

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

# Προσβασιμότητα και χρήση των υπηρεσιών υγείας από μετανάστες στην Ελλάδα

**ΣΚΟΠΟΣ** Η εκτίμηση της πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, καθώς και η διερεύνηση της χρήσης από αυτούς των υπηρεσιών υγείας. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ** Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη με 1152 μετανάστες έπειτα από την πληροφορημένη συγκατάθεση τους. Οι μετανάστες προέρχονταν από τις εξής χώρες: Αλβανία, Πακιστάν, Μπαγκλαντές, Φιλιππίνες, Αφγανιστάν, Ουκρανία, Γεωργία, Νιγηρία, Αιθιοπία, Αίγυπτος και Μολδαβία. Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η δειγματοληψία με τη μορφή «χιονοστιβάδας» και το ποσοστό συμμετοχής ήταν 60% (=1152/1920). Το ερωτηματολόγιο της μελέτης περιλάμβανε δημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταναστών, χαρακτηριστικά αναφορικά με την κατάσταση της υγείας και χαρακτηριστικά αναφορικά με την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences). **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Η μέση ηλικία των μεταναστών ήταν 37,6 έτη, ενώ η μέση διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα ήταν 10,9 έτη. Οι περισσότεροι μετανάστες που είχαν βιβλιάριο υγείας και νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής ήταν οι Αλβανοί και οι Αφρικανοί. Το 36,5% των μεταναστών αυτοεκτίμησαν ότι έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες, με το ποσοστό αυτό να είναι μεγαλύτερο για τους Ασιάτες και τους Αφρικανούς. Αναφορικά με τις προληπτικές εξετάσεις αίματος, αρτηριακής πίεσης και χοληστερόλης, οι Αλβανοί τις πραγματοποιούσαν συχνότερα και ακολούθως οι Ανατολικοευρωπαίοι, οι Αφρικανοί και οι Ασιάτες. Το 21% των μεταναστών είχε ανάγκες για υπηρεσίες υγείας, τις οποίες όμως δεν μπόρεσε να ικανοποιήσει, με τις συχνότερες ανικανοποίητες ανάγκες να είναι η πραγματοποίηση εξετάσεων και η επίσκεψη σε ιατρό και οδοντίατρο εκτός νοσοκομείου. Οι συχνότερες αιτίες μη ικανοποίησης της ανάγκης για χρήση υπηρεσιών υγείας ήταν το υψηλό κόστος, η έλλειψη βιβλιαρίου υγείας, η αδυναμία κλεισίματος ραντεβού και ο μεγάλος χρόνος αναμονής. Επιπλέον, το 21% των μεταναστών είχε ανάγκη για λήψη φαρμάκου, την οποία όμως δεν μπόρεσε να ικανοποιήσει, με συχνότερη αιτία να είναι η έλλειψη χρημάτων. Οι συχνότερες δυσκολίες που αντιμετώπιζαν οι μετανάστες στα τμήματα επειγόντων περιστατικών και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ήταν οι πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες, η αδιαφορία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και η επικοινωνία. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και η χρήση τους αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα παγκοσμίως και ο περιορισμός των ανισοτήτων είναι επιτακτικός, όπως δείχνει και η παρούσα μελέτη. Η ισότιμη πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την κοινωνική τους ενσωμάτωση στις χώρες υποδοχής.

Οι μετανάστες αποτελούν σήμερα παγκοσμίως ένα εξαιρετικά σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, με την προσαρμογή τους στη χώρα υποδοχής να αποτελεί μια ιδιαίτερη πρόκληση, έτσι ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής και η παρεχόμενη φροντίδα υγείας τόσο για τους ίδιους όσο και για τους γηγενείς. Μάλιστα, ο αριθμός των

διεθνών μεταναστών συνεχώς αυξάνεται, φτάνοντας τα 244 εκατομμύρια το 2015 από 191 εκατομμύρια το 2005 αντιστοιχώντας σε μια αύξηση της τάξεως του 28% τη δεκαετία 2005–2015 έναντι μιας αύξησης της τάξεως του 13% τη δεκαετία 1990–2000.<sup>1,2</sup>

Η μετανάστευση έχει κοινωνικές και πολιτικές προεκτά-

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2020, 37(Συμπλ 1):42–53  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2020, 37(Suppl 1):42–53

Π. Γαλάνης,<sup>1</sup>  
Δ. Καϊτελίδου,<sup>1</sup>  
Π. Σουρτζή,<sup>2</sup>  
Ο. Σίσκου,<sup>1</sup>  
Ο. Κωνσταντακοπούλου,<sup>1</sup>  
Χ. Οικονόμου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

<sup>2</sup>Τομέας Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup>Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα

Accessibility and use of health services by immigrants in Greece

Abstract at the end of the article

### Λέξεις ευρετηρίου

Μετανάστες  
Πρόσβαση  
Υπηρεσίες υγείας  
Χρήση

σεις, επηρεάζοντας την κοινή γνώμη και τροφοδοτώντας τον διάλογο σχετικά με την παροχή των δημόσιων υπηρεσιών και βεβαίως και των υπηρεσιών υγείας.<sup>3</sup> Ιδιαίτερα στον χώρο της υγείας, οι ανισότητες αποτελούν ένα σύνθετο πρόβλημα, που παραμένει διαχρονικά επίκαιρο, έχοντας μάλιστα και σημαντικές κοινωνικές προεκτάσεις. Στην περίπτωση αυτή, τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα και οι αρχές της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αλληλεγγύης συσχετίζονται άμεσα με ζητήματα δημόσιας υγείας και κοινωνικής ενσωμάτωσης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μάλιστα, έχει υιοθετηθεί νέα νομοθεσία που περιορίζει την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία.<sup>4,5</sup>

Οι δραματικές αλλαγές στα δημογραφικά δεδομένα, τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες απαιτούν μια ανανεωμένη προσέγγιση στην ανάλυση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες, έτσι ώστε να προσδιοριστεί με μεγαλύτερη ακρίβεια η παρούσα κατάσταση και να διαμορφωθούν αποτελεσματικές πολιτικές. Για τον λόγο αυτόν, η έρευνα αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια.<sup>6,7</sup> Η περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και η φτωχή ποιότητα της φροντίδας υγείας έχει σημαντικές αρνητικές συνέπειες στην υγεία τόσο των μεταναστών όσο και των γηγενών.<sup>8</sup> Επιπλέον, οι μετανάστες που δεν διαθέτουν τα νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής σε μια χώρα χρησιμοποιούν λιγότερο συχνά τις υπηρεσίες υγείας, ενώ όταν τις χρησιμοποιούν η χρήση είναι ανεπαρκής ή ακατάλληλη.<sup>9</sup>

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας είναι ατομικά χαρακτηριστικά, όπως κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, προσωπικές πεποιθήσεις, προτιμήσεις και εμπειρίες, προσωπική κουλτούρα, θρησκεία, οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, γλώσσα και επικοινωνία, και χαρακτηριστικά της χώρας υποδοχής, όπως εργασιακό περιβάλλον, οργάνωση του συστήματος υγείας, έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης, κόστος λήψης φροντίδας υγείας, γνώση του συστήματος υγείας από τους μετανάστες, διαθεσιμότητα υπηρεσιών, εκπαίδευση, πρακτικές και προτιμήσεις των επαγγελματιών υγείας.<sup>10-12</sup> Επιπλέον, οι παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις, τη συμπεριφορά και τις πρακτικές των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους μετανάστες περιλαμβάνουν (α) τις διαφορετικές πολιτισμικές πεποιθήσεις και τη διαφορετική γλώσσα, (β) τους περιορισμένους διαθέσιμους πόρους και (γ) τη διάσταση μεταξύ προσωπικής ηθικής και νομοθεσίας.<sup>13</sup>

Πρέπει να γίνει συνείδηση όλων, πως ιδιαίτερα από τη στιγμή που οι μετανάστες αποτελούν πλέον εξαιρετικά

σημαντική πληθυσμιακή ομάδα στην Ελλάδα είναι προτιμότερο να βελτιωθούν οι συνθήκες διαβίωσής τους, να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικότερα τα προβλήματά τους και να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς τα προβλήματα των μεταναστών άμεσα ή μακροπρόθεσμα θα αποτελέσουν και προβλήματα του ελληνικού πληθυσμού. Για τον λόγο αυτόν, η παρούσα μελέτη διερεύνησε την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τη χρήση τους από τους μετανάστες στην Ελλάδα, προκειμένου να αντληθούν κρίσιμες πληροφορίες για τη διαμόρφωση τεκμηριωμένης πολιτικής υγείας.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

### Σχεδιασμός

Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη, καθώς η λήψη όλων των πληροφοριών για τους μετανάστες πραγματοποιήθηκε σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, που ήταν η στιγμή της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, και επιπλέον δεν πραγματοποιήθηκε παρακολούθηση των συμμετεχόντων στο χρόνο. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα 1<sup>η</sup> Απριλίου 2013 έως 31<sup>η</sup> Μαρτίου 2014.

Οι μετανάστες ενημερώθηκαν προφορικώς για τον σκοπό και τη μεθοδολογία της μελέτης προτού κληθούν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, έτσι ώστε να αποφασίσουν εάν επιθυμούν ή όχι να συμμετάσχουν εθελοντικά. Σε αυτή, Στη συνέχεια οι μετανάστες κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο χωρίς να αναφέρουν τα στοιχεία τους (ονοματεπώνυμο) γεγονός που διατήρησε την ανωνυμία τους. Στην περίπτωση που οι μετανάστες δεν κατανοούσαν το ερωτηματολόγιο, πραγματοποιούνταν συνέντευξη με την παρουσία διερμηνέων. Δεν υπήρχε χρονικός περιορισμός, έτσι ώστε οι μετανάστες να μην πιέζονται και οδηγούνται σε βεβιασμένες απαντήσεις. Κάθε ερωτηματολόγιο τοποθετούνταν σε ειδικό αδιαφανή φάκελο στον οποίο είχε πρόσβαση μόνο η ερευνητική ομάδα. Τα δεδομένα των ερωτηματολογίων εισήχθησαν με τη χρήση του κατάλληλου στατιστικού προγράμματος στον ηλεκτρονικό υπολογιστή. Έτσι, εξασφαλίστηκε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (α) η πληροφόρητη συναίνεση των συμμετεχόντων, (β) η ανωνυμία των συμμετεχόντων και (γ) το απόρρητο των πληροφοριών στις οποίες είχε πρόσβαση μόνο η ερευνητική ομάδα. Το πρωτόκολλο της μελέτης εγκρίθηκε από την επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας του τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Οι μετανάστες της παρούσας μελέτης προέρχονταν από τις εξής χώρες: Αλβανία, Πακιστάν, Μπαγκλαντές, Φιλιππίνες, Αφγανιστάν, Ουκρανία, Γεωργία, Νιγηρία, Αιθιοπία, Αίγυπτος και Μολδαβία. Για την καλύτερη δυνατή ανάλυση των δεδομένων και παρουσίαση των αποτελεσμάτων, οι μετανάστες των παραπάνω χωρών ταξινομήθηκαν στις παρακάτω 4 κατηγορίες: (α) Αλβανοί, (β) μετανάστες προερχόμενοι από χώρες της Ανατολικής Ευρώπης (Ουκρανία, Γεωργία και Μολδαβία), (γ) μετανάστες προερχόμενοι από χώρες της Ασίας (Πακιστάν, Μπαγκλαντές, Φιλιππίνες, Αφγανιστάν) και

(δ) μετανάστες προερχόμενοι από χώρες της Αφρικής (Νιγηρία, Αιθιοπία και Αίγυπτος).

Στον πίνακα 1 παρουσιάζεται η σύσταση του μελετώμενου πληθυσμού των μεταναστών σύμφωνα με την υπηκοότητα τόσο για την παρούσα μελέτη όσο και για την Ελλάδα σύμφωνα με την απογραφή της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, το 2011.<sup>14</sup> Στην παρούσα μελέτη, η πλειοψηφία των μεταναστών προέρχονταν από την Αλβανία και ακολούθως από το Αφγανιστάν, τη Γεωργία, το Πακιστάν, την Ουκρανία και τις Φιλιππίνες. Οι διαφοροποιήσεις της ποσοστιαίας αναλογίας των μεταναστών στην παρούσα μελέτη σε σχέση με αυτή στο σύνολο των μεταναστών στην Ελλάδα οφείλονταν στο γεγονός ότι ο στόχος μας ήταν ορισμένες ομάδες μεταναστών που βρίσκονται σε μικρό ποσοστό στην Ελλάδα (όπως π.χ. οι Αφγανοί) να βρίσκονται σε μεγαλύτερο ποσοστό στον μελετώμενο μας πληθυσμό, έτσι ώστε να είναι δυνατή η πραγματοποίηση συγκρίσεων μεταξύ των διαφόρων ομάδων των μεταναστών.

Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η δειγματοληψία με τη μορφή «χιονοστιβάδας» (snowball sampling), που όπως και κάθε άλλη μέθοδος δειγματοληψίας έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Πιο συγκεκριμένα, η δειγματοληψία με τη μορφή «χιονοστιβάδας» περιορίζει σημαντικά το κόστος και το χρόνο συλλογής των ερωτηματολογίων, αλλά αυξάνεται η πιθανότητα σφάλματος εξαιτίας κυρίως του ότι δεν λαμβάνεται ένα τυχαίο δείγμα από τον πληθυσμό-πηγή. Η επιλογή τυχαίου δείγματος από τον πληθυσμό-πηγή των μεταναστών ήταν πρακτικά ανέφικτη, καθώς δεν ήταν δυνατή η απογραφή όλων των μεταναστών. Για τον λόγο αυτόν, επιλέχθηκε η δειγματοληψία με τη μορφή «χιονοστιβάδας». Στην περίπτωση αυτή, αρχικά προ-

**Πίνακας 1.** Σύσταση του μελετώμενου πληθυσμού των μεταναστών σύμφωνα με την υπηκοότητα τόσο για την παρούσα μελέτη όσο και για την Ελλάδα σύμφωνα με την απογραφή της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, το 2011<sup>14</sup>.

Χώρα	Παρούσα μελέτη	Στο σύνολο της Ελλάδας
Αλβανία	592 (51,4)	480.824 (78,4)
Ουκρανία	57 (4,9)	17.006 (2,7)
Γεωργία	144 (12,5)	27.400 (4,6)
Πακιστάν	66 (5,7)	34.177 (5,7)
Μπαγκλαντές	34 (3,0)	11.076 (1,8)
Αφγανιστάν	161 (14,0)	6.911 (1,1)
Φιλιππίνες	38 (3,3)	9.804 (1,6)
Νιγηρία	14 (1,2)	3.285 (0,5)
Αιθιοπία	11 (1,0)	1.606 (0,2)
Αίγυπτος	25 (2,2)	10.455 (1,7)
Μολδαβία	10 (0,9)	10.391 (1,7)
Σύνολο	1152 (100,0)	612.935 (100,0) <sup>a</sup>

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

<sup>a</sup> Το άθροισμα αφορά στις συγκεκριμένες υπηκοότητες.

σεγγίστηκαν ορισμένοι μετανάστες με ευρύ δίκτυο γνωριμιών, γεγονός που έδωσε τη δυνατότητα επαφής με ολοένα και περισσότερους μετανάστες με την πάροδο του χρόνου. Με τον τρόπο αυτόν, αυξανόταν συνεχώς το δείγμα των μεταναστών με τη μορφή «χιονοστιβάδας». Το ποσοστό συμμετοχής ήταν 60% (=1152/1920).

## Ερωτηματολόγιο

Για τη δημιουργία του κατάλληλου ερωτηματολογίου προηγήθηκαν μια ποιοτική μελέτη<sup>15</sup> και μια συγχρονική μελέτη<sup>16</sup> στις οποίες διαπιστώθηκε η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο της μελέτης περιλάμβανε δημογραφικά χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά αναφορικά με την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά περιλάμβαναν το φύλο, την ηλικία, τη χώρα καταγωγής, το χρονικό διάστημα παραμονής στην Ελλάδα, τον τόπο διαμονής, το εισόδημα κ.ά. Τα χαρακτηριστικά αναφορικά με την κατάσταση της υγείας περιλάμβαναν την αυτοεκτίμηση της υγείας, την καπνιστική συνήθεια, τη σωματική άσκηση, την κατανάλωση αλκοόλ, την ύπαρξη νοσημάτων, τη λήψη φαρμάκων κ.ά. Τα χαρακτηριστικά αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας περιλάμβαναν τις υπηρεσίες υγείας που χρησιμοποίησαν οι μετανάστες το τελευταίο έτος, τις αιτίες μη χρήσης των υπηρεσιών υγείας, τις δυσκολίες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τις αιτίες των δυσκολιών αυτών κ.ά.

## Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση). Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  ( $\chi^2$  test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας διατάξιμης μεταβλητής και μιας κατηγορικής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  για τάση ( $\chi^2$  trend test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance). Πραγματοποιήθηκαν πολλαπλοί έλεγχοι των υποθέσεων και για τον λόγο αυτόν εφαρμόστηκε η διόρθωση κατά Bonferroni (Bonferroni's correction) για τον περιορισμό του σφάλματος τύπου I. Έτσι, το χρησιμοποιούμενο αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (a), σε όλες τις στατιστικές δοκιμασίες, ορίστηκε ίσο με 0,001, οπότε οι σχέσεις στις οποίες προέκυψε  $p \leq 0,001$  θεωρήθηκαν ως στατιστικά σημαντικές. Σημειώνεται πως δεν πραγματοποιήθηκαν πολυμεταβλητά μοντέλα παλινδρόμησης, εξαιτίας της περιορισμένης μεταβλητότητας αρκετών μεταβλητών και τις διερευνητικής φύσης της μελέτης ως προς τη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων. Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση των εμπειρικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 1152 μετανάστες και τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στον πίνακα 2. Το 73,3% των μεταναστών προέρχονταν από την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Στην περίπτωση των Ασιατών και των Αφρικανών, οι περισσότεροι ήταν άνδρες, των Ανατολικοευρωπαίων ήταν γυναίκες και στην περίπτωση των Αλβανών, ο αριθμός των ανδρών ήταν περίπου ίσος με αυτόν των γυναικών. Η μέση ηλικία των μεταναστών ήταν 37,6 έτη, ενώ η μέση διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα ήταν 10,9 έτη. Το μέσο

εισόδημα ήταν μεγαλύτερο για τους Αλβανούς και τους Ανατολικοευρωπαίους, ακολούθως για τους Αφρικανούς και έπειτα για τους Ασιάτες. Οι περισσότεροι μετανάστες που είχαν βιβλιάριο υγείας και νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής ήταν οι Αλβανοί και οι Αφρικανοί.

Τα χαρακτηριστικά που αφορούν στην κατάσταση υγείας των μεταναστών παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Οι Αλβανοί και οι Αφρικανοί είχαν καλύτερη αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας τους σε σχέση με τους Ασιάτες και τους Ανατολικοευρωπαίους. Το 36,5% των μεταναστών αυτοεκτίμησαν ότι έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δη-

**Πίνακας 2.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταναστών.

Χαρακτηριστικό	Μετανάστες					Τιμή p
	Αλβανοί	Ασιάτες	Ανατολικοευρωπαίοι	Αφρικανοί	Σύνολο	
<b>Φύλο</b>						
Άντρες	290 (49,0)	234 (78,3)	47 (22,3)	35 (70,0)	606 (52,6)	<0,001 <sup>α</sup>
Γυναίκες	302 (51,0)	65 (21,7)	164 (77,7)	15 (30,0)	546 (47,4)	
<b>Ηλικία<sup>β</sup></b>	39,2 (11,3)	32,5 (10,7)	40,5 (12,3)	34,5 (8,6)	37,6 (11,6)	<0,001 <sup>γ</sup>
<b>Διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα<sup>β</sup></b>	13,2 (5,7)	6,5 (6,5)	11,1 (6,3)	7,6 (5,7)	10,9 (6,7)	<0,001 <sup>γ</sup>
<b>Τόπος διαμονής</b>						
Αθήνα	140 (23,6)	241 (80,6)	125 (59,2)	24 (48,0)	530 (46,0)	0,2 <sup>α</sup>
Θεσσαλονίκη	222 (37,5)	9 (3,0)	73 (34,6)	10 (20,0)	314 (27,3)	
Ιωάννινα	78 (13,2)	11 (3,7)	3 (1,4)	16 (32,0)	108 (9,4)	
Ηράκλειο	52 (8,8)	22 (7,4)	5 (2,4)	0 (0,0)	79 (6,9)	
Βόλος	56 (9,5)	16 (5,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	72 (6,3)	
Λαμία	44 (7,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	49 (4,3)	
<b>Ατομικό μηνιαίο εισόδημα<sup>β</sup></b>	488 (375)	182 (287)	505 (347)	377 (391)	407 (374)	<0,001 <sup>γ</sup>
<b>Οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα<sup>β</sup></b>	864 (530)	151 (348)	690 (633)	305 (500)	623 (594)	<0,001 <sup>γ</sup>
<b>Βιβλιάριο υγείας σε ισχύ</b>						
Ναι	460 (77,7)	71 (23,7)	108 (51,2)	31 (62,0)	670 (58,2)	<0,001 <sup>α</sup>
Όχι	132 (22,3)	228 (76,3)	103 (48,8)	19 (38,0)	482 (41,8)	
<b>Νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής</b>						
Ναι	552 (93,2)	189 (63,2)	148 (70,1)	43 (86,0)	932 (80,9)	<0,001 <sup>α</sup>
Όχι	40 (6,8)	110 (36,8)	63 (29,9)	7 (14,0)	220 (19,1)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>						
Απόφοιτοι δημοτικού	166 (28,0)	38 (12,7)	11 (5,2)	12 (24,0)	227 (19,7)	<0,001 <sup>δ</sup>
Απόφοιτοι γυμνασίου	163 (27,5)	77 (25,8)	33 (15,6)	15 (30,0)	288 (25,0)	
Απόφοιτοι λυκείου	215 (36,3)	145 (48,4)	89 (42,2)	11 (22,0)	460 (40,0)	
Απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	48 (8,1)	39 (13,0)	78 (37,0)	12 (24,0)	177 (15,4)	
<b>Μόνιμη εργασία</b>						
Ναι	254 (42,9)	63 (21,1)	92 (43,6)	15 (30,0)	424 (36,8)	<0,001 <sup>α</sup>
Όχι	338 (57,1)	236 (78,9)	119 (56,4)	35 (70,0)	728 (63,2)	

Οι τιμές εκφράζονται ως η (%), εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

<sup>α</sup> Έλεγχος χ<sup>2</sup>. <sup>β</sup> Μέση τιμή (τυπική απόκλιση). <sup>γ</sup> Ανάλυση διασποράς. <sup>δ</sup> Έλεγχος χ<sup>2</sup> για τάση.

**Πίνακας 3.** Χαρακτηριστικά που αφορούν την κατάσταση υγείας των μεταναστών.

Χαρακτηριστικό	Μετανάστες					Τιμή p
	Αλβανοί	Ασιάτες	Ανατολικοευρωπαίοι	Αφρικανοί	Σύνολο	
<i>Τωρινή αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας</i>						
Καθόλου καλή	6 (1,0)	11 (3,7)	25 (11,8)	0 (0,0)	42 (3,6)	
Λίγο καλή	12 (2,0)	18 (6,0)	11 (5,2)	1 (2,0)	42 (3,6)	
Μέτρια	102 (17,2)	133 (44,5)	51 (24,2)	14 (28,0)	300 (26,0)	<0,001 <sup>a</sup>
Αρκετά καλή	280 (47,3)	70 (23,4)	76 (36,0)	25 (50,0)	451 (39,1)	
Πολύ καλή	192 (32,4)	67 (22,4)	48 (22,7)	10 (20,0)	317 (27,5)	
<i>Τωρινή αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας σε σύγκριση με πριν από ένα έτος</i>						
Πολύ χειρότερη	6 (1,0)	9 (3,0)	5 (2,4)	0 (0,0)	20 (1,7)	
Χειρότερη	35 (5,9)	57 (19,1)	27 (12,8)	4 (8,0)	123 (10,7)	
Ίδια	411 (69,4)	194 (64,9)	133 (63,0)	27 (54,0)	765 (66,4)	0,1 <sup>a</sup>
Καλύτερη	108 (18,2)	29 (9,7)	37 (17,5)	15 (30,0)	189 (16,4)	
Πολύ καλύτερη	32 (5,4)	10 (3,3)	9 (4,3)	4 (8,0)	55 (4,8)	
<i>Χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες</i>						
Ναι	191 (32,3)	142 (47,5)	61 (28,9)	26 (52,0)	420 (36,5)	<0,001 <sup>δ</sup>
Όχι	401 (67,7)	157 (52,5)	150 (71,1)	24 (48,0)	732 (63,5)	
<i>Καπνιστής</i>						
Τωρινός	165 (27,9)	98 (32,8)	47 (22,3)	11 (22,0)	321 (27,9)	
Πρώην	40 (6,8)	10 (3,3)	13 (6,2)	2 (4,0)	65 (5,6)	0,1 <sup>δ</sup>
Ποτέ	387 (65,4)	191 (63,9)	151 (71,6)	37 (74,0)	766 (66,5)	
<i>Ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων<sup>β</sup></i>						
	19,6 (10,0)	21,7 (8,9)	14,8 (7,4)	12,8 (5,0)	19,1 (9,5)	<0,001 <sup>γ</sup>
<i>Έτη καπνίσματος<sup>β</sup></i>						
	15,0 (9,2)	8,9 (6,2)	13,9 (9,3)	8,8 (6,2)	13,7 (8,8)	<0,001 <sup>γ</sup>
<i>Ωρες άθλησης/εβδομάδα<sup>β</sup></i>						
	1,2 (3,2)	0,8 (1,8)	1,6 (3,3)	1,2 (1,8)	1,2 (2,9)	0,03 <sup>γ</sup>
<i>Ποτήρια αλκοολούχων ποτών/εβδομάδα<sup>β</sup></i>						
	2,7 (4,1)	0,8 (2,2)	1,3 (2,9)	1,7 (1,9)	1,9 (3,5)	<0,001 <sup>γ</sup>
<i>Φάρμακο για χρόνια νόσημα</i>						
Ναι	83 (14,0)	43 (14,4)	49 (23,2)	8 (16,0)	183 (15,9)	
Όχι	509 (86,0)	256 (85,6)	162 (76,8)	42 (84,0)	969 (84,1)	0,014 <sup>δ</sup>
<i>Μη λήψη του φαρμάκου εξαιτίας αδυναμίας αγοράς του</i>						
Ναι	42 (50,6)	37 (86,0)	19 (38,8)	4 (50,0)	102 (55,7)	
Όχι	41 (49,4)	6 (14,0)	30 (61,2)	4 (50,0)	81 (44,3)	<0,001 <sup>δ</sup>
<i>Γενική αίματος το τελευταίο έτος για προληπτικούς λόγους</i>						
Ναι	467 (78,9)	144 (48,2)	155 (72,2)	30 (60,0)	796 (68,9)	
Όχι	125 (21,1)	155 (51,8)	58 (27,5)	20 (40,0)	358 (31,1)	<0,001 <sup>δ</sup>
<i>Αρτηριακή πίεση το τελευταίο έτος για προληπτικούς λόγους</i>						
Ναι	404 (89,9)	259 (48,2)	128 (60,7)	28 (56,0)	819 (61,1)	
Όχι	188 (10,1)	155 (51,8)	83 (39,3)	22 (44,0)	448 (38,9)	<0,001 <sup>δ</sup>
<i>Χοληστερόλη το τελευταίο έτος για προληπτικούς λόγους</i>						
Ναι	386 (65,2)	135 (45,2)	111 (52,6)	22 (44,0)	654 (56,8)	
Όχι	206 (34,8)	164 (54,8)	100 (47,4)	28 (56,0)	498 (43,2)	<0,001 <sup>δ</sup>

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%), εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

<sup>a</sup> Έλεγχος  $\chi^2$  για τάση. <sup>β</sup> Μέση τιμή (τυπική απόκλιση). <sup>γ</sup> Ανάλυση διασποράς. <sup>δ</sup> Έλεγχος  $\chi^2$ .

**Πίνακας 3.** (συνέχεια) Χαρακτηριστικά που αφορούν την κατάσταση υγείας των μεταναστών.

Χαρακτηριστικό	Μετανάστες					Τιμή p
	Αλβανοί	Ασιάτες	Ανατολικοευρωπαίοι	Αφρικανοί	Σύνολο	
<i>Ασθένεια το τελευταίο έτος</i>						
Ναι	193 (32,6)	52 (17,4)	84 (39,8)	7 (14,0)	336 (29,2)	<0,001 <sup>δ</sup>
Όχι	399 (67,4)	247 (82,6)	127 (60,2)	43 (86,0)	816 (70,8)	
<i>Τραυματισμός</i>						
Ναι	137 (23,1)	75 (25,1)	43 (20,4)	12 (24,0)	267 (23,2)	0,7 <sup>ε</sup>
Όχι	455 (76,9)	224 (74,9)	168 (79,6)	38 (76,0)	885 (76,8)	
<i>Εργατικό ατύχημα</i>						
Ναι	70 (52,6)	19 (27,5)	26 (63,4)	5 (41,7)	120 (47,1)	0,001 <sup>δ</sup>
Όχι	63 (47,4)	50 (72,5)	15 (36,6)	7 (58,3)	135 (52,9)	
<i>Τραυματισμός εξαιτίας βιαιοπραγίας</i>						
Ναι	7 (5,9)	41 (65,1)	1 (2,5)	0 (0,0)	49 (20,9)	<0,001 <sup>δ</sup>
Όχι	112 (94,1)	22 (34,9)	39 (97,5)	12 (100,0)	185 (79,1)	

Οι τιμές εκφράζονται ως η (%), εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά

<sup>α</sup> Έλεγχος  $\chi^2$  για τάση, <sup>β</sup> Μέση τιμή (τυπική απόκλιση), <sup>γ</sup> Ανάλυση διασποράς, <sup>δ</sup> Έλεγχος  $\chi^2$

μόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες, με το ποσοστό αυτό να είναι μεγαλύτερο για τους Ασιάτες και τους Αφρικανούς. Οι Αφρικανοί κάπνιζαν λιγότερο, ενώ οι Αλβανοί και οι Ασιάτες κάπνιζαν περισσότερο. Επιπλέον, οι Αλβανοί έπιναν περισσότερο και αθλούσαν λιγότερο. Το 15,9% των μεταναστών λάμβαναν κάποιο φάρμακο για χρόνια νόσημα, ενώ μεταξύ αυτών περισσότεροι από τους μισούς (55,7%) δεν μπορούσαν να πάρουν το φάρμακο λόγω κόστους. Αναφορικά με τις προληπτικές εξετάσεις αίματος, αρτηριακής πίεσης και χοληστερόλης, οι Αλβανοί τις πραγματοποιούσαν συχνότερα και ακολούθως οι Ανατολικοευρωπαίοι, οι Αφρικανοί και οι Ασιάτες. Οι μισοί περίπου μετανάστες (47,1%) είχαν υποστεί εργατικό ατύχημα, με το ποσοστό αυτό να είναι μεγαλύτερο για τους Ανατολικοευρωπαίους και τους Αλβανούς. Οι Ασιάτες είχαν υποστεί σε μεγαλύτερο ποσοστό τραυματισμό λόγω βιαιοπραγίας.

Οι απαντήσεις των μεταναστών αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες παρουσιάζονται στον πίνακα 4. Σε περίπτωση ασθένειας, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι πηγαίνουν σε τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ), σε ιδιώτη Έλληνα ιατρό ή στον ΕΟΠΥΥ, ενώ σε περίπτωση τραυματισμού, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι πηγαίνουν σε ΤΕΠ, σε ιδιώτη Έλληνα ιατρό ή συμβουλευονται φαρμακοποιό. Το 25,6% των μεταναστών επισκέφτηκαν τα ΤΕΠ το τελευταίο έτος, με τους Αλβανούς και τους Αφρικανούς να τα επισκέπτονται συχνότερα. Το 26,5% δήλωσαν πως βρήκαν αρκετές/πολλές δυσκολίες στα ΤΕΠ, με συχνότερες τις πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες, την αδιαφορία του ιατρονοσηλευτικού προ-

σωπικού και την επικοινωνία. Επιπλέον, η επικοινωνία και το υψηλό κόστος ήταν οι συχνότερες δυσκολίες για τους Ασιάτες, ενώ οι πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες ήταν για τους Αλβανούς και τους Αφρικανούς. Το 25,6% των μεταναστών επισκέφτηκαν τα ΤΕΠ το τελευταίο έτος, με τους Αλβανούς και τους Αφρικανούς να τα επισκέπτονται συχνότερα. Το 18,1% δήλωσαν πως βρήκαν αρκετές/πολλές δυσκολίες στην επίσκεψη τους στα εξωτερικά ιατρεία, με συχνότερες τις πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες και την επικοινωνία. Επιπλέον, η επικοινωνία και οι πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες ήταν οι συχνότερες δυσκολίες για τους Αφρικανούς.

Το 21% των μεταναστών είχε ανάγκες για υπηρεσίες υγείας, τις οποίες όμως δεν μπόρεσε να ικανοποιήσει, με τις συχνότερες ανικανοποίητες ανάγκες να είναι η πραγματοποίηση εξετάσεων και η επίσκεψη σε ιατρό και οδοντίατρο εκτός νοσοκομείου. Οι συχνότερες αιτίες μη ικανοποίησης της ανάγκης για χρήση υπηρεσιών υγείας ήταν το υψηλό κόστος, η έλλειψη βιβλιαρίου υγείας, η αδυναμία κλεισίματος ραντεβού και ο μεγάλος χρόνος αναμονής. Επιπλέον, το 21% των μεταναστών είχε ανάγκη για λήψη φαρμάκου, την οποία όμως δεν μπόρεσε να ικανοποιήσει, με συχνότερη αιτία να είναι η έλλειψη χρημάτων. Οι Ασιάτες και οι Αφρικανοί δεν μπορούσαν συχνότερα να καλύψουν το κόστος λήψης ενός φαρμάκου.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της μελέτης ήταν το υψηλό ποσοστό ανασφάλιστων μεταναστών (41,8%)

**Πίνακας 4.** Οι απαντήσεις των μεταναστών αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την χρήση των υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες.

	Μετανάστες					Τιμή p
	Αλβανοί	Ασιάτες	Ανατολικοευρωπαίοι	Αφρικανοί	Σύνολο	
<i>Ενέργεια για την αντιμετώπιση της ασθένειας</i>						
Επίσκεψη σε Έλληνα ιδιώτη ιατρό	24 (12,6)	5 (9,8)	22 (27,5)	0 (0,0)	51 (15,5)	
Επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό από τη χώρα προέλευσης	1 (0,5)	0 (0,0)	12 (15,0)	0 (0,0)	13 (4,0)	
Επίσκεψη σε συμβεβλημένο Έλληνα ιδιώτη ιατρό	4 (2,1)	3 (5,9)	7 (8,8)	0 (0,0)	14 (4,3)	
Επίσκεψη σε ΤΕΠ	75 (39,4)	6 (11,8)	10 (12,5)	6 (85,7)	97 (29,6)	ME <sup>a</sup>
Επίσκεψη στον ΕΟΠΥΥ	31 (16,3)	10 (19,6)	8 (10,0)	0 (0,0)	49 (14,9)	
Συμβουλή από φαρμακοποιό	18 (9,5)	1 (2,0)	5 (6,3)	0 (0,0)	24 (7,3)	
Καμία ενέργεια	18 (9,5)	8 (15,7)	7 (8,8)	0 (0,0)	33 (10,1)	
Άλλο	19 (11,1)	17 (37,2)	8 (11,1)	1 (14,3)	45 (14,3)	
<i>Ενέργεια για την αντιμετώπιση του τραυματισμού</i>						
Επίσκεψη σε Έλληνα ιδιώτη ιατρό	10 (7,4)	2 (3,2)	6 (14,6)	1 (8,3)	19 (7,6)	
Συμβουλή από φαρμακοποιό	30 (22,2)	5 (7,9)	11 (26,8)	1 (8,3)	47 (18,7)	
Επίσκεψη σε ΤΕΠ	59 (43,7)	37 (58,7)	9 (22,0)	6 (50,0)	111 (44,2)	ME <sup>a</sup>
Καμία ενέργεια	34 (25,2)	10 (15,9)	11 (26,8)	2 (16,7)	57 (22,7)	
Άλλο	2 (1,4)	9 (14,3)	4 (9,8)	2 (16,7)	17 (6,8)	
<i>Επίσκεψη σε ΤΕΠ</i>						
Ναι	193 (32,6)	39 (13,0)	47 (22,3)	16 (32,0)	295 (25,6)	
Όχι	399 (67,4)	260 (87,0)	164 (77,7)	34 (68,0)	857 (74,4)	<0,001 <sup>β</sup>
<i>Βαθμός δυσκολιών στα ΤΕΠ</i>						
Καθόλου	54 (28,4)	4 (10,3)	15 (32,6)	4 (25,0)	77 (26,5)	
Λίγο	57 (30,0)	10 (25,6)	9 (19,6)	2 (12,5)	78 (26,8)	
Μέτρια	33 (17,4)	15 (38,5)	9 (19,6)	2 (12,5)	59 (20,3)	0,2 <sup>γ</sup>
Αρκετά	34 (17,9)	6 (15,4)	11 (23,9)	8 (50,0)	59 (20,3)	
Πολύ	12 (6,3)	4 (10,3)	2 (4,3)	0 (0,0)	18 (6,2)	
<i>Δυσκολίες στα ΤΕΠ</i>						
Επικοινωνία	25 (21,2)	15 (50,0)	7 (22,6)	6 (46,2)	53 (27,6)	0,001 <sup>β</sup>
Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	77 (60,2)	16 (55,2)	17 (53,1)	10 (76,9)	120 (59,4)	0,5 <sup>β</sup>
Αδιαφορία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού	31 (28,2)	9 (32,1)	13 (39,4)	2 (15,4)	55 (29,9)	0,4 <sup>β</sup>
Ελλιπής ενημέρωση για το πρόβλημα υγείας	19 (17,4)	2 (7,1)	5 (16,7)	0 (0,0)	26 (14,4)	0,2 <sup>β</sup>
Υψηλό κόστος	11 (10,0)	18 (62,1)	6 (18,2)	0 (0,0)	35 (18,9)	<0,001 <sup>β</sup>
<i>Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία</i>						
Ναι	133 (22,5)	25 (8,4)	61 (28,9)	14 (28,0)	233 (20,2)	
Όχι	459 (77,5)	274 (91,6)	150 (71,1)	36 (72,0)	919 (79,8)	<0,001 <sup>β</sup>
<i>Βαθμός δυσκολιών σε εξωτερικά ιατρεία</i>						
Καθόλου	38 (28,6)	4 (16,0)	19 (31,1)	2 (14,3)	63 (27,0)	
Λίγο	45 (33,8)	6 (24,0)	19 (31,1)	3 (21,4)	73 (31,3)	
Μέτρια	26 (19,5)	9 (36,0)	14 (23,0)	6 (42,9)	55 (23,6)	0,9 <sup>γ</sup>
Αρκετά	17 (12,8)	4 (16,0)	6 (9,8)	3 (21,4)	30 (12,9)	
Πολύ	7 (5,3)	2 (8,0)	3 (4,9)	0 (0,0)	12 (5,2)	

ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, ΜΕ: Μη εφαρμοσμένο  
Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

<sup>a</sup> Δεν πραγματοποιήθηκε σύγκριση εξαιτίας του μηδενικού αριθμού απαντήσεων σε αρκετές περιπτώσεις. <sup>β</sup> Έλεγχος χ<sup>2</sup>. <sup>γ</sup> Έλεγχος χ<sup>2</sup> για τάση

**Πίνακας 4.** (συνέχεια) Οι απαντήσεις των μεταναστών αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την χρήση των υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες.

	Μετανάστες					Τιμή p
	Αλβανοί	Ασιάτες	Ανατολικοευρωπαίοι	Αφρικανοί	Σύνολο	
<i>Δυσκολίες σε εξωτερικά ιατρεία</i>						
Επικοινωνία	23 (17,3)	8 (32,0)	6 (9,8)	8 (57,1)	45 (19,3)	<0,001 <sup>β</sup>
Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	54 (40,6)	8 (32,0)	23 (37,7)	8 (57,1)	93 (39,9)	0,5 <sup>β</sup>
Αδιαφορία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού	9 (6,8)	4 (16,0)	7 (11,5)	4 (28,6)	24 (10,3)	0,05 <sup>β</sup>
Ελλιπής ενημέρωση για το πρόβλημα υγείας	10 (7,5)	3 (12,0)	3 (4,9)	0 (0,0)	16 (6,9)	0,5 <sup>β</sup>
Υψηλό κόστος	12 (9,0)	2 (8,0)	4 (6,6)	1 (7,1)	19 (8,2)	0,9 <sup>β</sup>
<i>Μη ικανοποίηση της ανάγκης για</i>						
Χρήση υπηρεσιών υγείας	145 (24,5)	52 (17,4)	39 (18,5)	6 (12,0)	242 (21,0)	0,02 <sup>β</sup>
Ιατρό εκτός νοσοκομείου	59 (40,7)	15 (28,8)	10 (25,6)	4 (66,7)	88 (36,4)	0,08 <sup>β</sup>
Οδοντίατρο εκτός νοσοκομείου	53 (36,6)	13 (25,0)	5 (12,8)	2 (33,3)	73 (30,2)	0,03 <sup>β</sup>
Εξετάσεις	81 (55,9)	16 (30,8)	19 (48,7)	0 (0,0)	116 (47,9)	0,002 <sup>β</sup>
Νοσηλεία	3 (2,1)	7 (13,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (4,1)	0,002 <sup>β</sup>
Χειρουργική επέμβαση	5 (3,4)	3 (5,8)	5 (12,8)	0 (0,0)	13 (5,4)	0,1 <sup>β</sup>
<i>Αιτίες μη ικανοποίησης της ανάγκης για χρήση υπηρεσιών υγείας</i>						
Άγνοια για την κατάλληλη υπηρεσία υγείας	14 (5,8)	10 (4,1)	9 (3,7)	2 (0,8)	35 (14,5)	
Άρνηση χορήγησης άδειας από τον εργοδότη	4 (1,7)	5 (2,0)	2 (0,8)	0 (0,0)	11 (4,5)	
Έλλειψη χρόνου	14 (5,8)	3 (1,2)	8 (3,3)	2 (0,8)	27 (11,2)	
Αδυναμία κλεισίματος ραντεβού	40 (16,5)	10 (4,1)	9 (3,7)	0 (0,0)	59 (24,4)	
Υψηλό κόστος	75 (31,0)	26 (10,7)	13 (5,4)	2 (0,8)	116 (47,9)	
Συμπεριφορά επαγγελματιών υγείας	7 (2,9)	5 (2,1)	3 (1,2)	0 (0,0)	15 (6,2)	ME <sup>α</sup>
Μεγάλος χρόνος αναμονής	31 (12,8)	9 (3,7)	5 (2,1)	2 (0,8)	47 (19,4)	
Έλλειψη βιβλιαρίου υγείας	38 (15,7)	15 (6,2)	15 (6,2)	2 (0,8)	70 (28,9)	
Φόβος για προβλήματα με αστυνομικές αρχές	5 (2,1)	2 (0,8)	2 (0,8)	0 (0,0)	9 (3,7)	
Δυσκολίες στη συνεννόηση	6 (2,5)	4 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (4,1)	
<i>Μη ικανοποίηση της ανάγκης για λήψη φαρμάκων</i>						
Ναι	93 (15,7)	101 (33,8)	36 (17,1)	12 (24,0)	242 (21,0)	<0,001 <sup>β</sup>
Όχι	499 (84,3)	198 (66,2)	175 (82,9)	38 (76,0)	910 (79,0)	
<i>Αιτίες μη ικανοποίησης της ανάγκης για χρήση φαρμάκων</i>						
Αυτοεκτίμηση πως τα φάρμακα δεν ήταν απαραίτητα	8 (3,3)	10 (4,1)	5 (2,1)	0 (0,0)	23 (9,5)	
Έλλειψη χρόνου	3 (1,2)	2 (0,8)	5 (2,1)	0 (0,0)	10 (4,1)	
Άγνοια ευρέσεως των φαρμάκων	3 (1,2)	10 (4,1)	1 (0,4)	4 (4,6)	18 (7,4)	ME <sup>α</sup>
Έλλειψη χρημάτων	80 (33,1)	84 (34,7)	24 (9,9)	12 (5,0)	200 (82,6)	

TEΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, ME: Μη εφαρμόσιμο

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

<sup>α</sup> Δεν πραγματοποιήθηκε σύγκριση εξαιτίας του μηδενικού αριθμού απαντήσεων σε αρκετές περιπτώσεις. <sup>β</sup> Έλεγχος χ<sup>2</sup>. <sup>γ</sup> Έλεγχος χ<sup>2</sup> για τάση

γεγονός που μπορεί να οφείλεται και στο υψηλό ποσοστό μεταναστών χωρίς μόνιμη εργασία (63,2%) και στο ότι το 19,1% των μεταναστών δεν είχαν νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής στην Ελλάδα. Οι ανισότητες στην πρόσβαση και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι σημαντικά μικρότε-

ρες για τους ασφαλισμένους, με την κάλυψη του κόστους για παράδειγμα για τους ανασφάλιστους να αποτελεί σημαντικό τροχοπέδη για την πραγματοποίηση εξετάσεων, τη λήψη φαρμάκων, τους εμβολιασμούς κ.ά.<sup>17-21</sup> Επιπλέον, τόσο οι μετανάστες όσο και τα παιδιά τους είναι ασφαλισμένοι σε



μικρότερο ποσοστό σε σχέση με τους γηγενείς και χρησιμοποιούν λιγότερο συχνά τις υπηρεσίες υγείας.<sup>22-27</sup>

Περισσότεροι από τους μισούς μετανάστες (55,7%) δεν μπορούσαν να πάρουν τη φαρμακευτική τους αγωγή λόγω κόστους γεγονός που συμφωνεί με την υπάρχουσα βιβλιογραφία με βάση την οποία η αδυναμία κάλυψης του κόστους της φαρμακευτικής αγωγής και ιδιαίτερα των φαρμάκων υψηλότερου κόστους αποτελεί σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, όπως επίσης και η ελλιπής ενημέρωση, η νομοθεσία και οι πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες.<sup>11,28-31</sup>

Επιπλέον, τα ποσοστά των μεταναστών που πραγματοποιούσαν τις προληπτικές εξετάσεις αίματος, αρτηριακής πίεσης και χοληστερόλης ήταν χαμηλά γεγονός που επιβεβαιώνεται και από την υπάρχουσα βιβλιογραφία σύμφωνα με την οποία μάλιστα το χαμηλό ποσοστό χρήσης προληπτικών υπηρεσιών από τους μετανάστες συνοδεύεται και από αντιστρόφως ανάλογο υψηλό ποσοστό επισκέψεων στα ΤΕΠ γεγονός που οδηγεί σε αυξημένο κόστος, συνωστισμό στα ΤΕΠ και περισσότερα προβλήματα σε ένα σύστημα υγείας.<sup>32-36</sup> Επιπλέον, οι Αλβανοί πραγματοποιούσαν συχνότερα τις προληπτικές εξετάσεις αίματος, αρτηριακής πίεσης και χοληστερόλης και είχαν καλύτερη αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας τους και πίστευαν σε μικρότερο ποσοστό ότι έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες. Τα ευρήματα αυτά πιθανότατα να οφείλονται στο ότι οι Αλβανοί είχαν τη μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα, το υψηλότερο εισόδημα και το μεγαλύτερο ποσοστό ασφάλισης, νομιμοποιητικών εγγράφων παραμονής και μόνιμης εργασίας. Οι παράγοντες αυτοί συμβάλλουν στην καλύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, καθώς επίσης και στην αποτελεσματικότερη χρήση τους γεγονός που οδηγεί σε καλύτερες εκβάσεις.<sup>10-12</sup>

Οι συχνότερες δυσκολίες που αντιμετώπιζαν οι μετανάστες στα ΤΕΠ και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ήταν οι πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες, η αδιαφορία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και η επικοινωνία. Οι παράγοντες αυτοί υποστηρίζονται και από τη βιβλιογραφία και ιδιαίτερα ο συνδυασμός των πολύπλοκων γραφειοκρατικών διαδικασιών με την αδυναμία σωστής επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας και το διοικητικό προσωπικό οδηγούν τους μετανάστες στην απογοήτευση και την περιορισμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας.<sup>10,37-39</sup> Η έλλειψη σωστής επικοινωνίας εξάλλου αποτελεί σημαντικό παράγοντα της περιορισμένης ικανοποίησης που λαμβάνουν οι μετανάστες από τις υπηρεσίες υγείας.<sup>40-44</sup>

Επιπλέον, ένα σημαντικό ποσοστό (21%) των μεταναστών είχε ανάγκες για υπηρεσίες υγείας, τις οποίες όμως

δεν μπόρεσε να ικανοποιήσει, με τις συχνότερες ανικανοποίητες ανάγκες να είναι η πραγματοποίηση εξετάσεων και η επίσκεψη σε ιατρό και οδοντίατρο εκτός νοσοκομείου. Οι συχνότερες αιτίες μη ικανοποίησης της ανάγκης για χρήση υπηρεσιών υγείας ήταν το υψηλό κόστος, η έλλειψη βιβλιαρίου υγείας, η αδυναμία κλεισίματος ραντεβού και ο μεγάλος χρόνος αναμονής. Οι αιτίες αυτές επιβεβαιώνονται και από παρόμοιες μελέτες<sup>35,45-48</sup> και περιορίζουν σημαντικά τόσο την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας όσο και τη χρήση τους, με αποτέλεσμα χειρότερες εκβάσεις υγείας και χειρότερη ποιότητα ζωής.

Η παρούσα μελέτη είχε και ορισμένους περιορισμούς. Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη που αποτυπώνει την κατάσταση των μεταναστών σε μια δεδομένη χρονική στιγμή και δεν εξετάζει τη διαχρονική τους πορεία στην Ελλάδα, γεγονός που δεν μπορεί να οδηγήσει σε τόσο αξιόπιστα συμπεράσματα όπως μια μελέτη κοόρτης και ιδιαίτερα σε φαινόμενα και καταστάσεις που συνεχώς μεταβάλλονται, όπως π.χ. η οικονομική κατάσταση, οι υπηρεσίες υγείας, η κατάσταση υγείας κ.ά. Η συλλογή των δεδομένων μέσω των ερωτηματολογίων ενέχει πάντοτε ένα συστηματικό σφάλμα πληροφορίας ιδιαίτερα στην περίπτωση των μεταναστών που ενδεχομένως να μην μπορούν να κατανοήσουν πλήρως το ερωτηματολόγιο μολονότι χρησιμοποιήθηκαν και διερμηνείς όποτε υπήρξε η σχετική ανάγκη. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε πολλές ερωτήσεις, αλλά είναι πιθανό κάποιες παράμετροι αναφορικά με την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας να παραμένουν αδιευκρίνιστες. Τέλος, η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η δειγματοληψία με τη μορφή «χιονοστιβάδας» που σαφέστατα υστερεί έναντι της τυχαίας δειγματοληψίας, η οποία όμως ήταν αδύνατον να εφαρμοστεί για οικονομικούς και πρακτικούς λόγους.

Συμπερασματικά, η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και η χρήση τους αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα παγκοσμίως και ο περιορισμός των ανισοτήτων είναι πιο επιτακτικός από ποτέ. Η πρόσβαση των μεταναστών εξάλλου στις υπηρεσίες υγείας θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την κοινωνική τους ενσωμάτωση στη χώρα υποδοχής.<sup>49,50</sup> Μολονότι αναγνωρίζεται ότι οι μετανάστες αποτελούν μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα με ξεχωριστές ανάγκες σε σχέση με τους γηγενείς, αρκετές χώρες, μεταξύ αυτών και η Ελλάδα, δεν έχουν καταφέρει να αναπτύξουν τις κατάλληλες στρατηγικές για την καλύτερη διαχείριση των αναγκών υγείας των μεταναστών. Για τον λόγο αυτόν, είναι απαραίτητο να διαμορφωθούν και να εφαρμοστούν οι κατάλληλες πολιτικές υγείας και ιδιαίτερα στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που θα δώσουν τη δυνατότητα στους μετανάστες αφενός να βελτιώσουν την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας

και αφετέρου να χρησιμοποιήσουν σωστά τις υπηρεσίες υγείας, επιτυγχάνοντας έτσι καλύτερες εκβάσεις και προάγοντας την υγεία τους.

Υπό το παραπάνω πρίσμα θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι το νομοθετικό πλαίσιο που εισήχθη μέσω του Άρθρου 33 του Νόμου 4368/2016 και της Κοινής Υπουργικής Απόφασης Α3(γ)/ΓΠ/οικ.2513210 το 2016, το οποίο παρέχει δωρεάν πρόσβαση στη φροντίδα υγείας για τους ανασφάλιστους Έλληνες και τους μετανάστες που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα κινείται προς τη σωστή κατεύθυνση. Σημαντικό είναι να συμπεριληφθεί στην εθνική στρατηγική για την υγεία η διασφάλιση της πρόσβασης των μεταναστών στο σύστημα υγείας μακροπρόθεσμα. Παρότι το ζήτημα αυτό αποτελεί αντικείμενο συζήτησης δεν έχει μέχρι σήμερα αναπτυχθεί ένα συγκεκριμένο σχέδιο δράσης. Η θέσπιση συγκεκριμένων διαδικασιών ή η ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών για την αντιμετώπιση οικονομικών, πολιτισμικών και άλλων εμποδίων που σχετίζονται με ζητήματα ελλιπούς γνώσης αναφορικά με τις συμπεριφορές υγείας αλλά και τις διαθέσιμες υπηρεσίες (health literacy) θα πρέπει να αποτελούν βασικές συνιστώσες ενός τέτοιου σχεδίου. Το σημερινό μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας δεν έχει

σχεδιαστεί έτσι ώστε να ενσωματώνει τις ανάγκες των διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού (π.χ. ανάπτυξη πιο στοχευμένων υπηρεσιών για τους μετανάστες).

Απαιτούνται συνεπώς παρεμβάσεις οι οποίες σε βραχυπρόθεσμο και μεσοπρόθεσμο επίπεδο θα μπορούσαν να επικεντρωθούν σε τέσσερις άξονες<sup>51</sup>: (α) την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε ζητήματα διαπολιτισμικής υγείας έτσι ώστε να κατανοήσουν καλύτερα τις ανάγκες των μεταναστών μέσω διεπιστημονικών προσεγγίσεων, (β) την ενημέρωση των μεταναστευτικών πληθυσμών σε σχέση με την αγωγή και προαγωγή υγείας καθώς και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, (γ) τη διασφάλιση αποτελεσματικής επικοινωνίας των μεταναστών με τους επαγγελματίες υγείας, με τη συμμετοχή για παράδειγμα διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και (δ) τη βελτίωση της προσβασιμότητας μέσω της επανεξέτασης των όρων χρήσης των υπηρεσιών υγείας (π.χ. συμμετοχή στο κόστος της φαρμακευτικής αγωγής), συμπεριλαμβανόμενης της πρόσβασης σε συμβεβλημένους παρόχους υπηρεσιών υγείας προκειμένου να μειωθούν οι χρόνοι αναμονής και να επιτευχθεί ο μέγιστος βαθμός συμμόρφωσης με την ενδεδειγμένη θεραπεία.

## ABSTRACT

### Accessibility and use of health services by immigrants in Greece

P. GALANIS,<sup>1</sup> D. KAITELIDOU,<sup>1</sup> P. SOURTZI,<sup>2</sup> O. SISKOU,<sup>1</sup> O. KONSTANTAKOPOULOU,<sup>1</sup> CH. ECONOMOU<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Center for Health Services Management and Evaluation, Department of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece, <sup>2</sup>Public Health Sector, Department of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece, <sup>3</sup>Department of Sociology, Panteion University of Social & Political Sciences, Athens, Greece

*Archives of Hellenic Medicine 2020, 37(Suppl 1):42–53*

**OBJECTIVE** The assessment of migrants' access and use of health services in Greece. **METHOD** A cross-sectional study was conducted and the study population included 1152 migrants that gave their informed consent. Migrants originated from Albania, Pakistan, Bangladesh, Philippines, Afghanistan, Ukraine, Georgia, Nigeria, Ethiopia, Egypt and Moldavia. "Snowball" sampling method was applied and response rate was 60% (=1152/1920). Study questionnaire included demographic characteristics of the migrants, information about health status and information about migrants' access and use of health services. Data analysis was conducted with IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences). **RESULTS** Mean age of the migrants was 37.6 years and mean duration of stay in Greece was 10.9 years. Albanian and Africans had more often insurance and legal papers. Thirty-six point five percent of the migrants self-estimated their access in public health services worse than Greeks and this percentage was higher for Asians and Africans. Albanian performed more often preventive blood, pressure and cholesterol exams and then migrants from East Europe, Africa and Asia. Twenty-one percent of the migrants had unmet needs. Laboratory exams and visit at private physician/dentist were the most frequent unmet needs. The most frequent reasons for the unmet needs were the cost, the lack of insurance, the appointment procedures and the long waiting time. Moreover, 21% of the migrants had unmet pharmaceutical needs with cost to be the most important reason. The most frequent difficulties that migrants faced off at emergency departments and outpatients clinics of the hospitals were complicated

bureaucratic procedures, inconsiderateness of health professionals and communication. **CONCLUSIONS** Migrants' access in health services and their use is a very important issue worldwide and the minimization of inequalities is necessary, as the results of the present study indicate. Equal access for health services is a prerequisite for migrants' adaptation in host countries.

**Key words:** migrants, access, use, health services

## Βιβλιογραφία

1. UNITED NATIONS, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, POPULATION DIVISION. International Migration Report: Highlights (ST/ESA/SER.A/375). 2016. Available at: [http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015\\_Highlights.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf)
2. UNITED NATIONS, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, POPULATION DIVISION. International Migration Report. 2013. Available at: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/migration/migration-report-2013.shtml>
3. RECHEL B, MLADOVSKY P, INGLEBY D, MACKENBACH JP, MCKEE M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* 2013, 381:1235–1245
4. IMMIGRATION ACT 2014 C.22. UK Parliament. London: The Stationery Office (May 14, 2014). Available at: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/22/contents/enacted>
5. PUBLIC LAW 111–148. Patient Protection and Affordable Care Act. 111th United States Congress. Washington, D.C.: United States Government Printing Office (March 23, 2010). Available at: <https://www.gpo.gov/fdsys/granule/PLAW-111publ148/PLAW-111publ148/content-detail.html>
6. VILLALONGA-OLIVES E, KAWACHI I. The changing health status of economic migrants to the European Union in the aftermath of the economic crisis. *J Epidemiol Community Health* 2014, 68:801–803
7. SARRÍA-SANTAMERA A, HIJAS-GÓMEZ AI, CARMONA R, GIMENO-FELIÚ LA. A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Rev* 2016, 37:28
8. DEROSE KP, BAHNEY B, LURIE N, ESCARCE J. Review: immigrants and health care access, quality and cost. *Med Care Res Rev* 2009, 66:355–408
9. WINTERS M, RECHEL B, DE JONG L, PAVLOVA M. A systematic review on the use of healthcare services by undocumented migrants in Europe. *BMC Health Serv Res* 2018, 18:30
10. SALEEM A, STEADMAN KJ, FEJZIC J. Utilisation of healthcare services and medicines by Pakistani migrants residing in high income countries: a systematic review and thematic synthesis. *J Immigr Minor Health* 2019, 21:1157–1180
11. GIL-GONZÁLEZ D, CARRASCO-PORTIÑO M, VIVES-CASES C, AGUDELO-SUÁREZ AA, CASTEJÓN BOLEA R, RONDA-PÉREZ E. Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants. *Ethn Health* 2015, 20:523–241
12. WOODWARD A, HOWARD N, WOLFFERS I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy Plan* 2014, 29:818–830
13. SUPHANCHAIMAT R, KANTAMATURAPOJ K, PUTTHASRI W, PRAKONGSAI P. Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Serv Res* 2015, 15:390
14. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. Απογραφή 2011. Διαθέσιμο στο: <http://www.statistics.gr>
15. KARAMITRI I, BELLALI T, GALANIS P, KAITELIDOU D. The accessibility of vulnerable groups to health services in Greece: a Delphi study on the perceptions of health professionals. *Int J Health Plann Mgmt* 2013, 28:35–47
16. GALANIS P, SOURTZI P, BELLALI T, THEODOROU M, KARAMITRI I, SISKOU O, CHARALAMBOUS G, KAITELIDOU D. Public health services knowledge and utilization among immigrants in Greece: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2013, 13:350
17. BOZORGMEHR K, RAZUM O. Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994–2013. *PLOS One* 2015, 10: e0131483
18. HU J. The role of health insurance in improving health services use by Thais and ethnic minority migrants. *Asia Pac J Public Health* 2009, 22:42–50
19. KIRBY JB, TALIAFERRO G, ZUVEKAS SH. Explaining racial and ethnic disparities in health care. *Medical Care* 2006, 44:S64–72
20. SHONE LP, DICK AW, KLEIN JD, ZWANZIGER J, SZILAGYI PG. Reduction in racial and ethnic disparities after enrollment in the State Children's Health Insurance Program. *Pediatrics* 2005, 115:e697–705
21. LILLIE-BLANTON M, HOFFMAN C. 2005. The role of health insurance coverage in reducing racial/ethnic disparities in health care. *Health Aff (Millwood)* 24:398–408
22. ABE-KIM J, TAKEUCHI DT, HONG S, ZANE N, SUE S, SPENCER MS ET AL. Use of mental health-related services among immigrant and U.S.-born Asian Americans: Results from the national Latino and Asian American study. *Am J Public Health* 2007, 97:91–98
23. ALEGRIA M, MULVANEY-DAY N, WOO M, TORRES M, GAO S, ODDO V. Correlates of past-year mental health service use among Latinos: Results from the National Latino and Asian American Study. *Am J Public Health* 2007, 97:76–83
24. CALLAHAN ST, HICKSON GB, COOPER WO. Health care access of Hispanic young adults in the United States. *J Adolesc Health* 2006, 39:627–633
25. HUANG ZJ, YU SM, LEDSKY R. Health status and health service access and use among children in U.S. immigrant families. *Am J Public Health* 2006, 96:634–640
26. JACKSON JS, NEIGHBORS HW, TORRES M, MARTIN LA, WILLIAMS DR,

- BASER R. Use of mental health services and subjective satisfaction with treatment among black Caribbean immigrants: Results from the National Survey of American Life. *Am J Public Health* 2007, 97:60–67
27. LASSER KE, HIMMELSTEIN DU, WOOLHANDLER S. Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: Results of a cross-national population-based survey. *Am J Public Health* 2006, 96:1300–1307
28. STRABMAYR C, MATANOV A, PRIEBE S, BARROS H, CANAVAN R, DÍAZ-OLALLA JM, ET AL. Mental health care for irregular migrants in Europe: barriers and how they are overcome. *BMC Public Health* 2012, 12:367
29. AGUDELO-SUÁREZ AA, GIL-GONZÁLEZ D, VIVES-CASES C, LOVE JG, WIMPENNY P, RONDA PÉREZ E. A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants. *BMC Health Serv Res* 2012, 12:461
30. CZAPKA EA, SAGBAKKEN M. Where to find those doctors? A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. *BMC Health Serv Res* 2016, 16:460
31. HACKER K, ANIES M, FOLB BL, ZALLMAN L. Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Manag Healthc Policy* 2015, 8:175–183
32. DÍAZ E, CALDERÓN-LARRAN A, PRADO-TORRES A, POBLADOR-PLOU B, GIMENO-FELIÚ LA. How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *Eur J Public Health* 2015, 25:72–78
33. DE LUCA G, PONZO M, RODRIGUÉZ-ANDRÉS A. Health care utilization by immigrants in Italy. *Int J Health Care Finance Econ* 2013, 13:1–31
34. GIMENO-FELIÚ LA, CALDERÓN-LARRAÑAGA A, DÍAZ E, POBLADOR-PLOU B, MACIPE-COSTA R, PRADOS-TORRES A. The healthy migrant effect in primary care. *Gaceta Sanitaria* 2015, 29:15–20
35. ASANIN J, WILSON K. I spent nine years looking for a doctor: exploring access to health care among immigrants in Mississauga, Ontario, Canada. *Soc Sci Med* 2008, 66:1271–1283
36. HARGREAVES S, FRIEDLAND J, GOTHARD P, SAXENA S, MILLINGTON H, ELIAHOO J, ET AL. Impact on and use of health services by international migrants: questionnaire survey of inner city London A & E attenders. *BMC Health Serv Res* 2006, 6:153
37. ESSCHER A, BINDER-FINNEA P, BØDKER B, HÖGGERG U, MULIC-LUTVICA A, ESSÉN B. Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the "migration three delays" model. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014, 14:141
38. BELLAMY K, OSTINI R, MARTINI N, KAIRUZ T. Access to medication and pharmacy services for resettled refugees: a systematic review. *Austr J Primary Health* 2015, 21:273–278
39. MURRAY SB, SKULL SA. Hurdles to health: immigrant and refugee health care in Australia. *Austr Health Review* 2005, 29:25–29
40. CLEMANS-COPE L & KENNEY G. Low income parents' reports of communication problems with health care providers: Effects of language and insurance. *Public Health Rep* 2007, 122:206–216
41. DE ALBA I, SWENINGSON JM. English proficiency and physicians' recommendation of pap smears among Hispanics. *Cancer Detect Prevent* 2006, 30:292–296
42. MAINOUS A, DIAZ VA, SAXENA S, GEESEY ME. Heterogeneity in management of diabetes mellitus among Latino ethnic subgroups in the United States. *J Am Board Fam Med* 2007, 20:598–605
43. CHENG EM, CHEN A, CUNNINGHAM W. Primary language and receipt of recommended health care among Hispanics in the United States. *J Gen Intern Med* 2007, 22:283–288
44. WILSON E, CHEN AH, GRUMBACH K, WANG F, FERNANDEZ A. Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension. *J Gen Intern Med* 2005, 20:800–806
45. HYMAN I, SHAKYA Y, JEMBERE N, GUCCIARDI E, VISSANDJEE B. Provider- and patient-related determinants of diabetes self-management among recent immigrants: Implications for systemic change. *Can Family Phys* 2017, 63:e137–e144
46. HIGGINBOTTOM GM, SAFIPOUR J, YOHANI S, O'BRIEN B, MUMTAZ Z, PATON P, ET AL. An ethnographic investigation of the maternity healthcare experience of immigrants in rural and urban Alberta, Canada. *BMC Pregnancy Childb.* 2016, 16:20
47. RIGGS E, GUSSY M, GIBBS L, VAN GEMERT C, WATERS E, KILPATRICK N. Hard to reach communities or hard to access services? Migrant mothers' experiences of dental services. *Aust Dent J* 2014, 59:201–207
48. PITHARA C, ZEMBYLAS M, THEODOROU M. Access and effective use of healthcare services by temporary migrants in Cyprus. *Int J Migr Health Soc Care* 2012, 8:72–85
49. BERNER R, MLADOVSKY P, DEVILLÉ W, RIJKS B, PETROVA-BENEDICT R, MCKEE M. *Migration and health in the European Union*. Open University Press, London, 2011
50. EUROPEAN OBSERVATORY ON THE SOCIAL SITUATION-SOCIAL INCLUSION AND INCOME DISTRIBUTION NETWORK. Social Inclusion and Income Distribution in the European Union, Monitoring Report. Available at: <http://www.euro.centre.org/projects/detail/110>
51. ΑΝΑΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ, ΖΗΚΟΣ Δ, ΚΟΥΛΗ Ε, ΣΙΣΚΟΥ Ο, ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ Χ, ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ Δ. Η προσβασιμότητα και η χρήση υπηρεσιών υγείας μεταναστών Αλβανικής καταγωγής στην Ελλάδα. *Νοσηλεία και Έρευνα* 2013, 37: 230–240

*Corresponding author:*

P. Galanis, 123 Papadiamantopoulou street, GR-11527, Athens, Greece, Tel.: +30 2107781044  
e-mail: pegalan@nurs.uoa.gr