

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ

Νεοφύτου Βάμβα 6 (3ος όρ.), 10674 Αθήνα, τηλ: 210 7233221-2; φαξ: 210 7233217;
e-mail: info@nchr.gr, website: www.nchr.gr

**Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς Νόμιμα
Έγγραφα Παραμονής¹**

I. Εισαγωγή

Είναι αναμφισβήτητο ότι η εποχή μας είναι μία περίοδος αθρόας και αναπόφευκτης μετακίνησης ατόμων σε ξένες χώρες και δη στην ΕΕ προς εξεύρεση εργασίας και αναζήτηση καλύτερων όρων διαβίωσης. Η Ελλάδα λόγω και της γεωγραφικής της θέσης αποτελεί ενδιάμεσο, ως σημείο εισόδου της ΕΕ, ή και τελικό προορισμό για μεγάλο αριθμό μεταναστών. Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των παράνομων μεταναστών θέτει επιτακτικά την ανάγκη σχεδιασμού μίας σοβαρής και ισορροπημένης μεταναστευτικής πολιτικής, η οποία θα αντιμετωπίζει το μεταναστευτικό φαινόμενο ως ένα κοινωνικό ζήτημα και δε θα διαπνέεται από μία αστυνομική λογική. Η έλλειψη μίας ολοκληρωμένης μεταναστευτικής πολιτικής και η αυξανόμενη εισροή μεταναστών στην Ελλάδα συνεπάγονται μία σειρά προβλημάτων, τόσο σε νομοθετικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο, ένα από τα οποία συνιστά και η σημαντικά περιορισμένη πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη των παράνομων μεταναστών, αντικείμενο της παρούσας γνωμάτευσης της Επιτροπής.

Αφορμή για την παρούσα γνωμάτευση αποτέλεσε η Ευρωπαϊκή Έρευνα των Γιατρών του Κόσμου για την πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη των μεταναστών χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής που αφορούσε 7 χώρες της ΕΕ μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Η κατάσταση στην Ελλάδα περιγράφεται με μελανά χρώματα, καθώς σύμφωνα με την

¹ Το εν λόγω κείμενο υιοθέτησε η Ολομέλεια της ΕΕΔΑ της 08.11.2007. Εισηγήτρια ήταν η κα Λυδία-Μαρία Μπολάνη, Επιστημονική Συνεργάτις της ΕΕΔΑ.

έρευνα, μόνο το 6,9% των ερωτηθέντων δικαιούται θεωρητικά πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη, ενώ από τους θεωρητικά επωφελούμενους ερωτηθέντες κανένας δεν είχε πραγματικά πρόσβαση.

Δεδομένου του σημαντικού αριθμού μεταναστών χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής (εφ' εξής μετανάστες) που βρίσκονται στην Ελλάδα και της ολοένα και αυξανόμενης έλευσης νέων, το ζήτημα της πρόσβασης των μεταναστών στην ιατρική περίθαλψη χρήζει ιδιαίτερης προσοχής για δύο λόγους: α) η υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ίδια την επιβίωση του ατόμου και β) μακροπρόθεσμα αλλά και μεσοπρόθεσμα τίθενται ζητήματα δημόσιας υγείας.

II. Το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο

Σύμφωνα με το άρθρο 84 παρ. 1 του Ν. 3386/2005 (Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια, ΦΕΚ Α' 212): «Οι δημόσιες υπηρεσίες, τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης, οι οργανισμοί και οι επιχειρήσεις κοινής ωφελείας και οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης υποχρεούνται να μην παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε υπηκόους τρίτης χώρας, οι οποίοι δεν έχουν διαβατήριο ή άλλο ταξιδιωτικό έγγραφο που αναγνωρίζεται από διεθνείς συμβάσεις, θεώρηση εισόδου ή άδεια διαμονής και γενικά δεν αποδεικνύουν ότι έχουν εισέλθει και διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα. **Εξαιρούνται τα νοσοκομεία, θεραπευτήρια και κλινικές, όταν πρόκειται για υπηκόους τρίτων χωρών που εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία και για ανήλικα παιδιά. ...**» Επιπλέον, σύμφωνα με την παρ. 4 του ίδιου άρθρου: «Οι υπάλληλοι των παραπάνω υπηρεσιών και φορέων που παραβαίνουν τις διατάξεις των παρ. 1 και 2 του άρθρου αυτού διώκονται πειθαρχικά και τιμωρούνται, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα, για παράβαση καθήκοντος.»

Ο νόμος, λοιπόν, διατηρεί σε ισχύ το νομοθετικό πλαίσιο σχετικά με την πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη του παλαιότερου Ν. 2910/2001 (άρθρο 51). Η μόνη σχετική αλλαγή είναι η κατάργηση της διάταξης του άρθρου 54 του Ν. 2910/2001, η οποία προέβλεπε την υποχρέωση των

διευθυντών θεραπευτηρίων να ενημερώνουν τις αστυνομικές αρχές για την άφιξη σε αυτά αλλοδαπών.²

Χαρακτηριστική είναι, άλλωστε, και η εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας (Αριθμ. Πρωτ. ΟΙΚ/ΕΜΠ518, 2/2/2005) με τίτλο «Υγειονομική Περίθαλψη Αλλοδαπών» σύμφωνα με την οποία: «Για τους αλλοδαπούς μη νόμιμα ευρισκόμενους στην Ελλάδα (όπως είναι ο λαθρομετανάστης) θα παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες αποκλειστικά σε περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους. Δεν θα γίνονται δεκτοί από τις υπηρεσίες υγείας αλλοδαποί αυτής της κατηγορίας για μη επείγοντα περιστατικά».³

Με βάση τα παραπάνω είναι εμφανές ότι η Ελλάδα αναγνωρίζει στους μετανάστες ένα αρκετά περιορισμένο δικαίωμα πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη και κατ' επέκταση ένα εξ' ίσου περιορισμένο δικαίωμα στην υγεία. Κρίνεται, λοιπόν, αναγκαία η εξέταση του δικαιώματος στην υγεία των μεταναστών τόσο στα πλαίσια του εθνικού όσο και του διεθνούς δικαίου.

III. Το δικαίωμα στην υγεία κατά το Σύνταγμα

Το Σύνταγμα δεν περιλαμβάνει κάποιον ορισμό της «υγείας». Σύμφωνα με το Προοίμιο του Καταστατικού της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, υγεία είναι «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απολύτρωση από ασθένεια και αναπηρία». Σχετικά με τον ορισμό αυτό έχει υποστηριχθεί ότι «φαίνεται υπερβολικά ευρύς, αφού ιδίως η ψυχική και κοινωνική 'ευεξία' αποτελεί συνάρτηση πολλών παραγόντων και πάντως η συμβολή του κράτους στη διασφάλισή της δεν μπορεί παρά να είναι επιβοηθητική της πρωτοβουλίας του ίδιου του ατόμου».⁴ Στο πλαίσιο της παρούσας εισήγησης σκοπιμότερος και προτιμότερος φαίνεται ένας ορισμός σύμφωνα με τον οποίο υγεία είναι

² Η Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων είχε γνωμοδοτήσει ότι η παραπάνω υποχρέωση αντίκειται στο άρθρο 5 παρ. 5 του Συντάγματος. Γνωμοδότηση 86 /2001, (2001) ΤοΣ 1175.

³ Η ως άνω εγκύκλιος κάνει ρητή αναφορά στον παλαιότερο Ν. 2912/2001. Δεδομένου, ωστόσο, ότι η νομοθετική ρύθμιση του ζητήματος παραμένει ίδια και στο Ν. 3386/2005 θεωρούμε ότι η εγκύκλιος διατηρεί την ισχύ της.

⁴ Κ. Χρυσόγονος, *Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα* (Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2006) 549.

«μία κατάσταση του ανθρώπου, από την οποία απουσιάζει η ‘ασθένεια’, νοούμενη ως παθολογικό σύμπτωμα, που δημιουργεί ορισμένο βαθμό έλλειψης της ψυχικής ή βιολογικής ισορροπίας του ανθρώπου σε σχέση με τη ‘φυσιολογική’ του κατάσταση».⁵

Στο Σύνταγμα δύο είναι οι βασικές διατάξεις οι σχετικές με το δικαίωμα στην υγεία, το άρθρο 5 παρ. 5 και το άρθρο 21 παρ. 3. Το πρώτο ορίζει ότι: «Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας». Η νέα αυτή διάταξη, η οποία κατοχυρώνει το ατομικό δικαίωμα στην υγεία, απαγορεύει ουσιαστικά τόσο τις σκόπιμα βλαπτικές της υγείας του ατόμου ενέργειες τρίτων, όσο και, κατ’ αρχήν, την ιατρική επέμβαση ή περίθαλψη χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς.⁶ Το δεύτερο κατοχυρώνει το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία και ορίζει ότι «το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών». Το άρθρο 21 παρ. 3 είναι, λοιπόν, αυτό στο οποίο μπορεί να θεμελιωθεί κάποια αξίωση για τη λήψη μέτρων και παροχών από το Κράτος στον τομέα της υγείας.

Φορείς του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία είναι, σύμφωνα με τη διατύπωση του άρθρου 21 παρ. 3, οι πολίτες. Ο ανωτέρω κανόνας, όμως, επιδέχεται εξαιρέσεων. Κατ’ αρχήν η συνταγματική κατοχύρωση για τους Έλληνες πολίτες δεσμεύει το νομοθέτη μόνο ως προς αυτούς και δεν του απαγορεύει να επεκτείνει τα δικαιώματα αυτά και στους αλλοδαπούς.⁷

Δεύτερον, έχουν διατυπωθεί και απόψεις που αφήνουν να υπονοηθεί ότι με βάση την νέα συνταγματική διάταξη του άρθρου 5 παρ. 5 επεκτείνεται το πεδίο εφαρμογής του άρθρου 23 παρ. 1 σε ό,τι αφορά τους φορείς του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία. Σύμφωνα με τον Π. Δαγτόγλου «η νέα διάταξη αναφέρεται όχι απλώς στην κρατική υποχρέωση, αλλά στο δικαίωμα κάθε προσώπου (δηλαδή και του μη Έλληνα) στην προστασία της υγείας του. Δεν είναι σαφές, αν η Ζ’ Αναθεωρητική Βουλή ήταν εν επιγνώσει των πλήρων και συγκεκριμένων νομικών (και

⁵ Α. Παπακωνσταντίνου, *Το Κοινωνικό Δικαίωμα στην Υγεία, Συνταγματική Θεμελίωση* (Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή 2005) 40.

⁶ Χρυσόγονος, όπ. π. 226-7.

⁷ Π. Δαγτόγλου, *Ατομικά Δικαιώματα* (Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή 2005) 109.

δημοσιονομικών) συνεπειών μιας τέτοιας έννομης αξιώσεως».⁸ Επιπλέον, σύμφωνα με τον Γ. Κατρούγκαλο «μολονότι η νέα αυτή ρύθμιση έχει κυρίως αμυντική διάσταση έναντι των προαναφερθέντων κινδύνων, έχει και γενικότερη σημασία για τις εν γένει λειτουργίες του δικαιώματος, διότι, σε αντίθεση με τη γενικότερη διατύπωση της παρ. 3 του άρθρου 21, όπου γίνεται απλώς λόγος για κρατική μέριμνα στον τομέα αυτό, πανηγυρικά πλέον διακηρύσσει ότι καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας του».⁹

Η θεμελίωση του δικαιώματος στην υγεία των μεταναστών μπορεί να θεμελιωθεί και στο άρθρο 2 παρ. 1 Σ το οποίο ορίζει ότι «ο σεβασμός και η προστασία της αξίας των ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας». Όπως έχει παρατηρηθεί: «Η εκδοχή ότι οι αλλοδαποί θα μπορούσαν να αφεθούν χωρίς την αναγκαία άμεση βοήθεια προσβάλλει την ίδια την έννοια της αξίας του ανθρώπου, προς την οποία συναρτάται άλλωστε η προστασία της υγείας. Συνεπώς, ούτε και αυτοί μπορούν να αποκλεισθούν του δικαιώματος στην υγεία».¹⁰

«Η προστασία της υγείας εκ μέρους του Κράτους αποτελεί αναγκαίο όρο για την πραγμάτωση του περιεχομένου της αρχής του σεβασμού και της προστασίας της αξίας του **ανθρώπου**».¹¹ Σύμφωνα με την άποψη αυτή, που δύσκολα μπορεί να αμφισβητηθεί, το δικαίωμα στην υγεία συνιστά μία από τις σημαντικότερες εξειδικεύσεις της ανωτέρω αρχής, η οποία δε μπορεί παρά να καθιστά φορείς και τους αλλοδαπούς μετανάστες. Μπορεί, λοιπόν, η διατύπωση του άρθρου 21 παρ. 3 να επιτρέπει κατ' αρχήν στον κοινό νομοθέτη να θεσπίζει διακρίσεις προς όφελος των Ελλήνων πολιτών, ωστόσο, αυτές οφείλουν «να μην υπερβαίνουν τα κανονιστικά όρια που επιβάλλει η αρχή της αξίας του ανθρώπου».¹² Ένα τόσο περιορισμένο δικαίωμα πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη, όπως το ισχύον, με τις αναπόφευκτες συνέπειές του, δηλαδή το να πρέπει η κατάσταση της υγείας

⁸ *ibid* 71.

⁹ Γ. Κατρούγκαλος, *Τα Κοινωνικά Δικαιώματα* (Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή 2006) 177.

¹⁰ Χρυσόγονος, *όπ. π.* 553-554.

¹¹ Παπακωνσταντίνου, *όπ. π.* 44.

¹² Παπακωνσταντίνου, *όπ. π.* 96.

ενός ατόμου να χειροτερέψει σε τέτοιο βαθμό ώστε να θεωρηθεί επείγον περιστατικό και να δικαιολογείται η έκτακτη νοσηλεία του, δε συνάδει με την υποχρέωση προστασίας της αξίας του ανθρώπου.

«Το δικαίωμα στην υγεία, ως καθολικό δικαίωμα ανεξάρτητο από το *status civitatis*, έχει ως αντικείμενο τη διασφάλιση ενός ελάχιστου περιεχομένου κρατικής παρέμβασης για την προστασία της υγείας».¹³ Κριτήριο του δικαιώματος της δωρεάν ή σχεδόν δωρεάν χρήσης των υπηρεσιών υγείας που παρέχει το Κράτος δεν είναι η οικονομική, κοινωνική ή επαγγελματική κατάσταση του πολίτη, δηλαδή π.χ. η ιδιότητά του ως εργαζομένου που καλύπτεται από ασφάλιση ασθενείας ή η κατάστασή του ως κοινωνικά και οικονομικά αδύνατου μέλους της κοινωνίας (π.χ. απόρου), αλλά απλώς και μόνο η πραγματική του ανάγκη για υγειονομική φροντίδα.¹⁴ Πράγματι, η ύπαρξη και η έκταση της ανάγκης για ιατρική φροντίδα ενός ατόμου πρέπει να συνιστά, αν όχι το μόνο, τουλάχιστον το σημαντικότερο κριτήριο.

Όπως έχει παρατηρηθεί, «τα θεμελιώδη κοινωνικά δικαιώματα, και ιδίως αυτά στην υγεία και σε ένα ελάχιστο όριο αξιοπρεπούς διαβίωσης, συναρτώνται τόσο στενά με την προστασία της ανθρώπινης αξίας που είναι αδιανόητη η άρνησή τους σε οποιοδήποτε ανθρώπινο ον, ανεξάρτητα από την νομιμότητα της εισόδου του στην επικράτεια».¹⁵ Από τα παραπάνω είναι προφανές ότι το Σύνταγμα επιτάσσει ένα ευρύτερο δικαίωμα πρόσβασης στη ιατρική περίθαλψη για τους μετανάστες.

IV. Το δικαίωμα στην υγεία κατά το διεθνές δίκαιο

Το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα¹⁶ στα άρθρο 12 παρ. 1 προβλέπει ότι: «Τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα κάθε προσώπου να απολαμβάνει την καλύτερη δυνατή σωματική και ψυχική υγεία». Επίσης σύμφωνα με την παρ. 2 του

¹³ Ξ. Κοντιάδης, *Κράτος Πρόνοιας και Κοινωνικά Δικαιώματα: Συμβολή και Ερμηνεία των Μορφών Συνταγματοποίησης της Κοινωνική Προστασίας* (Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή 1997) 455.

¹⁴ Χ. Ανθόπουλος, «Η Προστασία της Υγείας ως Θεμελιώδες Κοινωνικό Δικαίωμα» (1993) ΤοΣ 741, 750.

¹⁵ Κατρούγκαλος, όπ. π. 90.

¹⁶ Κυρώθηκε με το Ν. 1532/1985 ΦΕΚ Α' 25.

ίδιου άρθρου: «Τα μέτρα που θα λάβουν τα Συμβαλλόμενα Κράτη, για την εξασφάλιση της πλήρους άσκησης του δικαιώματος αυτού πρέπει να περιλαμβάνουν επίσης και τα απαιτούμενα μέτρα για τη διασφάλιση: [...] γ) Της προφύλαξης και θεραπείας επιδημιών, ενδημικών, επαγγελματικών και άλλων ασθενειών και της καταπολέμησης αυτών, δ) Της δημιουργίας συνθηκών που μπορούν να εξασφαλίσουν σε όλους ιατρικές υπηρεσίες και ιατρική περίθαλψη σε περίπτωση ασθένειας». Το εν λόγω άρθρο, λοιπόν, αναγνωρίζει σε «κάθε πρόσωπο», κατά συνέπεια και στους μετανάστες, το δικαίωμα στην υγεία.

Επιπλέον το άρθρο 2 παρ. 2 του Συμφώνου απαγορεύει τις διακρίσεις, σε σχέση με τα δικαιώματα που κατοχυρώνει, λόγω εθνικότητας. Ο συνδυασμός αυτών των δύο διατάξεων μπορεί να οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι οι παράνομοι μετανάστες θα πρέπει να έχουν την ίδια πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες. Έχει, ωστόσο, υποστηριχθεί ότι με βάση την πρακτική της Επιτροπής για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα δε μπορεί να θεμελιωθεί ότι η διακριτική μεταχείριση απαγορεύεται σε όλες τις περιπτώσεις, καθώς αυτή έχει επιτρέψει διακριτική μεταχείριση υπό ορισμένες συνθήκες.¹⁷

Επιπλέον, σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 1: «Καθένα από τα Κράτη που συμβάλλονται με το Σύμφωνο αυτό αναλαμβάνει την υποχρέωση να ενεργεί τόσο με τις δικές του προσπάθειες όσο και με τη διεθνή βοήθεια και συνεργασία, ιδιαίτερα στο οικονομικό και τεχνικό πρόγραμμα, με όλα τα διαθέσιμα μέσα του, με σκοπό να εξασφαλίσει προοδευτικά την πλήρη άσκηση των αναγνωριζομένων δικαιωμάτων...» Συνεπώς, τα Κράτη υποδοχής μπορούν να ισχυριστούν ότι διαθέτουν περιορισμένα μέσα που κατά συνέπεια περιορίζουν τις παροχές προς τους παράνομους μετανάστες στον τομέα της υγείας¹⁸ και κατά συνέπεια δικαιολογείται η διακριτική τους μεταχείριση.

¹⁷ M. Craven, *The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: A Perspective on its Development* (Clarendon Press, Oxford 1995) 172-174.

¹⁸ S. Da Lomba, 'Fundamental Social Rights for Irregular Migrants: The Right to Health Care in France and England' in B. Bogusz, R. Cholewinski, A. Cygan and E. Szyszczak (eds) *Irregular Migration and Human Rights: Theoretical, European and International Perspectives* (Martinus Nijhoff Publishers, Leiden/Boston 2004) 363, 379.

Ακόμα, και αν τα παραπάνω επιχειρήματα γίνουν δεκτά και πάλι μπορεί να θεμελιωθεί ένα ευρύτερο δικαίωμα πρόσβασης των μεταναστών στην υγεία από το υπάρχον.

Το δικαίωμα στην υγεία, όπως όλα τα ανθρώπινα δικαιώματα επιβάλλει τρεις τύπους ή επίπεδα υποχρεώσεων στα Συμβαλλόμενα Κράτη: την υποχρέωση να σέβονται, την υποχρέωση να προστατεύουν και την υποχρέωση να εκπληρώνουν το εν λόγω δικαίωμα.¹⁹ Από αυτές τις τρεις εκδηλώσεις του δικαιώματος η υποχρέωση σεβασμού αποτελεί τον πιο αυστηρό πυρήνα και το *minimum* που πρέπει να εκπληρώσει το Συμβαλλόμενο Κράτος. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι η Επιτροπή έχει δηλώσει ότι «τα Κράτη έχουν την υποχρέωση να σέβονται το δικαίωμα στην υγεία με το, μεταξύ άλλων, να μην αρνούνται ή να περιορίζουν την ίση πρόσβαση όλων των ατόμων, συμπεριλαμβανομένων κρατουμένων, μειονοτήτων, αιτούντων άσυλο και **παράνομων μεταναστών**, σε προληπτικές, θεραπευτικές και καταπραΰντικές υπηρεσίες υγείας».²⁰

Επιπλέον, η Επιτροπή έχει δηλώσει ότι «η ιδέα της προοδευτικής πραγματοποίησης συνιστά αναγνώριση του γεγονότος ότι η πλήρης πραγματοποίηση όλων των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών δικαιωμάτων γενικά δε θα μπορεί να επιτευχθεί σε μικρό χρονικό διάστημα. [Ωστόσο] η Επιτροπή είναι της άποψης ότι τα Συμβαλλόμενα Κράτη υπέχουν μία ελάχιστη υποχρέωση-πυρήνα να διασφαλίσουν την απόλαυση, τουλάχιστον, ελαχίστων βασικών ορίων των δικαιωμάτων».²¹ Όσον αφορά το δικαίωμα στην υγεία συγκεκριμένα η Επιτροπή έχει δηλώσει ότι «οι υποχρεώσεις πυρήνα περιλαμβάνουν τουλάχιστον τις ακόλουθες υποχρεώσεις: (α) Να διασφαλίσουν το δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες

¹⁹ A. Eide, 'Economic, Social and Cultural Rights as Human Rights' in A. Eide, C. Krause and A. Rosas (eds) *Economic, Social and Cultural Rights: A Textbook* (2nd Revised Edition Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht/Boston/London 2001) 9, 23.

²⁰ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *General Comment No. 14 – The Right to the Highest Attainable Standard of Health* παρ. 34.

²¹ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *General Comment 3 – The Nature of States parties obligations* παρ. 9-10.

υγείας και παροχές χωρίς διακρίσεις, ιδιαίτερα σε ευάλωτες ή περιθωριοποιημένες ομάδες [...] γ) Να παρέχουν βασικά φάρμακα».²²

Πέρα από τη θέση που έχει λάβει η Επιτροπή σχετικά με τον πυρήνα του δικαιώματος στην υγεία αξιολογείται και η θέση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Το 1981 υιοθετήθηκε η «Παγκόσμια Στρατηγική για Υγεία για Όλους μέχρι το 2000» σύμφωνα με την οποία «υπάρχει ένα επίπεδο υγείας κάτω από το οποίο δεν πρέπει να υπάρχει κανένα άτομο σε καμία χώρα».²³ Η Στρατηγική για την Πρωτοβάθμια Ιατρική Περίθαλψη διατυπώνει μία σειρά από σημαντικές βασικές υπηρεσίες υγείας. Τα στοιχεία που εμπεριέχονται σε αυτή τη Στρατηγική μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως το περιεχόμενο-πυρήνα του δικαιώματος στην υγεία: α) εμβολιασμός για την αντιμετώπιση μεταδοτικών ασθενειών, β) κατάλληλη θεραπεία κοινών ασθενειών και τραυματισμών, γ) παροχή βασικών φαρμάκων.²⁴

Από όλα τα παραπάνω προκύπτει ότι υπάρχει ένα θεμελιωμένο δικαίωμα στην υγεία για τους παράνομους μετανάστες, το οποίο στην εκδήλωσή του ακόμα και αν δεν εξισώνεται πλήρως με αυτό των πολιτών, σίγουρα επεκτείνεται πέρα από τα όρια που επιτάσσει το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο. Η Ελλάδα οφείλει να συμμορφωθεί και να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις της που πηγάζουν από το περιεχόμενο-πυρήνα του δικαιώματος στην υγεία που δεν εμπεριέχει μόνο την έκτακτη νοσηλεία,²⁵ αλλά επεκτείνεται πέρα από αυτή.

Πέρα από το ζήτημα της συμμόρφωσης της Ελλάδας με τις διεθνείς της υποχρεώσεις το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο έχει και μία άλλη προβληματική παράμετρο. Η έκτακτη/επείγουσα ιατρική περίθαλψη (emergency medical care), την οποία και μόνο επιτρέπει, δε μπορεί να

²² Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *General Comment No. 14 – The Right to the Highest Attainable Standard of Health* παρ. 43.

²³ World Health Organization, *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, WHA.34.36.

²⁴ B. Toebes, 'The Right to Health' in A. Eide, C. Krause and A. Rosas (eds) *Economic, Social and Cultural Rights: A Textbook* (2nd Revised Edition Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht/Boston/London 2001)176-177.

²⁵ B. Toebes, *The Right to Health as a Human Right in International Law* (Intersentia-Hart, Antwerpen/Groningen/Oxford 1999) 319.

οριστεί εύκολα. Δε μπορεί κάποιος να απαντήσει με ευκολία και σιγουριά ποια περιστατικά θα κάλυπτε η διάταξη. Με το θέμα αυτό έχει ασχοληθεί και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για τα Κοινωνικά Δικαιώματα στην υπόθεση *International Federation of Human Rights Leagues v. France*.

Η υπόθεση αφορούσε στη συμμόρφωση με τον Χάρτη Κοινωνικών Δικαιωμάτων²⁶ ενός γαλλικού νόμου που μεταξύ άλλων προέβλεπε περίθαλψη των παράνομων μεταναστών για επείγοντα περιστατικά και καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, τονίζοντας ότι διατηρεί κάποιες αμφιβολίες, θεώρησε ότι ο νόμος, δεδομένου ότι προβλέπει κάποια μορφή ιατρικής συνδρομής δεν παραβιάζει τις διατάξεις του άρθρου 13 για το δικαίωμα στην κοινωνική και ιατρική αντίληψη. Πρέπει να σημειωθεί, ωστόσο, ότι η απόφασή της στηρίχτηκε στο γεγονός ότι το άρθρο 13 παρ. 4 προβλέπει την εφαρμογή των τριών πρώτων παραγράφων «με βάση την ισότητα των υπηκόων τους με τους υπηκόους των άλλων Συμβαλλομένων Μερών, **που βρίσκονται νόμιμα στο έδαφος τους**, σύμφωνα με τις υποχρεώσεις που αναλαμβάνουν με βάση την Ευρωπαϊκή Σύμβαση κοινωνικής και ιατρικής αντίληψης, που υπογράφηκε στο Παρίσι στις 11 Δεκέμβρη 1953». Επεσήμανε, παρ' όλα αυτά, ότι η έννοια «επείγοντα περιστατικά και καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή» δεν ορίζεται επαρκώς²⁷ αναδεικνύοντας έτσι τα προβλήματα που μπορούν να ανακύψουν κατά την εφαρμογή του νόμου στην πράξη, κάτι που ισχύει ομοίως και για το ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο.

Το πρόβλημα της αξιολόγησης στην πράξη της έκτακτης/επείγουσας ιατρικής περίθαλψης παράνομων μεταναστών έχει προταχθεί και από τον εισηγητή R. Cholewinski της ad hoc Ομάδας Εργασίας για Παράνομους Μετανάστες του Συμβουλίου της Ευρώπης. Έχει επισημάνει ότι δεν υπάρχει ενιαίος ορισμός της έκτακτης/επείγουσας ιατρικής περίθαλψης και ότι ενώ αυτή ερμηνεύεται πολύ ευρέως στο Βέλγιο και στην Ολλανδία, στη

²⁶ Κυρώθηκε με το Ν. 1426/1984, ΦΕΚ Α' 32.

²⁷ European Committee of Social Rights, Complaint No. 14/2003 by the International Federation of Human Rights Leagues (FIDH) v. France, παρ. 34.

Γερμανία εφαρμόζεται ένας πολύ στενός ορισμός.²⁸ Χαρακτηριστικό των προβλημάτων που μπορούν να προκύψουν από την εφαρμογή του νόμου είναι, άλλωστε, ένα περιστατικό που έλαβε χώρα στην Ολλανδία που έχει παρόμοιο νομοθετικό πλαίσιο με την Ελλάδα. Μία ολλανδική μη κυβερνητική οργάνωση υπέβαλε καταγγελία στο Εθνικό Συμβούλιο Επιθεώρησης Υγείας σχετικά με τη ματαίωση εγχείρησης ενός θύματος τροχαίου ατυχήματος με σκοπό την αποτροπή σοβαρής επιπλοκής μόλις προέκυψε ότι ο ασθενής ήταν παράνομος μετανάστης. Αν και η καταγγελία δεν εξετάστηκε για διαδικαστικούς λόγους κατά τη διάρκεια κοινοβουλευτικής συζήτησης του θέματος ο Ολλανδός Υπουργός Υγείας χαρακτήρισε αυτήν την πρακτική «απαράδεκτη».²⁹ Αξιοσημείωτο είναι, μάλιστα, το γεγονός ότι το περιστατικό αυτό έλαβε χώρα σε ένα Κράτος όπου κατά τον εισηγητή η ερμηνεία του νόμου γίνεται κατά ευρύ τρόπο.

Σε σχέση με τις διεθνείς υποχρεώσεις της Ελλάδας που απορρέουν από το Χάρτη Κοινωνικών Δικαιωμάτων πρέπει να προσθέσουμε ότι η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στην προαναφερθείσα απόφαση είπε ότι νομοθεσία ή πρακτική που αρνείται την παροχή ιατρικής συνδρομής σε αλλοδαπούς, μέσα στο έδαφος ενός Συμβαλλόμενου Κράτους, ακόμα και αν αυτοί βρίσκονται σε αυτό παράνομα, αντιτίθενται στο Χάρτη.³⁰ Σχετικό είναι, άλλωστε, και το άρθρο 11 του Χάρτη σύμφωνα με το οποίο: «Για εξασφάλιση της αποτελεσματικής άσκησης του δικαιώματος για προστασία της υγείας, τα Συμβαλλόμενα Μέρη αναλαμβάνουν την υποχρέωση να λαμβάνουν, είτε απευθείας είτε με τη συνεργασία δημόσιων και ιδιωτικών οργανώσεων, κατάλληλα μέτρα που θα αποσκοπούν ιδίως: 1. να εξαφανίζουν κατά το δυνατό τα αίτια μη ικανοποιητικής υγείας [...]». Επίσης, η Επιτροπή λόγω της εφαρμογής του Χάρτη, σύμφωνα με το Παράρτημά του, σε αλλοδαπούς μόνο στο βαθμό που είναι υπήκοοι των άλλων Συμβαλλομένων Κρατών και διαμένουν νόμιμα ή εργάζονται συστηματικά στο έδαφος ενός

²⁸ Ad Hoc Working Group on Irregular Migrants, Report by Ryszard Cholewinski Rapporteur, MG-AD (2003) 15.

²⁹ B. Toebe, "The Right to Health" A. Eide, C. Krause and A. Rosas (eds) *Economic, Social and Cultural Rights: A Textbook* (2nd Revised Edition, Martinus Nijhoff Publishers Dordrecht/Boston/London 2001) 169, 189.

³⁰ European Committee of Social Rights, Complaint No. 14/2003 by the International Federation of Human Rights Leagues (FIDH) v. France, παρ. 34.

συμβαλλόμενου Κράτους, έχει αλλού επισημάνει ότι: «τα Συμβαλλόμενα Μέρη έχουν εγγυηθεί σε αλλοδαπούς που δεν καλύπτονται από τον Χάρτη δικαιώματα ταυτόσημα ή αδιαχώριστα από αυτά του Χάρτη επικυρώνοντας συμβάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων [...] Αν και αυτές οι υποχρεώσεις δεν εμπίπτουν στην ελεγκτική της λειτουργία, η Επιτροπή δεν αποκλείει ότι η εφαρμογή ορισμένων διατάξεων του Χάρτη θα μπορούσε σε ορισμένες περιπτώσεις να προτάσσει απόλυτα ισοτιμη αντιμετώπιση μεταξύ υπηκόων και αλλοδαπών, ανεξαρτήτως αν είναι υπήκοοι Κρατών-Μελών, Μέρη στο Χάρτη».³¹ Συνεπώς, ένα ευρύτερο δικαίωμα ιατρικής περίθαλψης μπορεί να θεμελιωθεί και στο Χάρτη στηριζόμενο στη διάθεση που επιδεικνύει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για διασταλτική του ερμηνεία.

Επίσης, μία ευρύτερη πρόσβαση των παράνομων μεταναστών σε ιατρική περίθαλψη μπορεί να στηριχθεί και στο άρθρο 6 (δικαίωμα στη ζωή) του Συμφώνου για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα.³² Παρ' ότι συνήθως η όποια συζήτηση γύρω από το δικαίωμα στη ζωή περιορίζεται στο *status negativus* του και στην προστασία του ατόμου από την αυθαίρετη στέρηση της ζωής του, η ίδια η Επιτροπή των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων «έχει επισημάνει ότι το δικαίωμα στη ζωή πολύ συχνά ερμηνεύεται στενά. Η έκφραση 'εγγενές δικαίωμα στη ζωή' δεν πρέπει να νοείται κατά περιοριστικό τρόπο και η προστασία αυτού του δικαιώματος χρειάζεται τη λήψη θετικών μέτρων από τα Κράτη».³³ Η Επιτροπή θεωρεί ότι θα ήταν επιθυμητό τα Κράτη μέρη να λαμβάνουν όλα τα δυνατά μέτρα για να μειώσουν την παιδική θνησιμότητα και να αυξήσουν το προσδόκιμο ζωής, ειδικότερα υιοθετώντας μέτρα προς εξάλειψη του υποσιτισμού και των επιδημιών».³⁴

³¹ European Committee of Social Rights, European Social Charter, Conclusions XVII-1, Vol. 1 2004, παρ. 5.

³² Κυρώθηκε με το Ν. 2462/1997, ΦΕΚ Α' 25.

³³ Χαρακτηριστική είναι άλλωστε και η απόφαση του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου στην υπόθεση *Oneriyildiz v. Turkey*, όπου θεώρησε ότι υπήρξε παραβίαση του άρθρου 2 (δικαίωμα στη ζωή) επειδή το Κράτος παρέλειψε να λάβει τα αναγκαία μέτρα για την προστασία της υγείας κατοίκων που ζούσαν κοντά σε χώρο εναπόθεση απορριμάτων.

³⁴ Human Rights Committee, General Comment No. 6: The right to life (art. 6) παρ. 5.

Ενδεικτικό του ότι η Επιτροπή των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων αντιλαμβάνεται ευρύτερα το δικαίωμα στη ζωή συνιστούν τα συμπεράσματα που έχει υιοθετήσει μετά την εξέταση υποβληθέντων από τα συμβαλλόμενα Κράτη εκθέσεων. Για παράδειγμα σε σχέση με τον Καναδά η Επιτροπή έχει δηλώσει ότι «την απασχολεί το γεγονός ότι η μη ύπαρξη στέγασης έχει οδηγήσει σε σοβαρά προβλήματα υγείας ακόμα και σε θάνατο. Η Επιτροπή εισηγείται στο Συμβαλλόμενο Κράτος να λάβει θετικά μέτρα τα οποία απαιτούνται από το άρθρο 6 για να αντιμετωπίσει αυτό το σοβαρό πρόβλημα».³⁵ Η Επιτροπή, λοιπόν, έχει επιδείξει μία τάση «ενσωμάτωσης ενός ισχυρού κοινωνικο-οικονομικού στοιχείου στο άρθρο 6 ώστε να ζητά από τα Κράτη να επιχειρήσουν να διασφαλίσουν ότι άτομα υπό τη δικαιοδοσία τους έχουν πρόσβαση σε βασικές βιοτικές ανάγκες».³⁶ Αν, λοιπόν, η στέγαση είναι κάτι που απασχολεί την Επιτροπή λόγω των προεκτάσεων της σε θέματα υγείας, ώστε να ζητά από το Κράτος τη λήψη μέτρων, πόσο μάλλον αυτούσια ζητήματα υγείας καθώς είναι πιο άμεσα συνδεδεμένα με την ίδια τη ζωή.

Η ευρεία ερμηνεία του άρθρου 6 μπορεί να συνδυαστεί και με το άρθρο 2 παρ. 1 σύμφωνα με το οποίο: «τα Συμβαλλόμενα Κράτη στο παρόν Σύμφωνο, αναλαμβάνουν την υποχρέωση να σέβονται και να εγγυώνται σε όλα τα άτομα που βρίσκονται στην επικράτειά τους και υπάγονται στη δικαιοδοσία τους τα δικαιώματα που αναγνωρίζονται στο παρόν Σύμφωνο, χωρία καμία διάκριση, ιδίως φυλής, χρώματος, γένους, γλώσσας, θρησκειώματος, πολιτικών ή άλλων πεποιθήσεων, εθνικής ή κοινωνικής προέλευσης, περιουσίας, γέννησης **ή κάθε άλλης κατάστασης.**» Αν, λοιπόν, γίνει δεκτό ότι το δικαίωμα στην υγεία εμπεριέχεται, τουλάχιστον σε κάποιο βαθμό, σε ένα διασταλτικά ερμηνευμένο δικαίωμα στη ζωή τότε το συμβαλλόμενο Κράτος οφείλει να επιφυλάσσει παρόμοια μεταχείριση και στους μετανάστες, εφ' όσον βρίσκονται στην επικράτειά του.³⁷

³⁵ CCPR/C/79/Add. 105, 1999.

³⁶ S. Joseph, J. Schultz and M. Castan, *The International Covenant on Civil and Political Rights: Cases, Materials and Commentary* (OUP Oxford, 2000) 137.

³⁷ Δεδομένου, μάλιστα, ότι η Επιτροπή των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων σε ένα Γενικό Σχόλιο κάνει λόγο για αλλοδαπούς «στους οποίους επιτρέπεται να εισέλθουν στο έδαφος ενός

Σχετικό είναι και το άρθρο 26 του Συμφώνου το οποίο προβλέπει ότι «όλα τα πρόσωπα είναι ίσα ενώπιον του νόμου και έχουν δικαίωμα, χωρίς καμία διάκριση, σε ίση προστασία του νόμου. Ως προς αυτό το ζήτημα, ο νόμος πρέπει να απαγορεύει κάθε διάκριση και να εγγυάται σε όλα τα πρόσωπα ίση και αποτελεσματική προστασία έναντι κάθε διάκρισης, ιδίως λόγω φυλής, γένους, γλώσσας, θρησκείας, πολιτικών ή άλλων πεποιθήσεων, εθνικής ή κοινωνικής προέλευσης, περιουσίας, γέννησης **ή άλλης κατάστασης.**» Η Επιτροπή έχει επισημάνει ότι «το άρθρο 26 δεν επαναλαμβάνει απλώς την εγγύηση που παρέχει το άρθρο 2, αλλά στοιχειοθετεί ένα αυτόνομο δικαίωμα. Απαγορεύει διακρίσεις στο νόμο και στην πράξη σε κάθε πεδίο που ρυθμίζεται και προστατεύεται από τις δημόσιες αρχές».³⁸

Η Επιτροπή έχει διαμορφώσει μία πρακτική, κατά την οποία, εξετάζει το άρθρο 26 σαν μία αυτόνομη διάταξη που μπορεί να εμπεριέχει την απαγόρευση διακριτικής δράσης όσον αφορά κοινωνικά δικαιώματα.³⁹ Στην προσφυγή *Hendrika S. Vos v. the Netherlands*, η Επιτροπή εξέτασε κατά πόσο η άρνηση χορήγησης ενός επιδόματος αναπηρίας συνιστούσε παραβίαση του άρθρου 26. Αν και η Επιτροπή θεώρησε ότι δεν υπήρξε παραβίαση, το γεγονός ότι ασχολήθηκε με το συγκεκριμένο ζήτημα στο πλαίσιο του άρθρου 26 δείχνει τη διάθεσή της να αντιμετωπίσει ζητήματα κοινωνικών δικαιωμάτων υπό το πρίσμα της διάταξης περί μη-διάκρισης.

Παράλληλα, όμως, η Επιτροπή έχει παρατηρήσει ότι «κάθε διαφοροποιημένη μεταχείριση δε συνιστά διάκριση, αν τα κριτήρια για τη διαφοροποίηση είναι λογικά και αντικειμενικά και αν ο στόχος είναι να επιτευχθεί ένας σκοπός ο οποίος είναι εύλογος κατά το Σύμφωνο».⁴⁰ Συνεπώς, η όποια διαφορετική μεταχείριση των μεταναστών σε σχέση με την πρόσβασή τους στην ιατρική περίθαλψη είναι επιτρεπτή μόνο εφ' όσον στηρίζεται σε λογικά και αντικειμενικά κριτήρια. Και αν μπορεί να

Συμβαλλομένου Κράτους» Human Rights Committee, *General Comment No. 15: The position of aliens under the Covenant* παρ. 6.

³⁸ Human Rights Committee, *General Comment No. 18: Non-discrimination*, παρ. 12.

³⁹ P. van Krieken, "Health and Migration: The Human Rights and Legal Context" in A. Aleinikoff and V. Chetail (eds) *Migration and International Legal Norms* (T.M.C. Asser Press, The Hague 2003) 289, 293.

⁴⁰ Human Rights Committee, *General Comment No. 18: Non-discrimination*, παρ. 13.

θεωρηθεί λογική μία μη απόλυτη εξομοίωσή τους στα θέματα υγείας με τους Έλληνες υπηκόους ή και τους νομιμοποιημένους μετανάστες, σίγουρα μία τόσο περιοριστική πρόσβαση, όσο αυτή που προβλέπει ο νόμος, δε μπορεί να γίνει δεκτή.

Είναι προφανές από την παραπάνω ανάλυση ότι στο πλαίσιο των διεθνών υποχρεώσεων της η Ελλάδα οφείλει να επεκτείνει την πρόσβαση των μεταναστών στην ιατρική περίθαλψη πέρα από τα ισχύοντα.

V. Ειδικότερα Ζητήματα

1) Παιδιά-Γυναίκες

Σύμφωνα με το άρθρο 24 παρ. 1 της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού⁴¹ «Τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα του παιδιού να απολαμβάνει το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας και να επωφελείται από τις υπηρεσίες ιατρικής θεραπείας και αποκατάστασης αναπήρων. Τα Συμβαλλόμενα Κράτη επιδιώκουν να διασφαλίσουν ότι κανένα παιδί δεν θα στερείται το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες αυτές». Ο Ν. 3386/2005 δεν θέτει ως προϋπόθεση για την πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη των ανηλικών παράνομων μεταναστών την έκτακτη νοσηλεία, όπως κάνει στην περίπτωση των ενηλίκων. Συνεπώς ο νόμος κατοχυρώνει ορθώς το δικαίωμα πρόσβασης των ανηλικών σε υπηρεσίες ιατρικής θεραπείας σύμφωνα με την ως άνω διάταξη και τις διεθνείς υποχρεώσεις της Ελλάδας.

Ωστόσο, η παρ. 2 του άρθρου 24 προβλέπει ότι τα Συμβαλλόμενα Κράτη επιδιώκουν να εξασφαλίσουν την πλήρη εφαρμογή του παραπάνω δικαιώματος και ότι μεταξύ άλλων παίρνουν τα κατάλληλα μέτρα για «να εξασφαλίζουν στις μητέρες κατάλληλη περίθαλψη πριν και μετά από τον τοκετό». Η διάταξη αυτή, ενώ έχει ως στόχο την προστασία της υγείας του παιδιού, στην ουσία καθιστά αποδέκτη ιατρικών παροχών την κυοφορούσα, καθώς «είναι αυτονόητο ότι η υγεία του παιδιού εξαρτάται από την καλή

⁴¹ Κυρώθηκε με το Ν. 1702/1987, ΦΕΚ Α' 86.

υγεία της μητέρας του».⁴² Η προστασία της προγεννητικής και μεταγεννητικής περιόδου θα πρέπει να περιλαμβάνει «την πρόληψη και διαχείριση κινδύνων για πρόωρους τοκετούς και μικρό βάρος των βρεφών, τη διασφάλιση υγιεινού περιβάλλοντος για την τέλεση του τοκετού, τη διατήρηση του θερμικού ελέγχου και της αναπνευστικής υποστήριξης, τη μύηση στο θηλασμό αμέσως μετά τον τοκετό».⁴³ Εφ' όσον ο νόμος επιτρέπει μόνο την εισαγωγή έκτακτως για νοσηλεία μπορούμε να συμπεράνουμε ότι καλύπτει μόνο τις περιπτώσεις τοκετού καθώς και κάποια έκτακτα περιστατικά επιπλοκών που οδηγούν στην ανάγκη έκτακτης νοσηλείας. Ο προγεννητικός έλεγχος,⁴⁴ ο οποίος είναι απαραίτητος για τη διασφάλιση όχι μόνο της υγείας αλλά και της ζωής πολλές φορές τόσο του ίδιου του εμβρύου όσο και της κυοφορούσας, δεν καλύπτεται από το γράμμα του νόμου, εκτός αν πρόκειται για ανήλικες κυοφορούσες.

Επιπλέον, σχετικό με τα δικαιώματα των εγκύων γυναικών είναι και το άρθρο 12 της Σύμβασης για την Εξάλειψη Όλων των Διακρίσεων κατά των Γυναικών,⁴⁵ το οποίο στην παρ. 1 προβλέπει ότι: «Τα Συμβαλλόμενα Κράτη λαμβάνουν όλα τα κατάλληλα μέτρα για να εξαλείψουν τις διακρίσεις κατά των γυναικών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ώστε να εξασφαλίσουν σε αυτές, σε βάση ισότητας άνδρα και γυναίκας, τα μέσα ώστε να δικαιούνται ιατρικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που αφορούν τον οικογενειακό προγραμματισμό». Οι διατάξεις της εν λόγω σύμβασης στόχο έχουν την ισότιμη απόλαυση ανθρωπίνων δικαιωμάτων μεταξύ ανδρών και γυναικών σε διάφορους τομείς⁴⁶ και όχι την εκ νέου θεμελίωση ανθρωπίνων δικαιωμάτων υπέρ των γυναικών. Κάποιος, λοιπόν, μπορεί να υποστηρίξει ότι ο Ν. 3386/2005 δεν παραβιάζει την εν λόγω Σύμβαση αφού δεν επιφυλάσσει διακριτική μεταχείριση στις γυναίκες

⁴² Α. Στεργίου, «Άρθρο 24 [Δικαίωμα στην υγεία και στις ιατρικές υπηρεσίες]» στο *Η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού και η Εσωτερική Έννομη Τάξη, Ερμηνεία κατ' Άρθρο* (επιμ.) Π. Νάσκου-Περράκη, Κ. Χρυσόγονος, Χ. Ανθόπουλος (Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή 2002) 254, 267.

⁴³ S. Detrick, *A Commentary on the United Nations Convention on the Rights of the Child* (Martinus Nijhoff Publishers, The Hague/Boston/London 1999) 412.

⁴⁴ Το γυναικολογικό πρωτόκολλο απαιτεί τουλάχιστον τρεις επισκέψεις σε γυναικολόγο κατά τη διάρκεια της κύησης.

⁴⁵ Κυρώθηκε με το Ν. 1342/1983, ΦΕΚ Α' 39.

⁴⁶ Όπως διαφαίνεται από όλες τις διατάξεις της Σύμβασης.

μετανάστες. Ο νόμος δεν επιτρέπει την πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη τόσο σε γυναίκες όσο και σε άντρες μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής.

Ωστόσο, πρέπει να λάβουμε υπ' όψη μας και την παρ. 2 του εν λόγω άρθρου σύμφωνα με την οποία: «Παρά τις διατάξεις της ανωτέρω παραγράφου 1, τα Συμβαλλόμενα Κράτη θα παρέχουν στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, κατά τον τοκετό και μετά τον τοκετό, κατάλληλες υπηρεσίες και εν ανάγκη δωρεάν, καθώς και κατάλληλη διατροφή κατά την εγκυμοσύνη και το θηλασμό». Με βάση μία ανάγνωση και των δύο διατάξεων μπορεί να υποστηριχθεί ότι η παρ. 2 θεμελιώνει ένα αυτόνομο δικαίωμα ιατρικής περίθαλψης υπέρ των εγκύων γυναικών ανεξάρτητα από το νομικό τους καθεστώς. Η ερμηνεία αυτή στηρίζεται: α) στη φράση «παρά τις διατάξεις της ανωτέρω παραγράφου 1» που στην ουσία αποσυνδέει τις συγκεκριμένες παροχές προς τις εγκύους από τις γενικές παροχές υγειονομικής περίθαλψης προς τις γυναίκες, οι οποίες πρέπει μέσα από μία συγκριτική διαδικασία να ισοσταθμιστούν με τις ανάλογες των αντρών, καθώς και β) στη Γενική Σύσταση Νο. 24 της Επιτροπής για την Εξάλειψη Διακρίσεως κατά των Γυναικών σύμφωνα με την οποία: «Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στις ανάγκες υγείας και στα δικαιώματα των γυναικών που ανήκουν σε ευάλωτες και μειονεκτούσες ομάδες, όπως γυναίκες μετανάστες, πρόσφυγες και εσωτερικά εκτοπισμένες γυναίκες...».⁴⁷

Από τα παραπάνω είναι σαφές ότι η Πολιτεία οφείλει να δώσει στις εγκύους ευρύτερη πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη, κυρίως και τουλάχιστον κατοχυρώνοντας τον προγεννητικό έλεγχο.

2) Απόλαση Μεταναστών

Σχετικό με το ζήτημα της απέλασης των μεταναστών είναι το άρθρο 44 παρ. 1, εδ. (ε) του Ν. 3386/2005 σύμφωνα με το οποίο μπορεί να χορηγηθεί άδεια διαμονής για λόγους ανθρωπιστικής φύσεως σε υπηκόους τρίτων χωρών που πάσχουν από σοβαρά προβλήματα υγείας. Ωστόσο

⁴⁷ Committee on the Elimination of Discrimination against Women, General Recommendation No. 24, Article 12 – Women and Health.

προϋπόθεση για τη χορήγηση της ανωτέρω άδειας είναι η προηγούμενη κατοχή από τον αιτούντα άδειας διαμονής. Αυτό σημαίνει ότι ένα άτομο που πάσχει από σοβαρά προβλήματα υγείας διατρέχει τον κίνδυνο να απελαθεί. Ένα ζήτημα που θέτει η απέλαση ατόμων σε χώρες όπου δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση σε επαρκείς υπηρεσίες υγείας είναι το κατά πόσο μπορεί να συνιστά απάνθρωπη ή ταπεινωτική μεταχείριση κατά το άρθρο 3 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου.

Στην υπόθεση *D. v. United Kingdom* το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο θεώρησε ότι η επιστροφή του αιτούντος, ο οποίος έπασχε από AIDS και βρισκόταν στο τελευταίο στάδιο, σε χώρα όπου δεν υπήρχε επαρκής ιατρική περίθαλψη, θα τον εξέθετε σε μεγάλο κίνδυνο θανάτου υπό αγχωτικές συνθήκες, κατάσταση που θα συνιστούσε απάνθρωπη μεταχείριση.⁴⁸ Ωστόσο, το Δικαστήριο τόνισε ότι οι αλλοδαποί δεν μπορούν κατ' αρχήν να αξιώνουν να παραμείνουν στο έδαφος ενός Κράτους ώστε να επωφεληθούν από ιατρική, κοινωνική ή άλλες μορφές βοήθειας.⁴⁹

Στην υπόθεση *Bensaid v. United Kingdom* το Δικαστήριο τόνισε ότι μόνο το γεγονός ότι οι συνθήκες αλλού θα είναι λιγότερο ευνοϊκές σε σχέση με τις υπάρχουσες στο κράτος διαμονής, δεν είναι καθοριστικό για την εφαρμογή του άρθρου 3.⁵⁰ Πρόσφατες αποφάσεις του Δικαστηρίου καταλήγουν ότι παρά το γεγονός ότι επαρκής ιατρική και κοινωνική φροντίδα θα είναι ανεπαρκής, η απέλαση δεν παραβιάζει το άρθρο 3. Βασικές παράμετροι συνιστούν για το Δικαστήριο το ότι δε διαφαίνεται η ασθένεια των αιτούντων να βρίσκεται σε προχωρημένο ή τελικό στάδιο καθώς και ότι υπάρχει δυνατότητα ιατρικής περίθαλψης και οικογενειακής υποστήριξης στη χώρα προέλευσης.⁵¹ Σημαντικό ρόλο στις αποφάσεις του Δικαστηρίου έχει διατελέσει και το γεγονός ότι ο κίνδυνος χειροτέρευσης της κατάσταση του αιτούντος αν επιστρέψει στη χώρα προέλευσής του καθώς και το ότι δε θα λάβει επαρκή φροντίδα είναι σε μεγάλο βαθμό

⁴⁸ Reports 1997-III, 2 Μαΐου 1997, παρ. 53.

⁴⁹ Ibid παρ. 54.

⁵⁰ Reports 2001-I, 6 Φεβρουαρίου 2001, παράγραφος 38.

⁵¹ *Arcila Henao v. the Netherlands*, 24 Ιουνίου 2003 (Decision), *Salkic and Others v. Sweden*, 29 Ιουνίου 2004 (Decision), *Ndangoya v. Sweden*, 22 Ιουνίου 2004 (Decision).

υποθετικά.⁵² Το γεγονός ότι το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο έχει επιδείξει μια κάποια αυστηρότητα στη εφαρμογή του άρθρου 3 όταν εξετάζει υποθέσεις απέλασης μεταναστών, κυρίως λόγω του ιδιαίτερου χαρακτήρα του εν λόγω άρθρου, δε σημαίνει ότι η Ελλάδα μπορεί να προβαίνει εν λευκώ σε τέτοιου είδους απελάσεις. Ακόμα και αν θεωρηθεί ότι αυτές δε συνιστούν απάνθρωπη μεταχείριση, κατά τη νομολογία του Δικαστηρίου, σίγουρα δε συνάδουν με την υποχρέωση προστασίας της αξίας του ανθρώπου.

VI. Δημόσια Υγεία

Μία άλλη παράμετρο που θέτει το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο είναι αυτή της προστασίας της δημόσιας υγείας. Περιορίζοντας σε τόσο μεγάλο βαθμό την πρόσβαση των μεταναστών στην ιατρική περίθαλψη ώστε εκ των πραγμάτων να μην καθίσταται δυνατή η έγκαιρη διάγνωση μεταδοτικών νοσημάτων και ασθενειών (π.χ. φυματίωση) δημιουργούνται κίνδυνοι για τη δημόσια υγεία.

Σύμφωνα με την προαναφερθείσα εγκύκλιο: «Σε περιπτώσεις μαζικών αφίξεων παρανόμων μεταναστών, στα πλαίσια των απορρήτων σχεδίων 'ΒΑΛΚΑΝΙΟ' και 'ΠΟΣΕΙΔΩΝΙΟ', αμέσως μόλις εντοπιστούν λαθρομετανάστες από τις αρχές (Αστυνομία, Στρατός, Λιμενικό), ειδοποιούνται οι πλησιέστερες υπηρεσίες Υγείας (Περ. Ιατρείο, Κ.Υ., Νοσοκομείο), οι οποίες μεριμνούν για τη μετάβαση του αναγκαίου προσωπικού που εκτιμάται ότι απαιτείται σε πρώτη φάση, όσο και για την ενημέρωση του ΠΕ.Σ.Υ.Π. Σε συνάρτηση με τον αριθμό των λαθρομεταναστών και την πρώτη εκτίμηση της κατάστασής τους, στον χώρο που συγκεντρώνονται, ελέγχονται και εξετάζονται από ιατρικής πλευράς όλοι ενώ παράλληλα οι υπηρεσίες Υγείας μεριμνούν για την περίθαλψη τυχόν ασθενών και τυχόν διακομιδή τους στην κατάλληλη Νοσηλευτική Μονάδα. Ερευνώνται δε με ιδιαίτερη προσοχή οι περιπτώσεις που αφορούν σε μολυσματικές ασθένειες».

Η εγκύκλιος πολύ σωστά προβλέπει τον ιατρικό έλεγχο των παράνομων μεταναστών που εντοπίζονται κατά την είσοδό τους στη χώρα.

⁵² *Meho and Others v. the Netherlands*, 20 Ιανουαρίου 2004 (Decision).

Το ερώτημα όμως που τίθεται είναι τι γίνεται με αυτούς που δεν εντοπίζονται. Αυτοί δεν περνούν από κανένα είδος ιατρικού ελέγχου με αποτέλεσμα στην περίπτωση που ήδη νοσούν να πρέπει η κατάσταση της υγείας τους να χειροτερεύει αρκετά έτσι ώστε να γίνουν δεκτοί σε κάποιο νοσοκομείο θέτοντας στο μεταξύ διάστημα σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία. Ο κίνδυνος αυτός υπάρχει όχι μόνο σε σχέση με τα άτομα που ήδη νοσούν κατά την άφιξή τους στην Ελλάδα, αλλά και με τα άτομα που νοσούν μεταγενέστερα κάτι που αποτελεί πολύ πιθανό ενδεχόμενο δεδομένων και των κακών συνθηκών διαβίωσής τους. Είναι, λοιπόν, προς το συμφέρον και της δημόσιας υγείας η επέκταση της πρόσβασης των μεταναστών πέρα από τα πλαίσια του επείγοντος.

VII. Επιπρόσθετες Παρατηρήσεις

Κρίσιμες κρίνονται και κάποιες πρακτικές παρατηρήσεις γύρω από το ζήτημα της πρόσβασης των μεταναστών στην ιατρική περίθαλψη. Κατά πρώτον, πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Έρευνα οι μετανάστες δεν έρχονται στην Ευρώπη για να θεραπευθούν. Πολλοί ανακαλύπτουν ότι είναι ασθενείς μετά την άφιξή τους ή ασθενούν κατά τη διάρκεια της μεταναστευτικής τους διαδρομής, η οποία, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, διαρκεί αρκετό καιρό και λαμβάνει χώρα υπό άθλιες συνθήκες. Συνεπώς, θα πρέπει να απορριφθεί ένα πιθανό επιχείρημα ότι παρέχοντας ευρύτερη πρόσβαση στους μετανάστες θα αυξηθεί ο αριθμός τους διότι θα έρχονται στην Ελλάδα για αυτό το σκοπό.

Κατά δεύτερον, πρέπει να επισημάνουμε ότι η περιορισμένη πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη καθιστά ακόμα πιο ευάλωτη την κατάσταση της υγείας των μεταναστών που είναι ήδη επισφαλής λόγω των κακών συνθηκών διαβίωσης (στέγαση, διατροφή). Η απουσία έγκαιρης διάγνωσης και ιατρικής παρακολούθησης μπορεί να καταστήσει μικρής σημασίας ασθένειες σοβαρές ακόμα και θανατηφόρες.⁵³ Αυτό μπορεί να οδηγήσει, στην περίπτωση μίας νέας διαδικασίας νομιμοποίησης παράνομων μεταναστών, στην περαιτέρω επιβάρυνση των φορέων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

⁵³ Da Lomba, όπ. π. 366; WHO, *International Migration, Health and Human Rights* 21.

καθώς θα κληθούν να αντιμετωπίσουν περισσότερα και σοβαρότερα περιστατικά απ' ό,τι θα είχαν αν κάποια προβλήματα υγείας των μεταναστών είχαν αντιμετωπιστεί εν τη γενέσει τους.

Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι σε μερικές περιπτώσεις μετανάστες που έχουν εισέλθει νόμιμα στο έδαφος του Κράτους ή διαμένουν νόμιμα μεταγενέστερα μπορεί να γίνουν παράνομοι λόγω μη ανανέωσης άδειας εργασίας ή παραμονής και κατά τούτο χάνουν το διευρυμένο δικαίωμα πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη που είχαν.

Στο σημείο αυτό η Επιτροπή κρίνει αναγκαίο να επαινέσει το έργο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων και θεραπευτηρίων. Οι γιατροί και νοσηλευτές πολλές φορές βρίσκονται σε συνειδησιακή σύγκρουση μεταξύ των διατάξεων του νόμου και της ηθικής επιταγής που επιβάλλει την παροχή περίθαλψης στους παράνομους μετανάστες πέρα από τα αυστηρά όρια που θέτει το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο. Πολλοί γιατροί με γνώμονα την ανθρωπιά αλλά και τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας⁵⁴ ο οποίος μεταξύ άλλων προβλέπει ότι το ιατρικό λειτούργημα «διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας» επιλέγουν να παράσχουν ιατρική φροντίδα παρακάμπτοντας τις επιταγές του νόμου. Η Επιτροπή θα ήθελε να εκφράσει την κατανόησή της για το γεγονός ότι πολλοί γιατροί αναγκάζονται, λόγω του ισχύοντος νομοθετικού πλαισίου, να δρουν στα όρια του νόμου προκειμένου να συνδράμουν τους συνανθρώπους τους. Η Επιτροπή αντιλαμβάνεται τη σύγκρουση της ηθικής επιταγής με το γράμμα του νόμου και συντάσσεται με την υπεροχή του ηθικού καθήκοντος.

Τέλος, πρέπει να τονισθεί και πάλι ότι το ζήτημα της σημαντικά περιορισμένης πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη των παράνομων μεταναστών είναι μία μόνο πτυχή και εκδήλωση του γενικότερου και πολυπλοκότερου μεταναστευτικού ζητήματος στην Ελλάδα.

⁵⁴ Ν. 3418/2005, ΦΕΚ Α' 287.

VIII. Προτάσεις

Με βάση την παραπάνω ανάλυση προκύπτει επιτακτικά η ανάγκη τροποποίησης του υπάρχοντος νομοθετικού πλαισίου, όχι μόνο για λόγους ανθρωπιστικούς, αλλά και για να συμμορφωθεί η Πολιτεία με τις υποχρεώσεις που απορρέουν από το Σύνταγμα και τις διεθνείς συμβάσεις των οποίων είναι συμβαλλόμενο μέρος.⁵⁵

Η Επιτροπή θέλει να τονίσει ότι για να επιλυθεί ικανοποιητικά το ως άνω ζήτημα η Πολιτεία θα πρέπει να τείνει προς την κατεύθυνση της ισότιμης πρόσβασης στην υγεία των μεταναστών με αυτή των Ελλήνων πολιτών. Όταν πρόκειται για το αγαθό της υγείας, το οποίο είναι τόσο άρρηκτα συνδεδεμένο με αυτό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας αλλά και της ίδιας της ζωής, δε νοούνται διακρίσεις όπως αυτές τις οποίες συνεπάγεται το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο. Η ισότιμη πρόσβαση στην υγεία συνιστά απαραίτητη συνισταμένη στο πλαίσιο ενός ανθρωποκεντρικού κρατικού οικοδομήματος.

Στο πλαίσιο αυτό η Επιτροπή προτείνει ειδικότερα τα ακόλουθα:

- 1) Να καταργηθεί το άρθρο 84 παρ. 1 του Ν. 3386/2005 στο σημείο που απαγορεύει την παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα διαμονής σε περιπτώσεις μη έκτακτης νοσηλείας.
- 2) Σε κάθε περίπτωση:
 - (α) Να διευρυνθεί η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας ώστε να παρέχεται περίθαλψη σε περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού όχι μόνο μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους, αλλά και την αποκατάσταση αυτής με ό,τι αυτό συνεπάγεται (π.χ. παροχή φαρμάκων).
 - (β) Να διευρυνθεί η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας ώστε να καλύπτεται και ο προληπτικός ιατρικός έλεγχος.

⁵⁵ Θα πρέπει να προσθέσουμε ότι στη Διακήρυξη των Υπουργών Υγείας των Μελών του Συμβουλίου της Ευρώπης που προέκυψε κατά την πρόσφατη συνάντησή τους με θέμα «Άνθρωποι εν κινήσει: Ανθρώπινα Δικαιώματα και Προκλήσεις για τα Συστήματα Υγείας» αναφέρεται ότι: «Τα Κράτη-Μέλη θα διασφαλίσουν ότι παράνομοι μετανάστες μπορούν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας σύμφωνα με διεθνείς συμβάσεις που είναι σε ισχύ...».

(γ) Να κατοχυρωθεί ιατρική παρακολούθηση και πρόσβαση στην περίθαλψη για τις εγκύους (κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την περίοδο της λοχείας).

(δ) Η άδεια διαμονής για λόγους ανθρωπιστικής φύσεως σε πρόσωπα που πάσχουν από σοβαρά προβλήματα υγείας (άρθρο 44 παρ. 1 εδ. ε) να χορηγείται ανεξαρτήτως προηγούμενης κατοχής από τον αιτούντα άδειας διαμονής.

(ε) Να καταργηθεί η πειθαρχική και ποινική δίωξη των υπαλλήλων νοσοκομείων, θεραπευτηρίων και κλινικών που παρέχουν ιατρική περίθαλψη πέρα από τα στενά πλαίσια που ορίζει ο νόμος.

Αθήνα, 12 Δεκεμβρίου 2007