμό Αναγνώρισης Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφορικής (ΔΟΑΤΑΠ) και για τους φυσιοθεραπευτές το πτυχίο πρέπει να αναγνωρισθεί από το Ινστιτούτο Τεχνολογικών Επαγγελμάτων (ΙΤΕ). Πρέπει να κατατεθούν τα πρωτότυπα πανεπιστημιακά πτυχία ή διπλώματα (ή επικυρωμένη φωτοτυπία) μαζί με την επίσημη μετάφρασή τους, και να καταβληθεί ένα συγκεκριμένο χρηματικό ποσό. Για μετανάστες που είναι υπήκοοι τρίτων χωρών χρειάζεται να κατατεθεί επιπλέον στο ΔΟΑΤΑΠ η άδεια παραμονής και εργασίας. Η ακαδημαϊκή αναγνώριση των πτυχίων από ξένα εκπαιδευτικά ιδρύματα, που είναι ήδη αναγνωρισμένα ως ισότιμα των Ελληνικών, απαιτεί εξετάσεις σε κάποια μαθήματα ανάλογα με τον τομέα σπουδών. Για τους ιατρούς, για παράδειγμα, η αναγνώριση του πανεπιστημιακού τους πτυχίου απαιτεί να περάσουν από εξετάσεις στα μαθήματα της παθολογίας, χειρουργικής, παιδιατρικής και μαιευτικής. Η διαδικασία για την ακαδημαϊκή αναγνώριση ιατρικών πτυχίων διαρκεί σε πολλές περιπτώσεις αρκετά χρόνια και υπάρχουν υποψήφιοι που εγκαταλείπουν μετά από πολλές προσπάθειες.

Η επαγγελματική εμπειρία αναγνωρίζεται από το Συμβούλιο Αναγνώρισης Επαγγελματικής Ισοτιμίας Τίτλων Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ΣΑΕΙ), ένα όργανο που εποπτεύεται από το Ελληνικό Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων. Η

διαδικασία αυτή αφορά σε επαγγέλματα που υπόκεινται σε νομοθετικό πλαίσιο υπό τις προβλέψεις της Ευρωπαϊκής Οδηγίας 89/48/EC, τροποποιημένης από την Οδηγία 2001/19/ EC, και ενσωματωμένης στην Ελληνική Νομοθεσία με το Προεδρικό Διάταγμα 165/2000. Μολονότι η οδηγία αφορά μόνο σε υπηκόους χωρών της ΕΕ, εφαρμόζεται επίσης σε περιπτώσεις που ο αιτών κατέχει πτυχίο από τρίτη χώρα. Στην περίπτωση αυτή, ο αιτών υπήκοος τρίτης χώρας πρέπει να έχει πτυχίο που έχει αναγνωρισθεί από χώρα της ΕΕ (εκτός της Ελλάδας) και να έχει ασκήσει το συγκεκριμένο επάγγελμα στην χώρα αυτή για τουλάχιστον τρία χρόνια. Παρ' όλα αυτά, δεν έχει θεσπισθεί στην Ελλάδα κάποιο επίσημο πλαίσιο που να μεριμνά για όλες τις άλλες περιπτώσεις υπηκόων τρίτων χωρών που θέλουν αναγνώριση της επαγγελματικής τους εμπειρίας. Έτσι, στις περιπτώσεις που δεν καλύπτονται από την Οδηγία, η προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία δεν αναγνωρίζεται. Σύμφωνα με την τροπολογία του 2001, τα ιατρικά και παραϊατρικά επαγγέλματα περιλαμβάνονται επίσης στα ελεγχόμενα επαγγέλματα που καλύπτει η οδηγία (επαγγέλματα όπως νοσηλευτής, οδοντίατρος, ιατρός, μαία). Έτσι, σύμφωνα με τη συγκεκριμένη διαδικασία, ο αιτών οφείλει να καταθέσει στο ΣΑΕΙ μια αίτηση μαζί με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά. Από τη στιγμή που ο υποψήφιος έχει καταθέσει όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά (επικυρωμένα και μεταφρασμένα επίσημα στα Ελληνικά), το Συμβούλιο εκδίδει μία απόφαση σχετικά με την αίτηση μέσα σε 4 μήνες. Αφού κατατεθούν όλα τα δικαιολογητικά, το Συμβούλιο τα εξετάζει και εκδίδει μία Πράξη Αναγνώρισης Επαγγελματικής Κατάρτισης για τον υποψήφιο. Εάν το Συμβούλιο κρίνει απαραίτητο και ανάλογα με συγκεκριμένες συνθήκες, μπορεί να ζητηθεί από τον αιτούντα είτε να παρουσιάσει αποδείξεις της εμπειρίας άσκησης του εν λόγω επαγγέλματος στην χώρα του και μέλος της ΕΕ, είτε να συμπληρώσει μια περίοδο προσαρμογής, ή να δοκιμαστεί με ένα τεστ καταλληλότητας στην χώρα-μέλος της ΕΕ που τον φιλοξενεί. Μόνο ένα από τα παραπάνω μπορεί να του ζητηθεί. Επί της αρχής, απόδειξη για την επιπλέον επαγγελματική εμπειρία ενδέχεται να ζητηθεί εάν η επαγγελματική εκπαίδευση και άσκηση διήρκεσε τουλάχιστον ένα χρόνο λιγότερο από αυτό που απαιτείται στη χώρα υποδοχής. Επιπλέον, μπορεί να ζητηθεί από τον υποψήφιο να συμπληρώσει μια περίοδο προσαρμογής ή να δοκιμαστεί με ένα τεστ καταλληλότητας, εφόσον υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στο περιεχόμενο της εκπαίδευσής του και σε εκείνο που απαιτείται στη χώρα υποδοχής, ή σε σχέση με το φάσμα των δραστηριοτήτων που καλύπτει το συγκεκριμένο επάγγελμα στη χώρα προέλευσης και τη χώρα υποδοχής.

Το τρίτο στάδιο στη διαδικασία είναι να λάβει ο ενδιαφερόμενος μια άδεια ασκήσεως επαγγέλματος την οποία εκδίδει η Διεύθυνση Υγείας της αρμόδιας Νομαρχίας. Πρέπει να κατατεθεί το πρωτότυπο πανεπιστημιακό πτυχίο / δίπλωμα (ή επικυρωμένη φωτοτυπία) μαζί με την επίσημη μετάφρασή του. Για μετανάστες που είναι υπήκοοι τρίτων κρατών χρειάζεται επιπλέον μια άδεια παραμονής και εργασίας, καθώς και ένα πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών. Πρέπει επίσης να καταβληθεί ένα συγκεκριμένο χρηματικό ποσό ανάλογα με την ειδικότητα, και να υποβληθεί ένα αντίγραφο ποινικού μητρώου.

Το τελευταίο στάδιο της διαδικασίας απαιτεί την πρώτη εγγραφή του κάθε ενδιαφερόμενου στον ανάλογο επαγγελματικό σύλλογο. Στην περίπτωση αυτή, λοιπόν, τα συγκεκριμένα δικαιολογητικά προς υποβολή είναι τα ακόλουθα: άδεια παραμονής και εργασίας, ποινικό μητρώο, άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, πρωτότυπο και επίσημα μεταφρασμένο πανεπιστημιακό πτυχίο / δίπλωμα (ή επικυρωμένο αντίγραφο), επίσημη επαλήθευση και ισοτιμία του πτυχίου από το ΔΟΑΤΑΠ,

υπεύθυνη δήλωση που αναφέρει «δεν έχω τεθεί υπό κηδεμονία και δεν τίθεται κανένα εμπόδιο στην εφαρμογή του Ν. 1565/1939 σχετικά με τον κώδικα άσκησης επαγγέλματος», βεβαίωση από το Ταμείο Συντάξεων Ιατρικών Επαγγελμάτων ότι έχει πληρωθεί το δικαίωμα εγγραφής, δήλωση εγγραφής μέλους στον επαγγελματικό σύλλογο (ετήσια δήλωση που συμπληρώνεται από όλα τα μέλη, ανεξάρτητα από την επαγγελματική τους δραστηριότητα, είτε σε νοσοκομεία, είτε αυτο-απασχολούνται) και μία φωτογραφία.

Όσον αφορά στη γνώση της ελληνικής γλώσσας, χρειάζεται ένα πιστοποιητικό παρακολούθησης κρατικής/ δημόσιας σχολής για την εκμάθηση της ελληνικής, καθώς μία υπεύθυνη δήλωση για να δηλωθεί η απαραίτητη γνώση της Ελληνικής. Επίσης, πριν την εγγραφή στο σύλλογο, ο αιτών θα περάσει από συνέντευξη στα Ελληνικά την οποία θα διεξαγάγει ο Γενικός Γραμματέας του συλλόγου.

Οι εργασιακές σχέσεις των αλλοδαπών στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, όπως και αυτές των Ελλήνων, υπαγορεύονται από τον εργοδότη τους, δηλαδή το κράτος, τα ταμεία υγείας, τις ασφαλιστικές εταιρείες, τα ιδιωτικά κέντρα υγείας ή την ανεξάρτητη άσκηση. Το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό του Εθνικού Συστήματος Υγείας (δημόσια νοσοκομεία, περιφερειακά κέντρα υγείας) απασχολείται σε πλήρη και αποκλειστική βάση, με την εξαίρεση των διδασκόντων των ιατρικών σχολών και των στρατιωτικών ιατρών, οι οποίοι μπορούν να έχουν και τα ιδιωτικά τους ιατρεία. Στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), το μεγαλύτερο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης και υγείας, το οποίο έχει τις δικές του υγειονομικές υπηρεσίες, το ιατρικό προσωπικό απασχολείται συνήθως σε καθεστώς έμμισθης ημι-απασχόλησης, ενώ τα μέλη του μπορούν να διατηρούν και ιδιωτικά ιατρεία ταυτόχρονα. Τα άλλα ταμεία, ειδικά τα μικρότερα, συνήθως πληρώνουν για τις υπηρεσίες ιδιωτικών γιατρών σε περιοδική βάση ή ανάλογα με τον αριθμό των επισκέψεων ασθενών. Σε αυτά τα πλαίσια, οι υπήκοοι χωρών της ΕΕ μπορούν να εργασθούν σε όλο το φάσμα του τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Το ίδιο ισχύει και για τους υπηκόους τρίτων χωρών με την εξαίρεση του δημόσιου τομέα, όπου δεν μπορούν να εργασθούν.

Ένας σημαντικός αλλά άγνωστος αριθμός υπηκόων χωρών εκτός ΕΕ παρέχει υπηρεσίες ιδιωτικής νοσηλείας αποκλειστικά σε βάση συγκεκριμένου ασθενή ή ημερήσιας και νυχτερινής νοσηλείας, ακόμη και στα δημόσια νοσοκομεία. Οι νοσοκόμες αυτές είναι ανεξάρτητες, δεν πληρώνονται από τα νοσοκομεία, αλλά από τους ίδιους τους ασθενείς, οι οποίοι μπορούν να αποζημιωθούν για μέρος των χρημάτων αυτών από το ασφαλιστικό ταμείο τους, εφόσον ο διευθυντής της κλινικής κρίνει ότι η υπηρεσία αυτή τους ήταν απαραίτητη. Τα νοσοκομεία σε συνεργασία με το σωματείο των νοσοκόμων / νοσηλευτών αυτών απαιτούν ένα ορισμένο επίπεδο προσόντων για να τους επιτρέψουν να εργασθούν στο χώρο του νοσοκομείου.

5. Η ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η απασχόληση στον τομέα της «υγείας και κοινωνικής πρόνοιας» (ορίζεται ως Ν από τη Eurostat) φτάνει τα 220.000 άτομα το 2005, αριθμός που αντιστοιχεί στο 5,1% του συνόλου εργαζομένων (πηγή: Έρευνα Εργατικού Δυναμικού). Ο αριθμός των απασχολούμενων έχει αυξηθεί κατά τα τελευταία χρόνια, καθώς το 1998 οι αριθμοί αυτοί ήταν 185.000 και 4,6% αντίστοιχα. Παρ' όλα αυτά, δεν είναι εύκολο να

αποκλείσουμε αυτούς που εργάζονται στην πρόνοια και να πιστοποιήσουμε ποιοι εργάζονται στην υγεία.

Έχει επίσης παρατηρηθεί ένας σταθερά αυξανόμενος αριθμός ιατρών. Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, με βάση πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν από τους σχετικούς επαγγελματικούς συλλόγους, ο αριθμός των ιατρών από 47.944 το 2000 αυξήθηκε σε 52.335 το 2003, ενώ το 1990 ήταν 34.336. Έτσι λοιπόν, κατά τη δεκαετία του 1990 ο ετήσιος ρυθμός αύξησης των ιατρών ήταν 3,4%, ενώ κατά τα τελευταία χρόνια η αύξηση αυτή έχει ελαττωθεί περίπου στο 1%. Ο αριθμός των ιατρών αυτή τη στιγμή είναι σίγουρα σημαντικά υψηλότερος από την τελευταία καταγραφή του 2003. Ένας σημαντικός αριθμός ιατρών έχει αποφοιτήσει από ξένα πανεπιστήμια και είναι στη διαδικασία ακαδημαϊκής αναγνώρισης των πτυχίων τους. Στις εξετάσεις του Δεκεμβρίου του 2005 για την αναγνώριση πτυχίων ιατρικής υπέβαλλαν αίτηση σχεδόν 2.500 άτομα, ενώ το ποσοστό επιτυχίας ήταν μάλλον χαμηλό (λιγότερο από 13%). Επιπλέον, υπάρχουν πολλές περιπτώσεις νέων ιατρών που περιμένουν αυτή τη στιγμή να ξεκινήσουν ή να συνεχίσουν την ειδικότητά τους, οι οποίοι ενδεχομένως να μην είναι ενεργά μέλη των τοπικών ιατρικών συλλόγων τους και για αυτό το λόγο να μην συμπεριλαμβάνονται στους αριθμούς της Στατιστικής Υπηρεσίας (Στάθης, 2005:39).

Η αξιοσημείωτη αύξηση του αριθμού των ιατρών εκτιμάται από πολλούς εμπλεκόμενους στο χώρο της υγείας, κυρίως ιατρούς, ως πλεόνασμα, τουλάχιστον κατά την τελευταία δεκαετία. Στηρίζουν το επιχείρημά τους στο γεγονός ότι ο αριθμός των ιατρών ανά 1000 κατοίκους στην Ελλάδα βρίσκεται αρκετά υψηλότερα από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Το 1993 ο αριθμός αυτός ήταν στο 3.8 στην Ελλάδα, από τους υψηλότερους στον ΟΟΣΑ όπου ο μέσος όρος ήταν 2.4. Ανέβηκε στο 4.4 στο 2003, ενώ ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ ήταν 2.9. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο αριθμός των ιατρών στην Ελλάδα είναι πολύ υψηλότερος από τον αντίστοιχο σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες, όπως η Βρετανία και οι ΗΠΑ. Επομένως, δεν μπορεί να ισχυρισθεί κανείς ότι υπάρχει έλλειψη ιατρών. Τουναντίον, εκφράζεται σήμερα ανησυχία για την περίσσεια ιατρών. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν θέσεις στο δημόσιο τομέα υγείας σε επαρχιακές περιοχές, οι οποίες συμπληρώνονται με δυσκολία, καθώς θεωρούνται από τους ιατρούς ως περιοριστικές για την καριέρα τους. Το ίδιο συμβαίνει και με ορισμένες ειδικότητες που οδηγούν σε θέσεις εργασίας στα εργαστήρια των νοσοκομείων και κλινικών (Στάθης, 2005: 53). Ο σχετικά υψηλός αριθμός ιατρών στην Ελλάδα θα μπορούσε να εξηγηθεί εάν λάβει κανείς υπόψη τα διαρθρωτικά χαρακτηριστικά, καθώς και τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας. Οι επιτυχημένοι ιατροί κερδίζουν υψηλές αμοιβές, γεγονός που έλκει τους νέους ανθρώπους να σπουδάσουν ιατρική.

Μια πρόσφατη απογραφή του προσωπικού του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας δείχνει ότι το Υπουργείο απασχολεί σχεδόν 110.000 άτομα εκ των οποίων το 22.5% είναι ιατροί, το 43.2 νοσηλευτές και το 11% παραϊατρικό προσωπικό. Η πλειοψηφία των υπαλλήλων του Υπουργείου, σχεδόν 100.000, απασχολείται στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ για τους ιατρούς η συγκέντρωση αυτή φτάνει το 98.3 %.

Στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, τα οποία προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες στα ασφαλισμένα μέλη τους, απασχολούνται 9.300 ιατροί, η μεγάλη πλειοψηφία των οποίων, σχεδόν 6.500, απασχολούνται επί συμβάσει. Επιπλέον, εκτιμάται ότι περίπου 2000 ιατροί ανήκουν στο εκπαιδευτικό προσωπικό των ιατρικών σχολών, καθώς και στις Ένοπλες Δυνάμεις. Ως αποτέλεσμα, περίπου 6 στους 10 ιατρούς απασχολούνται

στο ευρύτερο δημόσιο σύστημα υγείας. Οι υπόλοιποι κατά πάσα πιθανότητα απασχολούνται αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα, δηλαδή σε ιδιωτικά ιατρεία, νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, ενώ κάποιοι απασχολούνται πλήρως ή μερικώς σε θέσεις που δεν σχετίζονται αποκλειστικά με το επάγγελμά τους, πχ σε γυμναστήρια, μονάδες φροντίδας για τους ηλικιωμένους και ιδιωτικές κλινικές.

Σε αυτά τα πλαίσια, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι οι ξένοι ιατροί στην Ελλάδα αντιπροσωπεύουν ένα μάλλον μικρό ποσοστό. Αν και δεν υπάρχουν σχετικά δημοσιευμένα στοιχεία, καταφέραμε να επιβεβαιώσουμε το γεγονός αυτό χρησιμοποιώντας πληροφορίες που λάβαμε από τους μεγαλύτερους ιατρικούς συλλόγους. Τα μέλη του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών ανέρχονται σε 22.182 εκ των οποίων τα 542 είναι αλλοδαποί, δηλαδή το 2.44%. Τα μέλη του Συλλόγου που είναι υπήκοοι τρίτων χωρών ανέρχονται σε 192, δηλαδή 0.86%. Παρόμοια ποσοστά αλλοδαπών κοινοτικών και μη ιατρών παρουσιάζει και ο Ιατρικός Σύλλογος Πειραιά. Έτσι λοιπόν, στην Αττική, η οποία απορροφά περίπου το 1/3 όλων των ιατρών στην Ελλάδα, οι ιατροί από χώρες της ΕΕ είναι περίπου 1.6% κι εκείνοι από τρίτες χώρες λιγότερο από 1%. Περίπου η ίδια κατάσταση παρουσιάζεται και στους ιατρικούς συλλόγους της Θεσσαλονίκης και της Πάτρας, ενώ ελαφρώς υψηλότερα ποσοστά δείχνουν τα Ιωάννινα, όπου το ποσοστό ιατρών από μη κοινοτικές χώρες πλησιάζει το 2%, ενδεχομένως λόγω της γειτνίασης με την Αλβανία. Ένα σχετικό εύρημα είναι το γεγονός ότι οι περισσότεροι αλλοδαποί ιατροί –μέλη των ιατρικών συλλόγων έχουν εγγραφεί σε αυτούς για πρώτη φορά από το 1990 και μετά.

Ανάλογη φαίνεται να είναι η κατάσταση και με τους οδοντιάτρους. Ενδεικτικό είναι το γεγονός ότι στον Οδοντιατρικό Σύλλογο Αττικής, που συγκεντρώνει περισσότερο από το 40% του συνόλου των οδοντιάτρων στη χώρα, από τα 5502 μέλη, μόνο 48 είναι αλλοδαποί, το οποίο ισοδυναμεί με το 0.8%. Ένας εκ των αλλοδαπών αυτών οδοντιάτρων έχει Αλβανική υπηκοότητα.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε πως ένα σημαντικό μερίδιο των προαναφερθέντων χαμηλών ποσοστών ξένων ιατρών και οδοντιάτρων στην Ελλάδα ανήκει στους Κυπρίους καθώς και στους αλλοδαπούς υπηκόους με Ελληνικές ρίζες (ομογενείς), κυρίως από την Αλβανία. Επίσης, ένα σημαντικό ποσοστό των αλλοδαπών ιατρών βρίσκεται ουσιαστικά στο στάδιο της ειδικότητας.

Η εικόνα, λοιπόν, της απασχόλησης αλλοδαπών ιατρών δεν δείχνει ιδιαίτερα θετική. Στον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών, 71 από τα 542 ξένα μέλη δηλώνουν ότι δεν εργάζονται πουθενά. Καθώς αυτά τα νούμερα είναι τρόπον τινά αντιπροσωπευτικά της συνολικής κατάστασης των αλλοδαπών ιατρών στην Ελλάδα, αποδεικνύεται πως αυτοί αντιμετωπίζουν σοβαρό πρόβλημα ανεργίας, ή τουλάχιστον υποαπασχόλησης.

Στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από την Έρευνα Εργατικού Δυναμικού αναφορικά με την ανεργία και τον τομέα της υγείας την άνοιξη του 2005 φανερώνουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά της κατάστασης (Πίνακας 1). Η ανεργία των αποφοίτων ιατρικών σχολών είναι 4.8% σε σύγκριση με το συνολικό 9.6%. Οι γυναίκες απόφοιτοι παρουσιάζουν ένα πολύ μεγαλύτερο ποσοστό ανεργίας (8.8%) από τους άνδρες (2.6%), το οποίο μπορεί εύκολα να θεωρηθεί ως ανεργία τριβής. Στην περίπτωση των αποφοίτων παραϊατρικών σχολών, η ανεργία είναι υψηλότερη από τον μέσο όρο, φτάνοντας το 10.6%, με τις γυναίκες να έχουν πολύ υψηλότερα ποσοστά (12.1%) από τους άνδρες (4.0%).

Σε αυτά τα πλαίσια, εικάζεται ότι η Ελλάδα είναι μία χώρα που εξάγει παρά εισάγει ιατρούς. Στοιχεία τα οποία ελήφθησαν από το Βρετανικό Ιατρικό Σύλλογο δείχνουν ότι 238 από τα μέλη του έχουν αποκτήσει το πτυχίο τους στην Ελλάδα. Επιπλέον, δεδομένου ότι η εγγραφή στο σύλλογο αυτό δεν είναι υποχρεωτική (μόνο 68% των ιατρών είναι μέλη), καθώς και ότι οι Έλληνες υπήκοοι που έχουν αποφοιτήσει από Βρετανικά πανεπιστήμια δεν υπολογίζονται ως «Έλληνες», μπορούμε να υποθέσουμε ότι ο αριθμός των Ελλήνων ιατρών στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι μάλλον πολύ μεγαλύτερος. Αντίστοιχες πληροφορίες που έχουν συγκεντρωθεί από τον Ιταλικό Ιατρικό Σύλλογο, δείχνουν ότι είναι εγγεγραμμένοι ως μέλη 270 Έλληνες ιατροί, ενώ υπήρξαν 63 εγγραφές Ελλήνων το 2005, 62 το 2004 και 42 το 2003.

Αυτή τη στιγμή, η Ελλάδα δεν μοιάζει να είναι χώρα που έλκει μεγάλο αριθμό αλλοδαπών ιατρών. Στις πιο πρόσφατες εξετάσεις (Δεκέμβριος 2005) για την αναγνώριση ξένων πτυχίων ιατρικής από το ΔΟΑΤΑΠ, από τους 2530 υποψηφίους, περίπου το 2.8% ήταν αλλοδαποί. Οι υπόλοιποι ήταν Έλληνες υπήκοοι που αποφοίτησαν από ξένα πανεπιστήμια, κυρίως από την Ανατολική Ευρώπη και την Ιταλία. Από το 2000, το ΔΟΑΤΑΠ έχει αναγνωρίσει ξένα πτυχία ιατρικής για περίπου 5300 Έλληνες και 392 αλλοδαπούς (7.3%). Οι ανάλογοι αριθμοί για τους οδοντιάτρους είναι 1776 και 112 αντίστοιχα, ενώ για τους φαρμακοποιούς 1069 και 59.

Τέλος, ο αριθμός των πράξεων αναγνώρισης επαγγελματικής εμπειρίας πολιτών της ΕΕ που εκδόθηκαν από το ΣΑΕΙ, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Οδηγία 89/48/EU, είναι πολύ χαμηλός, μόλις 10 περιπτώσεις, από αρχής της ενσωμάτωσης της Οδηγίας στην Ελληνική νομοθεσία το 2000.

Αν και τα διαθέσιμα στοιχεία αναφορικά με τους μέτοικους ιατρούς είναι μάλλον περιορισμένα, ανάλογα στοιχεία για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ακόμη πιο σπάνια. Αυτό συμβαίνει επειδή η ίδρυση του Σωματείου Νοσηλευτών είναι μάλλον πρόσφατη, και πολλές νοσοκόμες/ νοσηλευτές, ειδικά αλλοδαπές/οί, δεν έχουν εγγραφεί ακόμη. Οι μόνες σχετικές πληροφορίες που καταφέραμε να συγκεντρώσουμε προέρχονται από την Έρευνα Εργατικού Δυναμικού της άνοιξης του 2004, σχετικά με την απασχόληση στον τομέα «υγείας και κοινωνικής εργασίας» ανάλογα με το επάγγελμα (διψήφια κατάταξη). Όπως δείχνει ο Πίνακας 2, από τα 210,012 άτομα που εργάζονται στον τομέα, τα 4,817 είναι αλλοδαποί, με τους μη κοινοτικούς να κυριαρχούν. Αν και η Έρευνα Εργατικού Δυναμικού ως δειγματοληπτική έρευνα υπόκειται σε στατιστικά λάθη, ειδικά όταν αφορά σε μικρά δείγματα, είναι λογικό να λάβουμε υπόψη τις πληροφορίες που μας παρέχει καθώς ευσταθούν σε σχέση με αυτές που έχουμε ήδη αναφέρει στη μελέτη αυτή. Αποδεικνύεται ότι οι αλλοδαποί εκπροσωπούν ένα μάλλον μικρό ποσοστό των απασχολούμενων στον τομέα της υγείας (2.2%). Αλλοδαποί (πολίτες ΕΕ αλλά και τρίτων χωρών) εργάζονται ως επιστήμονες, προφανώς ιατροί, τεχνικοί και επιστημονικοί βοηθοί, ενώ εκείνοι που παρέχουν προσωπικές υπηρεσίες, καθώς και εργαζόμενοι σε σπίτια και πωλήσεις (στην πλειοψηφία μάλλον νοσοκόμες/ νοσηλευτές) προέρχονται κυρίως από μη κοινοτικές χώρες. Ένα αξιοσημείωτο συμπέρασμα που πηγάζει από την Έρευνα Εργατικού Δυναμικού είναι ότι η πλειοψηφία των αλλοδαπών εργαζομένων στον τομέα της υγείας, όπως και των Ελλήνων εργαζομένων, είναι γυναίκες, εικόνα που δεν έχει αλλάξει ουσιαστικά, σε σύγκριση με την Έρευνα Εργατικού Δυναμικού του 1998.

Οι πληροφορίες που προέρχονται από το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων επιβεβαιώνουν ότι οι αλλοδαποί που απασχολούνται στην υγεία και την κοινωνική εργασία είναι ένα μικρό ποσοστό (3.1%) του συνόλου (Πίνακας 3).

Από την άλλη πλευρά, οι αλλοδαποί εργαζόμενοι, κυρίως από τρίτες χώρες, αντιπροσωπεύουν ένα μάλλον υψηλό ποσοστό (σχεδόν 70%) εκείνων που απασχολούνται σε σπίτια. Όπως φαίνεται, η πλειοψηφία του προσωπικού αυτού προσφέρει κυρίως υπηρεσίες σε ηλικιωμένα ή ανάπηρα άτομα. Αξίζει να σημειωθεί ότι αυτή η κατηγορία αλλοδαπού προσωπικού μειώθηκε σημαντικά ανάμεσα στο 2004 και το 2005.

Η γενική άποψη που επικρατεί στην Ελλάδα, η οποία στηρίζεται και από τα στοιχεία της Έρευνας Εργατικού Δυναμικού, είναι ότι οι αλλοδαπές εργαζόμενες, κυρίως από γειτονικές χώρες, οι οποίες απασχολούνται ως εσωτερικές οικιακές βοηθοί φροντίζοντας ηλικιωμένα άτομα, έχουν συνεισφέρει εξαιρετικά στην παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένους, ειδικά στην Ελληνική κοινωνία που γερνά. Από την άλλη πλευρά, εκφράζεται και η άποψη ότι το γεγονός αυτό ίσως να καθυστερεί τη διάδοση των μονάδων φροντίδας για τους ηλικιωμένους.

6. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ

Ο αριθμός των εισακτέων φοιτητών στις Ελληνικές Ιατρικές Σχολές, όπως σε όλες τις ανώτατες σχολές, είναι περιορισμένος και ορίζεται κάθε χρόνο από το Υπουργείο Παιδείας. Η εισαγωγή είναι αποτέλεσμα της επιτυχούς συμμετοχής στις Πανελλαδικές Εξετάσεις για την Εισαγωγή στην Ανώτερη και Ανώτατη Εκπαίδευση. Η διάρκεια των σπουδών είναι έξι χρόνια και είναι δωρεάν, όπως άλλωστε όλη η Ελληνική Ανώτατη Εκπαίδευση. Οι ιατροί λαμβάνουν την άδεια να ασκήσουν την ιατρική αμέσως μόλις ολοκληρώσουν τις σπουδές τους. Επιπλέον, ένας ιατρός που επιθυμεί να εργασθεί στο δημόσιο σύστημα υγείας, αλλά και σε πολλές άλλες θέσεις, πρέπει να λάβει πρόσθετη κατάρτιση στη γενική ιατρική ή σε κάποια ειδικότητα. Η διάρκεια της ειδικότητας ποικίλλει ανάλογα με το αντικείμενο, από 4 μέχρι 7 χρόνια. Παρ' όλα αυτά, πριν ξεκινήσει την ειδικότητά του, κάθε ιατρός πρέπει να υπηρετήσει σε ένα Αγροτικό Ιατρείο στη δικαιοδοσία του τοπικού Κέντρου Υγείας.

Εκτός από την Ιατρική Σχολή, η Σχολή των Επιστημών Υγείας των πανεπιστημίων περιλαμβάνουν σήμερα το Φαρμακευτικό Τμήμα (5 έτη σπουδών), την Οδοντιατρική Σχολή (5 έτη) και εδώ και μερικά χρόνια τη Νοσηλευτική (4 έτη).

Σπουδές σχετικές με την υγεία προσφέρουν επίσης τα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (ΤΕΙ), τα οποία δέχονται αποφοίτους της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης κατόπιν επιτυχούς συμμετοχής στις Πανελλαδικές Εξετάσεις για την Εισαγωγή στην Ανώτερη και Ανώτατη Εκπαίδευση. Τα ΤΕΙ προσφέρουν διάφορα πτυχία στις παραϊατρικές επιστήμες, όπως μαιευτική, φυσιοθεραπεία, κοινωνική εργασία και νοσηλευτική. Οι σπουδές διαρκούν επτά εξάμηνα, συν ένα εξάμηνο πρακτικής εξάσκησης.

Αξίζει να σημειωθεί πως απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης μπορούν επίσης να παρακολουθήσουν πρακτικές σπουδές στον τομέα της υγείας στα Ινστιτούτα

Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ). Οι σπουδές αυτές διαρκούν από δύο έως τέσσερα εξάμηνα και η πλειοψηφία των φοιτούντων εκπαιδεύονται στην νοσηλευτική.

Αλλοδαποί μαθητές που έχουν που έχουν ολοκληρώσει την μέση εκπαίδευση στην Ελλάδα μπορούν να συμμετάσχουν στις Πανελλαδικές Εξετάσεις για την Εισαγωγή στην Ανώτερη και Ανώτατη Εκπαίδευση σε ισότιμη βάση με τους Έλληνες συμμαθητές τους. Όσον αφορά στους αλλοδαπούς μαθητές που ολοκλήρωσαν την μέση εκπαίδευση στη χώρα προέλευσής τους, πρέπει να περάσουν από ειδικές εξετάσεις που οργανώνονται κάθε χρόνο από το Υπουργείο Παιδείας, με την προϋπόθεση ότι ούτε οι ίδιοι οι υποψήφιοι, ούτε οι γονείς τους έχουν Ελληνική υπηκοότητα ή ιθαγένεια. Ο αριθμός των εισακτέων τέτοιων κατηγοριών είναι πολύ συγκεκριμένος. Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Ν. Φ 152/Β6/1504/30-5-2001 (ΦΕΚ 659 Τ. Β'), η οποία αφορά στην «Είσοδο Σπουδαστών στην Ανώτατη Εκπαίδευση», ορίζεται πως οι υποψήφιοι που πληρούν τις παραπάνω προϋποθέσεις πρέπει να υποβάλουν τα δικαιολογητικά τους στο Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Πρέπει επίσης να συμπληρώσουν μια αίτηση υποψηφίου όπου δηλώνουν τις σχολές και τα τμήματα που προτιμούν. Η αίτηση αυτή δίνεται στους υποψηφίους κατά την κατάθεση των δικαιολογητικών τους.

Όσον αφορά στην εγγραφή τους, οι επιτυχόντες που εισάγονται σε Σχολή ή Τμήμα Πανεπιστημίου ή ΤΕΙ οφείλουν επίσης να παρουσιάσουν ένα πιστοποιητικό γλωσσομάθειας για την Ελληνική γλώσσα. Το πιστοποιητικό αυτό χορηγείται κατόπιν σχετικών εξετάσεων του Πανεπιστημίου Αθηνών ή του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης ˙ γίνεται επίσης δεκτό το πιστοποιητικό του τρίτου τουλάχιστον επιπέδου του Κέντρου Ελληνικής Γλώσσας της Θεσσαλονίκης. Εάν ο επιτυχών δεν κατέχει το πιστοποιητικό αυτό, μπορεί να εγγραφεί το επόμενο ακαδημαϊκό έτος, με τον όρο ότι θα έχει αποκτήσει το απαιτούμενο πιστοποιητικό γλωσσομάθειας. Αλλιώς, δεν θα έχει πλέον δικαίωμα εγγραφής.

Όσον αφορά στην αναγνώριση των τίτλων εκπαίδευσης και κατάρτισης υπηκόων μη κοινοτικών χωρών στον τομέα της υγείας, ακολουθείται η διαδικασία που περιγράφεται στο κεφάλαιο 4.

Λαμβάνοντας υπόψη το πλεόνασμα σε ιατρούς στην Ελλάδα, το οποίο βρίσκεται και σε συστηματική αύξηση με την εισροή Ελλήνων αποφοίτων ιατρικών σχολών από ξένα πανεπιστήμια (ειδικά από τα Βαλκάνια και την Ιταλία), τέθηκε σε εφαρμογή ένα σχέδιο σταθεροποίησης του αριθμού των φοιτητών ιατρικής[1]. Επιπλέον, οι εξετάσεις αναγνώρισης του ΔΟΑΤΑΠ έχουν γίνει αυστηρότερες τα τελευταία χρόνια, γεγονός το οποίο θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ένα μέσο ελέγχου της εισροής νέων ιατρών. Από την άλλη πλευρά, η έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό συνέβαλε στην ίδρυση νέων σχετικών τμημάτων ΑΕΙ και ΤΕΙ.

Είναι δύσκολο να βρει κανείς περιορισμούς ή και κίνητρα για να μείνουν οι ιατροί στην Ελλάδα. Αντιθέτως, είναι πολύ πιθανό ότι οι Έλληνες ιατροί που επιδιώκουν μια καριέρα στο εξωτερικό είναι πολύ περισσότεροι από τους αλλοδαπούς ιατρούς που έρχονται να εργασθούν στην Ελλάδα.

[1] Κατά την περίοδο 200-2004 ο αριθμός των εισακτέων φοιτητών στις ιατρικές και άλλες σχετικές σχολές μειώθηκε κατά 12 με 16% (Στάθης, 2005, σελ.63)

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Ελλάδα έχει ενσωματώσει τις Κοινοτικές Οδηγίες σχετικά με τον τομέα της υγείας στην νομοθεσία της. Ως αποτέλεσμα, οι πολίτες της ΕΕ έχουν τα ίδια εργασιακά δικαιώματα με τους Έλληνες, υπό την έννοια ότι μπορούν να απασχοληθούν στο σύνολο του τομέα υγείας, συμπεριλαμβανομένου του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ).

Οποιοσδήποτε αλλοδαπός επιθυμεί να ασκήσει ιατρικό ή παραϊατρικό επάγγελμα οφείλει να κατέχει ορισμένους ακαδημαϊκούς και επαγγελματικούς τίτλους και να ακολουθήσει μια πολύ συγκεκριμένη υποχρεωτική διαδικασία που περιλαμβάνει την ακαδημαϊκή αναγνώριση, την επαγγελματική αναγνώριση (όπου απαιτείται), την εγγραφή στο σχετικό επιστημονικό σύλλογο και την έκδοση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος.

Μολονότι το νομικό πλαίσιο μεριμνά για την πρόσκληση ορισμένων ατόμων ως μεταναστών εργαζομένων βάσει των εγχώριων αναγκών ανά ειδικότητα, στην πράξη αυτό δεν έχει ακόμη εφαρμοσθεί. Επιπλέον, δεν υπάρχουν ποσοστώσεις στον αριθμό των μεταναστών, ούτε διμερείς ή πολύπλευρες συμφωνίες που να αφορούν την πρόσληψη ή την ανταλλαγή ιατρικού προσωπικού, επομένως είναι δύσκολο να μιλήσουμε για ρητή μεταναστευτική πολιτική στην υγεία ή οποιοδήποτε άλλο τομέα. Από την άλλη πλευρά, δεν μπορούμε να ισχυρισθούμε πως η απουσία πολιτικής για προσλήψεις μεταναστών στον τομέα υγείας δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία του τομέα, σε μια χώρα που παρουσιάζει βελτίωση των δεικτών επίδοσης στην υγεία και με πόρους άνω του μέσου όρου του ΟΟΣΑ.

Η σχέση ανάμεσα στην μετανάστευση και τον τομέα της υγείας στην Ελλάδα προσδιορίζεται στη βάση των γενικών διαρθρωτικών στοιχείων του εθνικού τομέα υγείας, ο οποίος χαρακτηρίζεται από πλεόνασμα ιατρών και σημαντικές ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού.

Η Ελλάδα εμφανίζει έναν υψηλό και συνεχώς αυξανόμενο αριθμό ιατρών ανά 1000 κατοίκους. Το γεγονός αυτό συμπίπτει με τη συστηματική εισροή Ελλήνων αποφοίτων ξένων ιατρικών σχολών. Το 2003 ο αριθμός των ιατρών ήταν 52335 σε σύγκριση με τους 34336 του 1990. Ένας σημαντικός αριθμός ιατρών που αποφοίτησαν από ξένες ιατρικές σχολές είναι ακόμη στη διαδικασία ακαδημαϊκής αναγνώρισης των πτυχίων τους. Ως αποτέλεσμα, η Ελλάδα φαίνεται να είναι μια χώρα που εξάγει ιατρούς. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει μια σταθερή έλλειψη σε νοσηλευτές.

Στα πλαίσια αυτά, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι οι αλλοδαποί ιατροί στην Ελλάδα αντιπροσωπεύουν ένα μάλλον μικρό ποσοστό επί του συνόλου. Προέρχονται κυρίως από την Κύπρο και την Αλβανία (ομογενείς) και πολλοί από αυτούς είναι σχετικά νέοι και κάνουν την ειδικότητά τους. Επίσης, το ποσοστό απασχόλησης των ιατρών αυτών δεν φαίνεται ικανοποιητικό, καθώς ένα υψηλό ποσοστό δηλώνουν ότι δεν εργάζονται πουθενά. Επομένως, η Ελλάδα δεν αποτελεί χώρα που προσελκύει πολλούς αλλοδαπούς ιατρούς.

Όσον αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό, η Ελλάδα παρουσιάζει ένα πολύ χαμηλότερο δείκτη από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Οι μετανάστριες νοσοκόμες αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό κομμάτι του νοσηλευτικού προσωπικού της χώρας.

Προέρχονται κυρίως από τις γειτονικές χώρες, εργάζονται ως αυτοαπασχολούμενες αποκλειστικές ημερήσιες ή νυχτερινές στο χώρο των νοσοκομείων, ή φροντίζουν ηλικιωμένους, συνήθως ως οικιακές βοηθοί.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ποσοστά Ανεργίας Αποφοίτων Ιατρικών και Παραϊατρικών Τμημάτων

	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες
Απόφοιτοι Ιατρικών Σχολών	4.84	2.62	8.79
Τεχνικοί Ιατρικών Επαγγελμάτων	10.60	4.01	12.09
Σύνολο	9.6	5.8	15.2

Πηγή: Έρευνα Εργατικού Δυναμικού, άνοιξη 2005

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Μέλη Ιατρικών Συλλόγων ανά εθνικότητα 2006

	Έλληνες	ΕΕ	Τρίτης Χώρας	Σύνολο	ΕΕ%	Τρίτης %	Σύνολο %
Αθήνα	21640	350	192	22182	1.58	0.87	2.44
Πειραιάς	3341	52	34	3427	1.52	0.99	2.51
Θεσ/νίκη	7563	123	69	7755	1.59	0.89	2.48
Πάτρα	1699	23	11	1733	1.33	0.63	1.96
Ιωάννινα	1237	19	24	1280	1.48	1.88	3.36
Σύνολο	35480	567	330	36377	1.56	0.91	2.47

Πηγή: Στοιχεία από Επαγγελματικούς Συλλόγους

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Απασχόληση στην υγεία και την κοινωνική εργασία, άνοιξη 2004

	Έλληνες	ΕΕ	Τρίτη χώρα	Σύνολο
Ιατροί & άλλοι επιστήμονες	69673	658	806	71137
Τεχνικοί & επιστ. Βοηθοί	59238	405	637	60280
Παροχή προσωπικών υπηρεσιών	33051	0	1376	34427
Οικιακοί βοηθοί & πωλητές	10702	0	754	11456
Υπόλοιπα επαγγέλματα	41431	84	197	41712
σύνολο	214095	1147	3770	219012

Πηγή: Έρευνα Εργατικού Δυναμικού, άνοιξη 2004

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Αριθμός ασφαλισμένων εργαζομένων στο ΙΚΑ

	Έλληνες	ΕΕ 24	Τρίτη χώρα	Σύνολο
Ιανουάριος 2004				
Υγεία & Κοιν. Εργασία	65914	399	1654	67967
Ιδιωτικά νοικοκυριά	6578	349	18033	24960
Σύνολο	1536343	9316	207513	1753172
Μάιος 2004				
Υγεία & Κοιν. Εργασία	66046	413	1654	68113
Ιδιωτικά νοικοκυριά	5812	305	15811	21928
Σύνολο	1616190	12556	225944	1854690
Μάιος 2005				
Υγεία & Κοιν. Εργασία	68618	470	1751	70839
Ιδιωτικά νοικοκυριά	5728	266	12915	18909
Σύνολο	1603491	13154	213488	1830133

Πηγή: ΙΚΑ