

Az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság véleménye – Tárgy: Egészségügy és migráció

(2007/C 256/22)

2007. február 14-én kelt levelében a soron következő portugál elnökség felkérte az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságot, hogy készítsen feltárási véleményt a következő tárgyban: *Egészségügy és migráció*

A bizottsági munka előkészítésével megbízott „Foglalkoztatás- és szociálpolitika, uniós polgárság” szekció 2007. június 18-án elfogadta véleményét. (Előadó: Sukhdev SHARMA, társelőadó: CSER Ágnes.)

Az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság 2007. július 11-12-én tartott 437. plenáris ülésén (a július 11-i ülésnapon) 109 szavazattal 3 ellenében, tartózkodás nélkül elfogadta az alábbi véleményt.

1. Következtetések

Ez a vélemény az egészségügy és a migráció közötti kapcsolattal foglalkozik, és mint ilyen, önmagában véve nem a migrációról folytatott vita. A migráció fontos szerepet tölt be az EU gazdaságában. Egy olyan jelenleg is zajló folyamatról van szó, amely az EU és az egész világ népességének jelentős és növekvő hányadát érinti.

Lényeges, hogy az EU és a tagállamok politikai magas szintű egészségvédelmet biztosítsanak a migránsok és családjaik számára. Ehhez cselekvésre van szükség a politikai területek széles skáláján, ideértve a foglalkoztatást, a munkahelyi egészségvédelmet és biztonságot, az oktatást, a szociális védelmet, valamint az egészségügyi felvilágosítást és ellátást.

A jelen vélemény számos olyan, a migránsokat érintő egészségügyi kérdést, valamint közegészségügyi következményt is megvizsgált, melyek a tagállamok és az Európai Unió beavatkozását igénylik.

1.1 Ajánlások

Az emberarcú ⁽¹⁾ és igazságos ⁽²⁾ globalizációt egyetemesen osztott értékekre, az emberi jogok tiszteletben tartására, valamint a népesség minden csoportja, különösen a legsérülékenyebbek számára nyújtott magas szintű egészség- és élelmiszerbiztonságra, a kulturális és nyelvi sokféleség tiszteletére, továbbá a tudás mindnyájunk közötti megosztására és terjesztésére kell alapozni.

Az egyetemes emberi jogok tiszteletben tartását illetően az EGSZB a következőket ajánlja:

1.1.1 Találkozási és tájékoztató központokat kell kialakítani a migránsok számára, megkönnyítve ezzel hozzáférésüket az egészségügyi és a szociális ellátással kapcsolatos információkhoz. Az információkat a központokban foglalkoztatott, ugyanazon migráns közösséghez tartozó személyek szolgáltatnák, és ők jelentenék a hatóságok, a bevándorlók származási országainak civil szervezetei és a fogadó közösségek civil szervezetei közötti együttműködés központi elemét.

1.1.2 A tagállamoknak és az Európai Unió egészének fokozottabban együtt kellene működnie a nemzetközi szervezetekkel

⁽¹⁾ Lásd az EGSZB 2007. május 31-i véleményét a következő tárgyban: „Európai uniós kihívások és esélyek a globalizált világban” (feltárási vélemény), előadó: Henri MALOSSE, társelőadó: Staffan NILSSON (HL C 175., 2007.7.27.).

⁽²⁾ ILO. A Fair Globalization [Igazságos globalizáció]. 2004.

a bevándorlók egészségét érintő kérdésekben, valamint a helyi, regionális, nemzeti és uniós szintű problémák és előnyök figyelemmel kísérésében és vizsgálatában.

1.1.3 Nemzeti közegészségügyi programokat kell bevezetni az oktatásba a kisebbségi kultúrák figyelembevételével.

1.1.4 Szükség van egy speciális kompenzációs alapra, és ezzel együtt képzési, újbóli letelepedési és együttműködési programokra a fogadó és a származási országok között.

1.1.5 Az orvosi és megelőző jellegű ellátáshoz való hozzáférést mint olyan emberi jogot kellene lehetővé tenni, amely az EU-ban élő valamennyi embernek helyzetétől függetlenül jár, összhangban az alapjogi chartával, amely garantálja a megelőző jellegű és orvosi ellátáshoz való hozzáférést.

1.1.6 A betegek és az orvosi intézmények közötti titoktartásra vonatkozó kikötéseket kellene bevezetni (ahol ezek nem léteznek) annak biztosítása érdekében, hogy egy adott személy migráns státuszára vonatkozó információ ne kerülhessen harmadik félhez, és ez következképp ne tartsa vissza a migránsokat az orvosi segítség és ellátás igénybevételének keresésétől (különösen a rendezetlen jogi háttérű bevándorlás esetén).

1.1.7 A tagállamoknak és az EU-nak együtt kellene működniük a közösségi szintű, migrációval és egészségüggyel kapcsolatos adatgyűjtés és kutatás javítása érdekében.

1.1.8 Az egészségügyet mint a migráció egyik alapvető dimenzióját figyelembe kell venni.

1.1.9 Az egészségügyi hatásvizsgálatoknak fel kellene mérni mind az egészségügyi, mind pedig a nem egészségügyi jellegű politikáknak a migránsok egészségére gyakorolt lehetséges hatását.

1.1.10 Azoknak a tagállamoknak, amelyek a trópusi betegségekkel foglalkozó orvostudományra specializálódott egészségügyi ellátási hagyománnyal rendelkeznek, az EU valamennyi lakosa számára fel kell ajánlaniuk szaktudásukat, és minőségi kutatásokat kell folytatniuk a trópusi betegségek, különösen a malária kezelésére.

1.1.11 Javítani kell azokon a mechanizmusokon, melyek a migránsok valamennyi kategóriája egészségügyi szükségleteinek érkezésüket követő lehetőleg leghamarabb történő felmérését és kielégítését szolgálják. Fokozott együttműködésre van szükség az EU és a tagállamok között a sürgős orvosi ellátást igénylő szükségletekkel érkező migránsok közvetlen igényeinek kielégítése érdekében, különösen a tolmácsolás biztosításában.

1.1.12 A migránsok munkahelyi egészségvédelmét prioritásként kell kezelni. Ennek magában kellene foglalnia a szociális partnerek és az illetékes hatóságok közötti együttműködést, biztosítandó a foglalkozáshoz kapcsolódó egészségvédelem és biztonság magas színvonalának megőrzését a migránsokat általában foglalkoztató ágazatokban. A munkahelyi alapú, egészségösztönző programokat is tovább kellene fejleszteni a közösségi alapú szolgáltatásokkal való együttműködésben, a migráns munkavállalók és családjaik szükségleteinek való megfelelés elősegítése érdekében.

1.1.13 Az iskolákban szervezett egészségügyi felvilágosító programokat is figyelembe kellene venni, mint a migráns gyermekek egészségügyi szükségletei ellátásának egyik módját. A migráns gyermekek egészsége különlegesen fontos. Az iskolaköteles kor előtti és iskolai orvosi ellátásnak meg kell felelnie a különböző háttérrel rendelkező gyermekek szükségleteinek, köztük a bevándorlók gyermekeiének is, különös figyelmet fordítva az újonnan érkezettekre.

1.1.14 Kulturálisan megfelelő és érzékeny egészségügyi ellátást, valamint megelőző jellegű szolgáltatásokat kellene kidolgozni, anélkül hogy engedményeket tennénk a női nemi szervek megcsonkítására vonatkozó tilalommal kapcsolatban.

1.1.15 Az egészségügyi szakemberek számára biztosítani kellene a folyamatos képzést és szakmai fejlődést, hogy ezzel segítsék őket a migráns közösségek változó egészségügyi szükségleteinek ellátásában.

1.1.16 Ki kell dolgozni a fejlődő országokban képzett egészségügyi szakemberek felvételét egy olyan, a származási ország fejlődését segítő koncepció kíséretében, amely elősegíti a szakemberek ideiglenes tartózkodás utáni hazatérését, vagy kártérítést kínál fel annak az országnak, amely a képzést biztosította. A bevált gyakorlatok EU-kódexére vonatkozó javaslatával céljával az Európai Bizottságnak meg kell vizsgálnia a bevált gyakorlatok azon területeit, amelyek a harmadik országokból érkező orvosi személyzet etikus felvételére vonatkoznak.

1.1.17 Fontos, hogy a közegészségügyi hatóságok szerepét megerősítsék és a bevált gyakorlatok cseréjét ösztönözzék, és ebben az uniós hatóságoknak koordináló szerepet kellene betölteniük.

1.1.18 A kultúrák közötti párbeszéd ösztönzése – az egészségügy és az egészségügyi ellátás helyzetére való összpontosítás ⁽³⁾.

⁽³⁾ Lásd az EGSZB 2006. április 20-i véleményét a következő tárgyban: „Javaslat európai parlamenti és tanácsi határozatra a Kultúrák közötti párbeszéd európai évéről (2008)” – COM (2005) 467 final – 2005/0203 (COD) – előadó: CSER Ágnes (HL C 185., 2006.8.8.).

1.1.19 Az EGSZB ismét hangsúlyozza előző ajánlásait, sürgetve, hogy a tagállamok hajtásák végre a migránsokról szóló ILO-egyezményeket ⁽⁴⁾.

2. Háttér

2.1 Az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság üdvözlí a portugál elnökség folyamatos érdeklődését a közegészségügy és a migráció kérdésének vizsgálatával kapcsolatban. A német, portugál és szlovén elnökség megállapodott abban, hogy „az egészségügyi politika szerepe kulcsfontosságú, mivel a hatékonyabb megelőzés és a határokon átnyúló egészségügyi ellátás az európai polgárok közvetlen javára válhat” ⁽⁵⁾.

A három elnökség elkötelezte magát, hogy aktívan folytatja azt a munkát, amely a migránsokat érintő, az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés terén jelenleg tapasztalható egyenlőtlenségek kiküszöbölésére irányul. Arról is megállapodás született, hogy a közösségi tevékenységek széles skáláját támogatják annak érdekében, hogy hozzájáruljanak valamennyi polgár magas szintű egészségének biztosításához, szem előtt tartva főképp az egészségügyi felvilágosítást, a betegségmegelőzést, az innovációt és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést.

2.2 Az EGSZB számos véleményt fogadott el a legális és rendezetlen jogi háttérű migrációval kapcsolatban ⁽⁶⁾, ezért ez a feltáró vélemény az egészségügyi kérdésekre összpontosít majd. A portugál elnökség és a többi érintett érdekelt figyelmébe ajánljuk a migráció terén folytatott korábbi munkáinkat.

⁽⁴⁾ Nemzetközi egyezmény a migráns munkavállalók és családtagjaik jogainak védelméről, amelyet 1990-ben fogadtak el, és amely 2003 júliusában lépett hatályba. Ez az egyezmény kiegészíti a munkavállalás céljából történő bevándorlásról szóló 1949-es (97. sz.) ILO-egyezményt és a vendégmunkásokról szóló (kiegészítő rendelkezésű) 1975-ös (143. sz.) ILO-egyezményt. Együtt ez a három nemzetközi egyezmény alkotja a vendégmunkások jogainak és a rendezetlen jogi háttérű migráció kérdései kezelésének keretét. A fent említett egyezmények egy tágabb politikai kontextusba ágyazottak, ideértve a nemrégiben elfogadott ENSZ-egyezményeket, melyek az emberkereskedelemmel, csempészetrel és kizsákmányolással foglalkoznak, úgymint a határokon átnyúló szervezett bűnözés elleni ENSZ-egyezményt (2000) és annak az emberkereskedelem, különösen a nő- és gyermekkereskedelem megelőzéséről, felszámolásáról és megbüntetéséről szóló jegyzőkönyvét (2000), illetve a migránsok szárazföldön, tengeren és légi úton való csempésze elleni jegyzőkönyvét (2000), a gyermek jogairól szóló egyezményhez csatolt ENSZ-jegyzőkönyv a gyermekkereskedelemlről, gyermekprostitúcióról és gyermekpornográfiáról (2000), valamint a menekültek jogállásáról szóló korábbi 1951-es egyezményt és 1967-es jegyzőkönyvet. Bár (a menekültekre vonatkozó megállapodások kivételével) eddig még csak viszonylag kevés ország és – adott esetben – regionális gazdasági szervezet ratifikálta ezeket az egyezményeket, a szóban forgó eszközök egy átfogóbb menetrend fontos elemeit képezik.

⁽⁵⁾ Az Európai Unió Tanácsa, „A német, portugál és szlovén elnökség 18 hónapos programja”, Brüsszel, 2006. december 21.

⁽⁶⁾ Lásd az EGSZB következő véleményeit:

- 2006. szeptember 13., vélemény a következő tárgyban: „Bevándorlás az EU-ban és a beilleszkedési politikák: a regionális és helyi önkormányzatok és a civil társadalmi szervezetek együttműködése”, előadó: Luis Miguel PARIZA CASTAÑOS (HL C 318., 2006.12.23.).
- 2005. december 15., vélemény a következő tárgyban: „A Bizottság közleménye a Tanácsnak és az Európai Parlamentnek – A hágai program: Tíz prioritás a következő öt évre – Partnerség Európának a szabadság, biztonság és jog területén való megújulásáért” – COM (2005) 184 final, előadó: Luis Miguel PARIZA CASTAÑOS (HL C 65., 2006.3.17.).
- 2006. április 20., vélemény a következő tárgyban: „Javaslat a bevándorlásra és a nemzetközi védelemre vonatkozó közösségi statisztikákról szóló európai parlamenti és tanácsi rendeletről” – COM (2005) 375 final – 2005/0156 (COD) – előadó: Sylvia SCIBERRAS (HL C 185., 2006.8.8.).

3. Bevezetés

3.1 Már sok szó esett a migrációról és az egészségügyről, és ez a jelentés a nemzetközi migrációval foglalkozó globális bizottság politikaelemzési és kutatási programja számára nemrégiben készült dokumentumból (Carballo & Mboup, 2005. szeptember) merít. Az ettől eltérő hivatkozásokat a véleményben külön megnevezzük.

3.2 Az Egészségügyi Világszervezet a következőképpen határozza meg az egészség fogalmát: „a teljes fizikai, mentális és szociális jólét állapota, nem csupán a betegség vagy gyengélkedés hiánya”. Jelen vélemény szerint a fenti meghatározás szerinti egészség emberi jog.

3.3 A migránsok és menekültek egészsége pedig számos okból fontos, ideértve:

- az egyetemes emberi jogok és az emberi méltóság tiszteletét;
- a bizonyos személyeket, elsősorban az illegális bevándorlókat érintő elhalálozás, betegség és egészségügyi kockázat mértékét,
- az új országba kivándorló migránsokat érintő egészségügyi kockázatokat,
- az egészségügyi és szociális ellátáshoz való változó mértékű hozzáférést;
- a szélesebb körű lakosságot érintő kockázatokat,
- az egészségügyi dolgozók elvándorlása miatt a származási országot fenyegető kockázatokat.

	2006	2005	2004	2003	2002
EU menedékjogi kérelmek:	266 270	350 103	421 236	532 300	640 347
ebből elfogadott:	38 857	46 742	35 872	41 823	59 705
az elfogadott kérelmek százalékos aránya:	22,71	20,55	13,36	12,4	14,73

Az elmúlt időszakban a migráció – a legális és rendezetlen jogi helyzetű egyaránt – fokozódott számos dél-európai országban, köztük Portugáliában, Spanyolországban és Olaszországban. A bevándorlók közül sokan észak-, illetve dél-szaharai, latin-amerikai és ázsiai országokból érkeznek, továbbá a FÁK országaiból.

4.4 Bár a bevándorlók általában egészségesebbek, mint származási országukban élő honfitársaik, mégis az átlagosnál több egészségügyi probléma elé állíthatják a befogadó közösséget. Ennek számos oka van:

- (az ismeretlen kultúra, illegális státusz, környezetváltozás, az idegen nyelv ismeretének hiánya, bizalom- és információhiány, mentális egészségi problémák következtében fellépő) pszichológiai és szociális stressz,
- a származási országba visszavezethető kockázatok,
- szegénység és a veszélyes körülmények között történő munkavégzés,
- az egészségügyi, egészségügyi felvilágosító és a megelőző szolgáltatásokhoz való elégtelen hozzáférés,

4. A kérdés jelentősége és hatóköre

4.1 Nemzetközi szinten több mint 200 millióra becsülhető azon személyek száma, akik évente útra kelnek munkakeresés céljából és a jobb élet reményében. Közülük legalább 30–40 (?) millióan ezt illegálisan teszik. A migránsok adnak világszerte a világ ötödik legnépesebb országát (?). 2005-ben az összes migráns 49,6 %-a nő volt. Európában 7–8 millió papírokkal nem rendelkező migráns található (?).

4.2 E feltáró vélemény keretében az EGSZB a migrációs és egészségügyi kérdéseket főképp a harmadik országokból származó lakosok EU-ba történő bevándorlásának összefüggésében tárgyalja. Jelenleg a harmadik országok kb. 18 millió polgára él az EU területén. Rajtuk kívül jelentős számban találhatók külföldön született polgárok, illetve nem szabályosan érkezett vagy illegális bevándorlók. Az EU-ba érkező migránsok túlnyomó többsége legálisan lépett az EU területére.

4.3 A menedékjogot kérők a teljes migráns népesség viszonylag kis százalékát teszik ki, és számuk az elmúlt években inkább a közösségi politikának köszönhetően csökkent, mintsem a védelmet igénylő, illetve védelemre szoruló személyek számának általános csökkenése miatt.

- további kockázatok a célországban,

- lakhatási körülmények.

4.5 Egyes területekről érkező bevándorlók körében gyakran fordulnak elő fertőző betegségek és tartós problémák, ideértve a mentálhigiéniai problémákat, a szívkoszorúér megbetegedéseket, a légzőszervi megbetegedéseket és a cukorbetegséget.

4.6 A rendezetlen jogi helyzetű bevándorlók, ideértve családjaikat és különösképp a gyermekeket, súlyosabb egészségi problémákkal néznek szembe, mint legálisan érkezett társaik, ami valószínűleg a belépéshez, a hátrányosabb gazdasági és szociális körülményekhez és a szolgáltatásokhoz való elégtelen hozzáféréshez kapcsolódó egészségi kockázatokra vezethető vissza.

(?) ENSZ: Trends in Total Migrant Stock [Tendenciák a globális migráció terén] (2003-as átdolgozás).

(?) Az Egyesült Államok Népszámlálástartó Hivatala, IDB – Rank Countries by Population [Nemzetközi adatbázis – Az országok népesség szerinti rangsora], <http://www.census.gov/ipc/www/idbrank.html>.

(?) Migration Information Source [Migrációs információforrás], <http://www.migrationinformation.org/Feature/display.cfm?id=336>.

5. A migráció különböző típusai

5.1 Önkéntes migráció

5.1.1 A migráció fő hajtóerejét az EU-ban gazdasági tényezők jelentik, ugyanakkor a konfliktusok, illetve az üldöztetés előli menekülés is fontos okok. Az emberek vándorolnak, és a jövőben is így tesznek majd különböző okok miatt. Néhányan a letelepedés és egy új élet reményében kelnek útra, míg mások csak elegendő pénzt szeretnének összegyűjteni a hazatéréshez.

5.1.2 Vannak, akik meghatározott időre szóló hivatalos munkavállalás címén indulnak útnak, megint mások nem hivatalosan, de aztán munkát találnak, és határozatlan időre letelepednek. Mindkét esetben számolni kell az egészségügyi kihívásokkal, melyek gyakran a nemzeti politikával és a migránsokkal szemben kialakult társadalmi attitűdökkel, valamint az egészség szélesebb körű meghatározó tényezőivel, köztük az oktatással, a foglalkoztatással és a lakáshelyzettel vannak összefüggésben.

5.1.3 A körkörös migrációt egyre inkább elismerik a migráció kulcsformájaként ⁽¹⁰⁾, amely megfelelő kezelés mellett segíthet a nemzetközi munkaerő-kínálat és -kereslet megfeleltetésében, hozzájárulva így a rendelkezésre álló erőforrások hatékonyabb felosztásához és a gazdasági növekedéshez. Választ adhat arra az igényre, hogy az Európai Unió mutasson fel hitelt érdemlő alternatívát az illegális bevándorlás mellett.

5.2 Kényszerű migráció

5.2.1 A kényszerű migráció egészségi hatásai súlyosak és messze hatóak. Minden évben emberek arra kényszerülnek, hogy elhagyják hazájukat és menedéket keressenek az ENSZ védelme alatt, milliók pedig elhagyni kényszerülnek otthonaikat, ám nem lépnek túl országuk határán.

5.2.2 Gyakran hatalmas összegeket kell fizetniük, hogy segítsenek nekik kijutni országukból, ami által pénzügyileg nehéz helyzetbe kerülnek. A bevándorlók félelemben élnek, és munkaadóik könnyen kihasználják őket. A nők esetében a nemi erőszak és a szexuális kizsákmányolás sem ritka.

5.2.3 Az embercsempészet az alapvető emberi jogokat sértő, emberi életet romba döntő bűncselekmény. Az embercsempészet közismerten a modern kori rabszolgaság, és a becslések szerint az évente a világon a kényszerű szolgálat valamilyen formájában élő emberek száma 12 millióra tehető (az ILO becslése alapján), és több mint 1 millió felnőttet és gyermeket bocsátanak áruba prostitúció vagy kényszermunka céljából. Az Egyesült Államok külügyminisztériuma szerint ezek 80 %-a nő vagy lány, 50 %-a pedig kiskorú. Az adatokból arra következtethetünk, hogy a kereskedelem célja a legtöbb esetben szexuális kizsákmányolás.

5.2.4 Az embercsempészet hatalmas hasznot hajt a csempészek számára, bizonyos becslések szerint akár 10 milliárd USA-dolláros haszonról is beszélhetünk évente ⁽¹¹⁾. (iii: UNICEF)

5.3 Nemzetközi utazás

5.3.1 A Turisztikai Világszervezet jelentése szerint a XX. század utolsó évtizedében a nemzetközi turizmus tette ki a globális szolgáltatóipar 30 %-át, és a szervezet becslése szerint a nemzetközi turisztikai célú „beutazások” száma 2020-ra meghaladja az 1,55 milliárdot. Ezek közül 0,4 milliárd hosszú távú, ökológiai térségeket átlépő utazást foglal magában.

5.3.2 Évente 14 millióra becsülhető az ipari országokból az afrikai, ázsiai, latin-amerikai és csendes-óceáni szigetvilág trópusi vidékeire utazók száma. Közülük jelentős számban térnek haza kezelést igénylő betegséggel. A hasmenés a leggyakoribb probléma, de a malária is általánossá vált a diagnózis, kezelés és költségek tekintetében azokban az országokban, ahová a turisták hazatérnek.

5.3.3 Védelem nélkül a turisták számára fennáll a Hepatitis A fertőzés és a szexuális úton terjedő betegségek, köztük a HIV kockázata.

6. A migráció hatása az egészségügyre és a közegészségügyre

6.1 Politika

6.1.1 Számos EU-ország rendelkezik az országba való belépés jogát, a tartózkodás hosszát és az ország kötelező elhagyását szabályozó politikákkal. Egészében véve ezek a politikák inkább korlátozó, mint engedélyező jellegűek, és megnehezítik a bevándorlást. Ez olyan szociális és gazdasági környezetet hozhat létre, amely hátrányos a bevándorlók egészsége szempontjából.

6.1.2 A közegészségügy és az egészségügyi szűrővizsgálatok országonként változóak, csakúgy, mint az egészségügyi és szociális ellátáshoz való hozzáféréssel kapcsolatos megközelítés. Ugyanakkor láthatólag nem állnak rendelkezésre átfogó információk a nemzeti gyakorlatok egybevetéséhez.

6.2 Adatok

6.2.1 Csak kevés ország gyűjt a bevándorlók egészségi állapotára vonatkozó mindennapi adatokat, ami megnehezíti a migránsok egészségügyi tapasztalataira és szükségleteire vonatkozó megbízható információk szolgáltatását. Számos országban az egészségügyi nyilvántartó rendszereket nem úgy tervezték, hogy a személyeket bevándorlói jogállásuk alapján azonosítani tudják.

6.2.2 Míg csak néhány ország gyűjt ilyenfajta adatokat, más országok származási régiókra vagy etnikai csoportokra összpontosítanak. Nem mindig egyértelmű, hogy ki bevándorló és ki bevándorló leszármazottja. Néha a személyeket kizárólag etnikai származásuk alapján sorolják be, nem téve különbséget például az olyan gyermekek között, akik maguk is bevándorlók és akik bevándorlók gyermekei.

⁽¹⁰⁾ Európai bizottsági közlemény a körkörös migrációról, 2007. május 16.

⁽¹¹⁾ Ethan B. Kapstein: *The New Global Slave Trade [Az új globális rabszolga-kereskedelem]*, Foreign Affairs, 2006. november/december.

6.2.3 Ezenkívül nem szabad megfedkezni az ismeretlen számú rendezetlen jogi helyzetű, tehát nem nyilvántartott bevándorlóról sem, akik az egészségügyi ellátás szükségessége esetén vonakodhatnak annak igénybevételétől.

6.2.4 Ezenkívül előfordulhat, hogy a migránsok csak vonakodva szolgáltatnak információt migrációs státusukról az egészségügyi hatóságoknak, attól tartva, hogy ez az információ a sérelmükre felhasználható. Ez csak növeli a rendelkezésre álló jó minőségű információ hiányát.

6.2.5 Az együttműködési készség hiányának kulturális, illetve vallási gyökerei lehetnek. Ezenfelül a hatóságok és egészségügyi szolgáltatók nem rendelkeznek a megfelelő ismeretekkel sem, és nincsenek felkészülve a migránsok speciális szükségleteinek kielégítésére. A fenti okok miatt nem áll rendelkezésre elég információ a migránsokról és egészségügyi állapotukról.

6.3 Migráció és pszichoszociális jólét

6.3.1 Mind a legális, mind a rendezetlen jogi helyzetű bevándorlók számára a nyelv, a kultúra és a politikák által állított kihívásokat még inkább megnehezíti az ismeretlentől való félelem (v: Tizon 1983). Egyéb tényezők, például:

- elszakadás a családtól, a társától és a gyermekektől,
- a munkaadók általi kizsákmányolás,
- szexuális kizsákmányolás,
- szorongás és honvágy,
- a helyi közösségekbe való integráció hiánya,
- károsodott fizikai vagy mentális egészség

is mind kihatással vannak az egyén és a közösségek egészségére.

6.4 Migráció és a mentális egészség

6.4.1 Kutatások ⁽¹²⁾ bizonyítják, hogy Európában bizonyos migráns csoportokban jellemzően rendkívül magas a skizofrénia előfordulási aránya, a legmagasabbak az öngyilkossági ráták, nagyon gyakori a kábítószerrel és a drogokkal való visszaélés, valamint magas a depresszió és a szorongás kockázata. A kutatás arra is utal, hogy a szóban forgó csoportok egészségügyi ellátáshoz és szociális támogatáshoz való hozzáférése nem megfelelő.

6.4.2 A migránsok mentális egészségéhez hozzájáruló tényezők közül néhányat azonosítottak: változások az étkezési szokásokat, családi körülményeket, szociális támogatást, kultúrát, nyelvet és éghajlatot illetően; a befogadó lakosság részéről tanúsított ellenségeség, rasszizmus, idegengyűlölet; a háború és annak rémségei elől menekülő emberek, a család elvesztése és szexuális erőszak.

6.4.3 A kutatás arra is fényt derít, hogy a menekültek kétharmada szorongástól és depressziótól szenved, illetve poszttraumatikus stressz tüneteit mutatja, gyakoriak például a rémálmok és a pánikrohamok.

6.4.4 A szóban forgó rendellenességek kezeléséhez, illetve az e téren nyújtott segítséghez és támogatáshoz való egyébként is

alacsony szintű hozzáférés még nehezebb a menedékjogot kérők és a papírokkal nem rendelkező migránsok számára, akik leginkább rá vannak szorulva ezekre a szolgáltatásokra.

6.5 Migráció és a fizikai egészség

6.5.1 Minden ember egészsége magán hordozza annak nyomait, hogy honnan jött és milyen szociális környezetben él. Általában véve a gazdasági okokból kivándorlók általában szegényebből gazdagabb országokba tartanak, így egy részük egészségi állapota a szegénységhez kapcsolódik.

6.6 Fertőző betegségek

6.6.1 A HIV-fertőzött, illetve tuberkulózisban szenvedő bevándorlóknak nyújtott támogatás változó, és kihívást jelent a bevándorlók kultúrája, nyelve, vallása, valamint jogi és gazdasági státusa tekintetében. A HIV/AIDS különösen a fiatal generációkra, a nőkre és a lányokra veszélyes.

6.6.2 Nincs következetes politika a szűrővizsgálatokra, és a belépés előtti szűrővizsgálat módja még helyi szinten is változó. A helyi szűréseken való megjelenés aránya rendkívül eltérő. Néhány szolgálat jelentése szerint a szűrést követő vizsgálatokon való megjelenés aránya nem éri el az 50 %-ot sem, és az egészségügyi szolgáltatók ezt a rossz kommunikációnak, a hatóságoktól való félelemnek, valamint annak tulajdonítják, hogy a bevándorlók nincsenek tudatában a rendelkezésre álló lehetőségeknek. Az EGSZB tudatában van, hogy Kyprianou biztos felkérte az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központot egy uniós cselekvési terv kidolgozására a tuberkulózissal kapcsolatban. A terv – amely áttekinti a különböző tagállamokban fennálló helyzetet – megjelentetése 2007 őszén várható.

6.6.3 1995 és 2005 között az EU-ban folyamatosan nőtt a bejelentett tuberkulózisos esetek száma. Az ECDC legutóbbi járványügyi jelentése rámutat, hogy a „külföldi eredetű esetek” a 25 országban összesen jelentett esetek 30 %-át teszik ki (vi: *The First European Communicable Disease Epidemiological Report [A fertőző betegségekről szóló első európai járványtani jelentés]*, Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ, 2007). El kell ismerni azt is, hogy a bevándorlók gyakran rossz életkörülmények között, zsúfolt lakásokban és munkásszállókban élnek, ez pedig maga után vonja a légúti fertőzések várható kockázatát. A migránsok általában a hajléktalanok körében is nagy arányban vannak képviselve.

6.6.4 A HIV-re vonatkozólag az „AIDS & Mobility – HIV/AIDS Care & Supports for Migrants and Ethnic Minority Communities in Europe” [„AIDS és mobilitás – HIV/AIDS ellátás és támogatás a bevándorlók és az etnikai kisebbségi csoportok számára Európában”] című EU-jelentés (vi: EU – Edited Clark K & Broring G) országonként a következőkről számol be:

- nemzeti politikák,
- egészségügyi és szociális támogatáshoz való hozzáférés,
- ellátó és támogató szolgálatok.

⁽¹²⁾ M.G. Carta, M Bernal, MC Harday és JM Abad: *Migration and mental health in Europe [A migráció és a mentális egészség Európában]*, 2005.

6.6.5 A jelentés rávilágít, hogy a bevándorlók helyzete (a személyek száma, etnikai háttér és epidemiológia) és a társadalom bevándorlással szemben tanúsított hozzáállása jelentősen eltérő szerte Európában.

6.6.6 Lehetséges, hogy a HIV-fertőzések magas arányát mutató országokból érkezők esetleg magukkal hozzák a betegséget. 1997 és 2005 között az EU-ban diagnosztizált, heteroszexuális érintkezéssel átadott HIV-fertőzések 47 %-a a nagy arányú HIV-fertőzöttséget felmutató országokhoz kapcsolható.

6.6.7 Ennek megfelelően az alacsony HIV-előfordulást mutató országokból érkező bevándorlók nincsenek nagyobb kockázatnak kitéve (sőt talán kevésbé veszélyeztetettek), mint a befogadó ország polgárai.

6.7 Nem fertőző betegségek

6.7.1 A tartós megbetegedések, mint például a szívkoszorúér-megbetegedés, a krónikus obstruktív tüdőmegbetegedés (CHD), az agyvérzés és a cukorbetegség nagy kihívást jelentenek az egészségügyi ellátás számára a világ legtöbb részén, és az éves elhalálozások számának mintegy feléért felelősek.

6.7.2 A CHD az elhalálozás egyik legfőbb oka, és a leginkább figyelemre méltó a kezelés, a költségek, valamint az egyénre, a gondozókra és a közösségre gyakorolt hatás tekintetében. A bevándorló közösségekben a CHD az etnikai hajlamhoz, a táplálkozáshoz és a stresszhez kapcsolható. Az Egyesült Királyságban az ázsiai férfiak hajlamosabbnak tűnnek a CHD-re, mint mások (viii: Baljaren & Raleigh, 1992; McKeigue & Sevak, 1994, BMJ 2003).

A dél-ázsiai származású nők és férfiak körében egyaránt 30–40 %-kal nagyobb a CHD miatt bekövetkezett elhalálozás aránya, mint másoknál (ix: Baljaren, 1991).

6.7.3 Az Egyesült Királyságban gyűjtött adatok azt mutatják, hogy a Karib-térségből származó bevándorlók körében kétszer olyan gyakori az agyvérzés, mint a „fehér” népesség körében (x: Stewart 1999). Svédországban a finn bevándorlók körében az elhízás és a CHD magas aránya jellemző, amely a táplálkozásra és az alkoholfogyasztásra vezethető vissza (xi: Jarhult et al. 1992).

6.8 Örökletes betegségek

6.8.1 A világ különböző részein született emberek migrációja az örökletes betegségek mozgását is jelentheti. A sárlósejtes vérszegénység és a thalassemia előfordulása gyakoribbá vált az afrikai, karib-térségi, és földközi-tengeri bevándorlások eredményeként. A sárlósejtes vérszegénység viszonylag gyakori az EU-ban, és a becslések szerint évente 6 000 felnőttet és 75–300 csecsemőt érint az Egyesült Királyságban (xii: Karmi 1995). Portugáliában is igen magas a sárlósejtes vérszegénység előfordulása a bevándorlók körében (xiii: Carrerio et al., 1996).

6.8.2 A thalassemia a mediterrán térség népességére jellemző örökletes betegség, az Egyesült Királyságban a közel-keleti és

ciprusi származású etnikai kisebbségek körében figyelhető meg, de bizonyíthatóan előfordul a pakisztáni, kínai és bangladesi származású személyek esetében is.

6.8.3 Ezek a betegségek különleges kórmeghatározási és tanácsadási szolgáltatásokat igényelnek, melyek nem mindig állnak rendelkezésre.

6.9 Foglalkozási megbetegedések

6.9.1 A bevándorlók általában alacsonyabb képzettséget igénylő, a helyi népesség számára kevésbé vonzó munkahelyeken dolgoznak. Ezek közül néhány, például a bányászat, az azbeszt, a vegyipar vagy a nehézipar egészségügyi kockázatokat rejt magában. A mezőgazdasági ágazatban a növényvédő szereknek és más kemikáliáknak való kitettséget a depresszióval, fejfájással és a nők esetében a vetéléssel hozták kapcsolatba.

6.9.2 A magas (szak)képzettségű vagy „agyelszívás” miatt kivándorolt, illetve az ún. körkörös migránsok esetében a munkával kapcsolatos stressz nagyon gyakran előfordul, mivel ők rosszabb körülmények között dolgoznak, mint a befogadó országok munkavállalói (nem egyenlő jogok, stb.). Ugyanakkor a fent említett migránsoknak gazdasági függőségük miatt nincs választásuk ⁽¹³⁾.

6.10 Balesetek

6.10.1 A foglalkozási balesetek megközelítőleg kétszer olyan gyakoriak Európában a migráns munkavállalók körében. (xiv: Bollini & Siem, 1995). Németországban a balesetek jellemzően magasabb arányban fordulnak elő a bevándorlók körében, különösen a nem elég szigorú egészségügyi és biztonsági intézkedéseket alkalmazó iparágakban dolgozók esetén (xv: Huismann et al., 1997). Az utazásra vonatkozó adatokból az derül ki, hogy az 5–9 éves korcsoportba tartozó bevándorló gyermekek jobban ki vannak téve a közúti baleseteknek és más sérüléseknek, mint a hasonló korú helyi gyermekek (xvi: Korporeal & Geiger, 1990). Hollandiában a török és marokkói származású gyerekek körében nagyobb a háztartási balesetek, köztük a mérgezés és égés, valamint a közúti balesetek kockázata (xvii: de Jong & Wesenbeek, 1997).

6.11 Reprodukív egészség

6.11.1 A migránsok bizonyos csoportja, úgymint a házastársuktól elválasztott férfiak körében gyakoribbak a szexuális úton terjedő betegségek. Több EU-országban a terhességhez kapcsolódó halandóság magasabb a bevándorló, mint a helyi nők körében. A terhességmegszakítás aránya többnyire magasabb a bevándorló nők körében. Barcelonában a művi vetélések iránti kérelem kétszer olyan gyakori a bevándorló, mint a spanyol nők körében. A Genfben készült ICMH-felmérés szerint az illegális bevándorló nők körében az abortusz aránya háromszor olyan magas volt, mint hasonló korú helyi nők körében.

⁽¹³⁾ „Who Cares? Women Health Workers in the Global Labour Market” [Kik látják el? Női egészségügyi dolgozók a világ munkaerőpiacán], Kim Van Eyck (Ph.D.) szerkesztésében, 2005.

6.11.2 Az Egyesült Királyságban az ázsiai anyák újszülöttei hajlamosabbak az alacsony születési súlyra, mint más etnikai csoportokból származó csecsemők, és a születéskori és születést követő elhalálozás aránya is magasabb ebben a csoportban. A karib-térségi anyák esetében szintén az átlagnál magasabb a csecsemőhalandóság aránya. Belgiumban és Németországban a születéskori halál és a csecsemőhalandóság magasabb arányáról számolnak be a marokkói és török származású anyák esetében. A dél-szaharai, valamint a közép-, és dél-amerikai nők körében szüléskor fellépő problémák, és gyermekeik esetében alacsony születési súly figyelhető meg.

6.11.3 A migránsok gyermekei esetében előfordulhat, hogy a megelőző jellegű szolgáltatások (például védőoltások) igénybevétele alacsonyabb szintű.

6.12 A migránsok egészségügyi ellátó rendszerekhez való hozzáféréseinek és ezek hatékony használatának akadályai

6.12.1 A migránsok jogi, pszichoszociális és gazdasági problémákkal szembesülnek az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésük során. A nyelvi akadály nyilvánvaló probléma, de ugyanígy az egészségügyi ellátás költsége is, mivel az alacsony jövedelmű bevándorlók számára még a legkisebb hozzájárulás is jelentős terhet jelent. A rendezetlen jogi helyzetű migránsoknak és a kérelmük elbírálására váró menedékjog-kérőknek számos országban jogi akadályokkal kell szembenézniük.

6.12.2 Ezenfelül a közegészségügyi szolgáltatók gyakran nincsenek abban a helyzetben, hogy ellássák a migránsok specifikus egészségügyi problémáit, és nem elég fogékonyak arra, illetve hiányoznak megfelelő készségeik ahhoz, hogy olyan személyek számára is sikeresen biztosítsák az egészségügyi ellátást, akiknek lehet, hogy egészen más a felfogásuk az egészségről, valamint különböző a hozzáállásuk a betegség, a fájdalom vagy a halál fogalmához, illetve másképpen fejezik ki panaszait, másképp viselik a betegséget, és más módon fogalmazzák meg orvosukkal szembeni elvárásait.

6.12.3 Ezenfelül a tagállamok magas színvonalú és nagy mértékben differenciált egészségügyi ágazatának összetettsége is tovább bonyolíthatja a helyzetet.

6.12.4 A migráns népcsoportokat célzó betegségmegelőzés és egészségügyi felvilágosítás megszervezése gyakran nem kielégítő. Ez nemcsak a szülést megelőző vizsgálatokra, hanem a védőoltási programokra, illetve a megelőzés egyéb formáira és a

betegségek korai felismerésére is igaz, ideértve a szűrést is. Eddig a megelőző programok csak ritkán alkalmaztak a különböző migráns csoportokat célzó, kulturálisan érzékeny megközelítést.

6.12.5 Egyes egészségügyi szolgáltatások igen magas ára és a gyógyszerek költségei a legtöbb migráns számára jelentős terhet jelentenek. Ezek a tényezők hozzájárulhatnak ahhoz, hogy túl későn keresnek orvosi ellátást, az előírt kezelést nem folytatják, illetve nem szedik be a gyógyszereket. Ez az egyén szenvedésének és a társadalomra rótt általános gazdasági költségek belátatlan mértékű növekedését vonja maga után.

6.13 Egészségügyi szakemberek

6.13.1 Egyre fokozódó kihívást jelent az egészségügyi szakemberek szegényebb országokból az EU-ba és egyéb fejlett országokba való aktív toborzásának erősödő tendenciája. Ha ez a probléma továbbra is megoldatlan maradna, az jelentősen hátráltatná az egészségügy fejlődését a küldő (és „vesztes”) országokban, ami az orvosok és nővérek képzését ezekben az országokban kevésbé fenntarthatóvá tenné. A képzett egészségügyi szakemberek elvándorlása a forrásszegény országokból jelentős beruházási veszteség az egészségügyi szakemberek képzését illetően ⁽¹⁴⁾. Új megoldásokat kell találni e probléma megválaszolására, mint például a speciális kompenzációs alap, a képzés és az újbóli letelepedés. Az Egyesült Királyság és Írország példája – annak biztosítása, hogy a nemzeti egészségügyi szolgálat etikus toborzási gyakorlatot alkalmaz – széles körben elismert bevált gyakorlat. A tagállamoknak gondoskodniuk kellene a hasonló gyakorlatok elfogadásáról, valamint arról, hogy ezeket a gyakorlatokat az egészségügyi munkaközvetítő irodák, a magánszférába tartozó egészségügyi intézmények és a közszolgáltatások egyaránt alkalmazzák.

6.13.2 Az egészségügyi szakemberek (különösen a nővérek és az orvosok) kulcsfontosságú szerepet töltenek be a migránsok egészségügyi ellátásának szinten tartásában és javításában. A tagállamoknak gondoskodniuk kell arról, hogy az egészségügyi szakemberek képesek legyenek a migránsok egészségügyi szükségleteinek való megfelelésre, és megértsék az ezen specifikus csoportok egészségügyi szokásaira hatást gyakorló kulturális, vallási, illetve életmóddal kapcsolatos tényezőket. Ez szükséges annak biztosítása érdekében, hogy a migránsok hozzáférjenek a megfelelő és kulturálisan érzékeny egészségügyi szolgáltatásokhoz.

Kelt Brüsszelben, 2007. július 11-én.

az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság

elnöke

Dimitris DIMITRIADIS

⁽¹⁴⁾ Kim Van Eyck szerk., 2005. *Who cares?* UNISON UK: PSI.

MELLÉKLET

az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság véleményéhez

A következő módosító indítványokat, amelyeknél a támogató szavazatok száma az összes leadott szavazat legalább egynegyede volt, a vita során elutasították (az Eljárási Szabályzat 54. cikkének (3) bekezdése alapján):

1.1.8. pont

Törlendő.

~~„Nemzeti közegészségügyi programokat kell bevezetni az oktatásba a kisebbségi kultúrák figyelembevételével.”~~

Szavazás eredménye:

Mellette: 44

Ellene: 51

Tartózkodott: 11
