

BADANIA

**EKSPERTYZY**

REKOMENDACJE

# STRUKTURALNE I KULTUROWE BARIERY W DOSTĘPIE IMIGRANTÓW DO OCHRONY ZDROWIA

Bogumiła Jabłecka

**INSTYTUT SPRAW  
PUBLICZNYCH**

# **STRUKTURALNE I KULTUROWE BARIERY W DOSTĘPIE IMIGRANTÓW DO OCHRONY ZDROWIA**

**Bogumiła Jabłecka**

## **Analiza źródeł zastanych**

### **Wstęp**

Powszechny dostęp do ochrony zdrowia to koncepcja propagowana przez Światową Organizację Zdrowia od czasów jej powstania. Bezpośrednim impulsem dla tej idei było uznanie prawa do zdrowia za jedno z praw podstawowych, czy, inaczej, jedno z praw człowieka. Przyjmując tę zasadę, w krajach wówczas rozwijających się i rozwiniętych systemy zdrowotne zaczęły być reformowane pod kątem uniwersalizmu, tak, aby dostęp do wysokiej jakości świadczeń medycznych był dostępny dla jak największej ilości obywateli<sup>1</sup>. Nasilenie się zjawiska migracji i sposób, w jaki poszczególne państwa radzą sobie z tym fenomenem okazał się jednak dużym wyzwaniem dla służby zdrowia w kontekście zapewnienia odpowiednich świadczeń tej grupie społecznej.

Niniejszy raport stanowi ogólne opracowanie i zdiagnozowanie sytuacji w kontekście barier w dostępie do opieki zdrowotnej dla wszystkich grup migrantów. Opiera się on na analizie zastanych źródeł i podzielony został na trzy części, w których pierwsza dotyczy strukturalnych, druga kulturowych, a trzecia dyskryminacyjnych przeszkód w korzystaniu ze świadczeń medycznych.

Zasadniczo dostęp do ochrony zdrowia został uwzględniony w kwestii osiągalności (odpowiedniość potrzeb do oferowanych rozwiązań), dostępności przestrzennej (przestrzenna dystrybucja świadczeń a rozmieszczenie terytorialne

---

<sup>1</sup> R. Romero-Ortuno, „Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned?”, *European Journal of Health Law* 11, 2004, s. 245-272.

migrantów), organizacji (sposobu włączenia imigrantów w system medyczny), ponoszenia kosztów oraz akceptowalności (oczekiwania pacjenta a zapewniana oferta świadczeń)<sup>2</sup>. Należy zaznaczyć, że dostęp do ochrony zdrowia to nie tylko odpowiednie zapisy legislacyjne, ale i jakość świadczonych usług, a bariery mogą być efektem zarówno rozwiązań strukturalnych, przekonań kulturowych, jak i samej praktyki medycznej. Ponadto, ponieważ dobry stan zdrowia umożliwia pełne uczestnictwo w życiu społecznym, odpowiednia opieka zdrowotna jest istotnym czynnikiem integracyjnym, a włączenie w nią cudzoziemców świadczy o gotowości społeczeństwa goszczącego do reagowania na potrzeby nowych członków.

---

<sup>2</sup> Na podstawie: T. Kaczmarek i wsp. „Nierówności społeczne w dostępie do zdrowia”, *Prob. Hig. Epidemiol.*, 88(3), 2007, s. 259-266.

## **Prawo do ochrony zdrowia: przywilej wyłącznie dla obywateli?**

Prawo do zdrowia i opieki medycznej zostało uznane w art. 25 „Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka i Obywatela” podczas Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych w 1948r. za jeden z podstawowych elementów bezpieczeństwa socjalnego ludzi. Od tego momentu i wraz z rozpoczęciem działania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), agendy ONZ odpowiedzialnej za sprawy zdrowotne, zdrowie uznano za wartość ogólnospołeczną, będącą dobrem publicznym przysługującym wg reguły uniwersalizmu każdej jednostce bez względu na jej status. W krajach rozwiniętych przyjęto ponadto zasadę zobowiązującą rządy do umożliwienia świadczeń zdrowotnych swoim obywatelom poprzez zastosowanie odpowiednich regulacji legislacyjnych<sup>3</sup>. Należy mieć na uwadze, że w świetle tych rozporządzeń ochrona zdrowia nie jest przywilejem tylko prawem podstawowym wszystkich ludzi.

Wraz z rozszerzającym się zjawiskiem migracji kwestia dostępu tej grupy społecznej do świadczeń zdrowotnych stała się przedmiotem burzliwej debaty<sup>4</sup>. Opór społeczny budzi zwłaszcza objęcie opieką medyczną migrantów nieudokumentowanych<sup>5</sup>. Argumenty przeciwników zrównania praw obywateli i migrantów odnośnie korzystania ze służby zdrowia opierają się na kwestiach finansowych oraz zasadzie legitymizmu, podczas gdy zwolennicy takiego rozwiązania odwołują się do aspektów humanitarnych i antydyskryminacyjnych.

Obawa przed tzw. „free riderami”, czyli osobami ponoszącymi korzyści ze świadczeń bez wniesienia jakichkolwiek kosztów (płacenia podatków), jest szczególnie żywa w przypadku systemów ochrony zdrowia finansowanych ze środków publicznych. Migranci, którzy na terenie kraju nie podjęli legalnej pracy, a, z różnych przyczyn, żyją z pomocy socjalnej, są często postrzegani jako należący do powyższej kategorii. Tymczasem, w praktyce, w interesie państwa znajduje się zapewnienie dostępu, na najkorzystniejszych możliwych warunkach, do opieki zdrowotnej wszystkim długotrwale przebywającym na terenie kraju, ponieważ brak

---

<sup>3</sup> Patrz: J. Pręgiel-Kamrat „Prawo do ochrony zdrowia”, artykuł dostępny na stronie: [http://bazaprogramow.zdrowiedlapomorzan.pl/public\\_html/upload/Prawo%20do%20ochrony%20zdrowia.pdf](http://bazaprogramow.zdrowiedlapomorzan.pl/public_html/upload/Prawo%20do%20ochrony%20zdrowia.pdf), s. 1 (28.08.2012); więcej: [http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/FRA-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare\\_EN.pdf](http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/FRA-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_EN.pdf) (28.08.2012).

<sup>4</sup> To zjawisko widoczne jest choćby w regulacjach państwowych określających dostęp migrantów do ochrony zdrowia omawianych szerzej w następnej części raportu..

<sup>5</sup> Przykładem może być tutaj burzliwa dyskusja społeczna w USA i samo stanowisko prezydenta Baracka Obamy w tej sprawie, który zapytany podczas jednego z wywiadów „Czy nielegalni imigranci powinni być objęci w nowym planie ochrony zdrowia?”, prezydent odpowiedział krótko „Nie.” (patrz: [http://www.cbsnews.com/8301-503544\\_162-5178652-503544.html](http://www.cbsnews.com/8301-503544_162-5178652-503544.html) (28.08.2012)).

dostępu do profilaktyki i podstawowej opieki zdrowotnej zwiększa częstotliwość korzystania ze szczególnie drogiej usługi, np. wzywania pogotowia ratunkowego<sup>6</sup>. Zdecydowanie lepiej i taniej jest więc „zapobiegać niż leczyć”, a argument ten tyczy się również problematyki zdrowia publicznego, a zwłaszcza konieczności zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych.

Zdaniem części społeczeństwa objęcie imigrantów publiczną służbą zdrowia może stać się czynnikiem przyciągającym cudzoziemców i zwiększającym ich napływ. Dane Narodowej Służby Zdrowia z Wielkiej Brytanii, gdzie wszyscy posiadający prawo pobytu w kraju podlegają pod powszechne, finansowane z podatków i nie wymagające płatności doraźnej świadczenia medyczne, wskazują jednak, że nie ma dowodów na poparcie tej tezy<sup>7</sup>.

Innym problemem jest zagadnienie związane ze zjawiskiem legitymizmu. Dotyczy ono wyłącznie migrantów nieudokumentowanych i odnosi się do sprzeciwu wobec dostępu do ochrony zdrowia osób, które przebywają w kraju nielegalnie. Cudzoziemcy łamiący prawo państwowe zgodnie z tym rozumowaniem, nie powinni być objęci świadczeniami przysługującymi obywatelom. Przyjmując jednak, że zasada powszechnej opieki medycznej wynika bezpośrednio z uznania podstawowego prawa do zdrowia, zapewnienie dostępu do niej migrantom jest naturalnym przedłużeniem prawa obywateli do korzystania z tej możliwości. Ponadto w poszczególnych krajach, np. Polsce, ustawy precyzujące kto powinien mieć dostęp do ochrony zdrowia są zjawiskiem wtórnym lub ich zasadność jest niejasna. W Ustawie Zasadniczej RP z dn.02.04.1997r. Art.68 „Prawo do ochrony zdrowia” ust. 1 pojawia się zapis „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. Dopiero w ust. 2. znalazło się sformułowanie „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (...)”. W ten sposób, wydaje się, że chociaż władze Polski uznają i popierają prawo do ochrony zdrowia jako jedno z podstawowych praw człowieka, ograniczają je w kontekście swoich obowiązków tylko do konkretnej grupy.

---

<sup>6</sup> A. Chrznowska, W Klaus, „Poprawa dostępu migrantów do opieki zdrowotnej. Rekomendacje wynikające z przeprowadzonych badań”, w: idem (red.), *Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów I cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową*, Stowarzyszenie Internwencji Prawnej 2011, s.11.

<sup>7</sup> Johnson M. R. D., „Integration of New Migrants: Health”, w: Spencer S. (red.), *Refugees and other new migrants: a review of the evidence on successful approaches to integration*, The Center on Migration, Policy and Society (COMPAS), 2004, s.57.

Wyłączenie migrantów z dostępu do służby zdrowia jest ponadto zabiegiem utrudniającym pełną integrację tej grupy w kraju pobytu i stanowi pogwałcenie zasad humanitaryzmu. Niewłączenie cudzoziemców w możliwość korzystania ze świadczeń medycznych stanowi bowiem kolejną barierę oddzielającą ich od reszty społeczeństwa mogąc bezpośrednio przyczyniać się do dalszego pogorszenia jej sytuacji życiowej pod względem zdrowotnym, co z kolei jest nie tylko praktyką dyskryminacyjną, ale i jawnym zaprzeczeniem zasad humanitaryzmu<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Więcej na ten temat: James Dwyer, "Illegal Immigrants, Health Care, and Social Responsibility," *Hastings Center Report* 34, no. 5 (2004): 34-41; Roman Romero-Ortuno, "Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned?", *European Journal of Health Law* 11: 245-272, 2004; Margaret Duckett, "Migrants' Right to Health", UNAIDS, International Organization for Migration, 2001.

## **Barier i przeszkody w dostępie imigrantów do świadczeń zdrowotnych**

### **I BARIERY STRUKTURALNE**

#### **Imigranci a dostęp do służby zdrowia od strony prawnej**

Możliwość korzystania imigrantów ze służby zdrowia w kraju pobytu zależy od panującego w nim systemu zdrowotnego, w większości<sup>9</sup> zorganizowanego na zasadzie jednego z czterech podstawowych modeli:

1. Model Williama Beveridge'a (lub model służby zdrowia): opieka medyczna zapewniana całkowicie przez państwo i finansowana głównie z podatków. Model ten charakteryzuje występowanie zcentralizowanej narodowej służby zdrowia, w ramach której usługi medyczne zapewniane są przez instytucje publiczne. Występuje min. w Wielkiej Brytanii, Hiszpanii oraz większości krajów skandynawskich;
2. Model Bismarck'a (lub model ustawowego ubezpieczenia chorobowego): finansowany z powszechnej składki ubezpieczeniowej. Ubezpieczenia zorganizowane są na zasadzie funduszy chorobowych i muszą obejmować każdego obywatela, w związku z czym nie są nastawione na zysk. Występuje min. w Niemczech, Francji, Belgii, Japonii, Szwajcarii.
3. Model Państwowego Systemu Ubezpieczeń (lub model powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego): wykorzystuje elementy modeli Beveridge'a i Bismarck'a i opiera się o dostawców z sektora prywatnego finansowanych ze środków publicznych, jednego funduszu ubezpieczeniowego, na który każdy obywatel zobowiązany jest wpłacać adekwatne środki. Występuje min. w Kanadzie;
4. Model płatności doraźnej (lub oparty o zasadę pomocy publicznej): polega na doraźnym płaceniu za usługi medyczne, ubezpieczenie mają jedynie pracownicy rządowi i dużych firm. Występuje w państwach, które nie posiadają wystarczających środków na wewnątrzpaństwową organizację systemu zdrowotnego<sup>10</sup>.

Ponadto w wielu krajach występują modele mieszane. Na przykład w Stanach Zjednoczonych system zdrowotny opiera się o model Bismarck'a, jednak w odróżnieniu od klasycznej wersji, ubezpieczenie jest dobrowolne, a fundusze

---

<sup>9</sup> System zdrowotny określa się jako sumę wszystkich organizacji, instytucji oraz zasobów, których podstawowym celem jest poprawa zdrowia (patrz: *Everybody's business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's Framework for Action*, WHO, [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf) (28.08.2012) s. 2).

<sup>10</sup> Na podstawie: T. B. Kulik, M. Latański, *Zdrowie Publiczne*, Lublin 2002.

ubezpieczeniowe nastawione są na osiągnięcie zysku. Dla obywateli nie posiadających ubezpieczenia usługi medyczne dostępne są na zasadzie opłat doraźnych. W literaturze fachowej model ten określa się jako komercyjne ubezpieczenie zdrowotne. Podlegający pod ten system imigranci legalnie przebywający w kraju mogą więc, teoretycznie tak jak obywatele, być objęci ubezpieczeniem w miejscu pracy, podlegać pod ubezpieczenie jednego z członków rodziny, wykupić ubezpieczenie prywatne, lub podlegać pod jeden z systemów pomocy socjalnej ponoszącego koszty leczenia. W praktyce, za względu na panującą politykę imigracyjną, możliwości te są ograniczane na zasadzie odpowiednich rozporządzeń<sup>11</sup>. I tak, np. od 1996r. cudzoziemcy o uregulowanym statusie w Stanach Zjednoczonych przez pierwsze 5. lat są wyłączeni z prawa do korzystania z MEDICAID (programu zdrowotnego skierowanego do osób, których nie stać na opłacenie ubezpieczenia zdrowotnego), a migranci nieudokumentowani nie mają prawa nawet do wykupienia prywatnego ubezpieczenia.

Wraz z kryzysem finansowym trwającym w Europie od 2007r. rządy poszczególnych państw zaczęły szukać oszczędności niekiedy rewidując w tym celu politykę zdrowotną. W Hiszpanii, gdzie system zdrowotny odwołuje się do modelu Beveridge'a i świadczenia zdrowotne są finansowane przez państwo, dostęp do opieki medycznej jest bezpłatny dla wszystkich obywateli. Podobnie jak obywatele, do 1. września 2012r., traktowani byli w tej kwestii nieudokumentowani migranci, jednak 20. kwietnia 2012r., w odpowiedzi na duże problemy gospodarcze, rząd wystosował Dekret Królewski-Ustawę, który, między innymi, ogranicza dostęp wspomnianej grupy do świadczeń zdrowotnych. W konsekwencji, ochrona zdrowia dla ok. 150.000 osób zostanie zredukowana do opieki nad dziećmi, macierzyńskiej i ratunkowej. Ponadto za prawo do publicznej służby zdrowia nielegalni imigranci będą zobowiązani płacić 710€ rocznie, a ludzie starsi od 65. roku życia aż dwa razy więcej. Ma to przynieść oszczędności wysokości 1mld euro rocznie. Andaluzja, Katalonia, Kraj Basków i Asturia ogłosiły, że nie podporządkują się reformie. Przeciwno niej wystąpili również lekarze oraz krajowe i zagraniczne organizacje pozarządowe, tj. hiszpański CARITAS, czy Platform for International Cooperation for Undocumented Migrants<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Dla Polski, oprócz Konstytucji Rzeczypospolitej Polski z dn. 02.04.1997r. będącej źródłem prawa funkcjonowania ochrony zdrowia, ramy zasad funkcjonowania wyznaczają dwie ustawy: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawa o zakładach opieki zdrowotnej (patrz: . A. Sieńko „Prawo do ochrony zdrowia”, Warszawa 2006 r.).

<sup>12</sup> Więcej na ten temat patrz: PICUM, PRESS RELEASE Wide coalition of NGOs urges Spanish MPs to uphold the right of all human beings to Basic health care services, 15.05.2012, dostępne online:



Dostęp migrantów do ochrony zdrowia od strony strukturalnej jest zależny od wielu czynników, w tym ogólnego modelu systemowego, polityki migracyjnej i środków ekonomicznych. Warunki korzystania z usług uregulowane są na zasadzie odpowiednich ustaw i rozporządzeń państwowych określających zakres dostępności usług, na jakość oferowanej opieki mają jednak wpływ także czynniki społeczne, których omówienie znajdzie się w dalszej części raportu.

### Dostęp imigrantów do opieki zdrowotnej – ogólna diagnoza sytuacji

Pod względem legislacyjnym rozróżnia się imigrantów na poszczególne grupy określające ich status prawny, wymieniając imigrantów nieudokumentowanych, osoby ubiegające się o nadanie którejś z form ochrony międzynarodowej oraz imigrantów o uregulowanym statusie w kraju. Jeśli chodzi o uprawnienia dotyczące dostępu do usług medycznych wyszczególnia się ponadto dzieci imigrantów oraz kobiety w ciąży. Analizując strukturalne zasady funkcjonowania systemów medycznych pod kątem migracyjnym konieczne jest skupienie się nie tylko na powyższym rozróżnieniu, ale i zakresie dostępu oraz sposobie finansowania świadczeń.

#### *Imigranci z prawem pobytu w kraju*

Biorąc pod uwagę systemy medyczne krajów UE oraz Ameryki Północnej, w większości przypadków migranci z przyznanym prawem pobytu mają takie same prawa w kwestii usług medycznych jak obywatele urodzeni na terenie kraju. Wyjątkiem jest tutaj Kanada, gdzie w poszczególnych stanach (Ontario, British Columbia, Quebec, Alberta, New Brunswick) przedstawiciele tej grupy muszą odczekać 3 miesiące przed przyznaniem im praw do państwowej służby zdrowia<sup>13</sup> oraz wspomniany już wyżej przykład Stanów Zjednoczonych, gdzie przez 5 lat są oni wyłączeni z programu MEDICAID. Cypr z kolei stanowi wyjątek jeśli chodzi o dostęp do opieki medycznej dla migrantów-pracowników, ponieważ jego zakres i finansowanie jest uzależniony od sektora działalności<sup>14</sup>. W branżach, gdzie

---

[http://picum.org/picum.org/uploads/file\\_/pressreleaseSpainHealthCare%20-%20EN\\_2.pdf](http://picum.org/picum.org/uploads/file_/pressreleaseSpainHealthCare%20-%20EN_2.pdf) (28.08.2012); PICUM Access to Health Care is a Basic Human Right . Joint Civil Society Statement on Access to Health Care Services for Undocumented Migrants in Spain, dostępne online: [http://picum.org/picum.org/uploads/file\\_/JointStatementSpainHealthCare%20-%20EN\\_1.pdf](http://picum.org/picum.org/uploads/file_/JointStatementSpainHealthCare%20-%20EN_1.pdf) (28.08.2012).

<sup>13</sup> M. Singh Setia, A. Quesnel-Vallee, M. Abrahamowicz, P. Tousignant, J. Lynch, “Access to health-care in Canadian immigrants: a longitudinal study of the National Population Health Survey”, *Health and Social Care in the Community* 19(1), 2011, s. 70–79.

<sup>14</sup> S. Collantes, *Czy osoby ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy oraz nieudokumentowani migranci mają dostęp do opieki medycznej w Unii Europejskiej? Porównanie sytuacji w 16 krajach*, w: A. Chrzanowska, W.

funkcjonują związki zawodowa, jak budownictwo, hotelarstwo, migranci ekonomiczni objęci są ubezpieczeniem w oparciu o przynależność organizacyjną, tymczasem w innych sektorach pracownik pokrywa koszty ubezpieczenia pół na pół z pracodawcą, przy czym polisa jest ograniczona tylko do części świadczeń<sup>15</sup>.

### *Cudzoziemcy ubiegający się o nadanie statusu uchodźcy*

Osoby ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy najczęściej mają zapewnione świadczenia medyczne tylko w ograniczonym zakresie. Bezpлатnie mogą korzystać z opieki zdrowotnej w nagłych przypadkach, choć np. Szwecja obostrza te uprawnienia zacieśniając je do sytuacji, w której opieka nie może być odłożona w czasie, a w Czechach, za każdą interwencję medyczną pobierana jest opłata manipulacyjna w wysokości 1,2€ obowiązująca zarówno imigrantów, jak i obywateli. Niektóre kraje, jak Niemcy, wprowadzają ramy czasowe dla bezpłatnego dostępu do opieki medycznej. Według tej zasady ubiegający się o ochronę międzynarodową mają prawo do szerokiego zakresu usług, w przypadku pobytu powyżej 48 miesięcy. Osoby przebywające w Niemczech krócej obejmuje jedynie bezpłatna pomoc w sytuacjach nagłych. Niekiedy, choć dostęp do usług medycznych ma szeroki zasięg, jest on uwarunkowany wcześniejszą rejestracją w odpowiednich instytucjach czy urzędach (np. Belgia)<sup>16</sup>.

### *Imigranci nieudokumentowani*

Najbardziej dyskryminowaną kategorią imigrantów w kwestii opieki medycznej są migranci nieudokumentowani. W Grecji, pod groźbą kary i poza sytuacjami nagłymi, prawo zabrania dostępu do opieki zdrowotnej i leczenia osób nielegalnie przebywających w kraju oprócz sytuacji wymagających ratowania życia<sup>17</sup>. W Niemczech, choć teoretycznie istnieją rozwiązania w dostępie do systemu zdrowotnego dla tej grupy migrantów, nie mają one praktycznego odniesienia, ponieważ istnieje obowiązek denuncjacji nieudokumentowanych migrantów, z którego choć wyłączone są szpitale, to instytucje, do których zgłaszają się placówki medyczne o zwrot kosztów już nie<sup>18</sup>. Z kolei, np., w Finlandii, Irlandii<sup>19</sup> i Szwecji<sup>20</sup>

---

Klaus (red.) „Poza Systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce”, Warszawa 2011, s. 116.

<sup>15</sup> “Access to legal healthcare and living conditions of asylum seekers and unprotected migrants in Cyprus, Malta, Poland and Romania”, HUMA Network, 2010, s. 17.

<sup>16</sup> S. Collantes, s.116.

<sup>17</sup> Ibidem.

<sup>18</sup> H. Castaneda, „<<Over foreignization>> or <<Unused potential>>? A critical review of migrant health in Germany and response toward unauthorized migration”, *Social Science and Medicine* 74, 2012, s. 830-838; H.

grupa ta jest całkowicie wyłączona z możliwości bezpłatnego korzystania z usług medycznych, włączając w to nagłe przypadki. Opieka służb ratunkowych przysługuje im na zasadzie pełnej odpłatności.

### *Dzieci i kobiety w ciąży*

Dzieci i kobiety w ciąży w części krajów stanowią osobną kategorię jeśli chodzi o dostęp do usług medycznych. I tak, w większości krajów, dzieci bez opieki starające się o nadanie statusu uchodźcy są zrównane w prawach wobec dzieci posiadających obywatelstwo danego kraju, podczas gdy dzieciom osób starających się o nadanie statusu uchodźcy przysługują uprawnienia mniejsze niż dzieciom obywateli. Najbardziej dyskryminowane są dzieci nieudokumentowanych migrantów (paradoksalnie, np. w Czechach, mają one mniejsze uprawnienia od dzieci-nieudokumentowanych migrantów przebywających w kraju bez opieki). Z kolei kobiety w ciąży nielegalnie przebywające na terytorium kraju często mają możliwość jedynie pełnopłatnego korzystania z usług medycznych (np. Cypr, Czechy, Polska, Grecja, Wielka Brytania) choć niektóre kraje, tj. Hiszpania, Portugalia, czy Słowenia, uznając prawo tych osób do konieczności szczególnej opieki, przyznaje im prawa na równi z kobietami w ciąży posiadającymi obywatelstwo danego kraju<sup>21</sup>.

### Dostęp do opieki zdrowotnej imigrantów w Polsce

W Polsce dla imigrantów o uregulowanym statusie pobytu w kraju prawodawstwo określa takie same warunki dostępu do opieki medycznej jak w przypadku obywateli urodzonych na terenie państwa. Ponieważ system zdrowotny jest tu oparty na modelu ubezpieczeniowym, dla tej grupy migrantów oznacza to bezpłatny dostęp do świadczeń udzielanych w ramach medycyny ratunkowej (bez warunków wstępnych) oraz bezpłatny dostęp do podstawowej, specjalistycznej i szpitalnej opieki zdrowotnej przy posiadaniu ubezpieczenia zdrowotnego i opłaconej składki lub udokumentowaniu uprawnień dostępu do publicznej służby zdrowia (np. decyzja o dostępie do publicznej służby zdrowia na podstawie wysokości dochodów). Z kolei cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową mają bezpłatny dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej

---

Castaneda „Illegality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic”, *Social Science and Medicine* 68, 2009, s.1552-1560.

<sup>19</sup>C. B. Cuadra, S. Cattacin, “Policies on Health Care for Undocumented Migrants in the EU 27 and Switzerland: Towards a Comparative Framework”, *Health Care in Nowhereland*, styczeń 2011.

<sup>20</sup> Sh. Alexander, „Humanitarian Bottom League? Sweden and the Right to Health for Undocumented Migrants”, *European Journal of Migration and Law* 12, 2010, s. 215–240.

<sup>21</sup> S. Collantes, s. 136-138.

świadczonej przez lekarzy zatrudnionych w ośrodkach oraz ambulatoryjnej jedynie w wybranych placówkach (tych, które mają podpisane umowy z CSK MSWiA) i na podstawie skierowania wystawianego przez lekarza pracującego w ośrodku dla uchodźców. Zdecydowanie grupą osób, której dostęp do świadczeń medycznych jest najbardziej utrudniony są, ponownie, nieudokumentowani migranci. Mają oni bezpłatny dostęp wyłącznie do medycyny ratunkowej, a wszystkie inne świadczenia wymagają pełnej odpłatności<sup>22</sup>.

Reasumując, przyglądając się sposobom w jaki imigranci objęci są opieką zdrowotną nasuwają się dwa spostrzeżenia. Po pierwsze, imigranci w większości przypadków mają ograniczone uprawnienia względem obywateli wobec dostępu do służby zdrowia i, po drugie, dostęp do usług medycznych jest uzależniony od statusu prawnego imigranta; różne grupy imigrantów mają różne prawa.

#### Prawodawstwo jako ważny problem w dostępie imigrantów do usług medycznych

Kwestie legislacyjne są podstawowym problem w zakresie ochrony zdrowia imigrantów. Chodzi tu o ograniczenia, nierówności i niedoprecyzowanie zasad dostępu do systemu opieki zdrowotnej. Niekiedy, przepisy są na tyle źle sformułowane, że mogą nawet prowokować do nadużyć. Najbardziej wyrazistym przykładem tej sytuacji jest wspomniane już rozwiązanie dostępu dzieci-nieudokumentowanych imigrantów w Republice Czeskiej. Dzieci przebywające bez opieki mają tam większe prawa niż dzieci znajdujące się na terenie kraju z rodzicami. W pierwszym przypadku mają one bowiem zapewniony bezpłatny (na równi z dziećmi-obywatelami), a w drugim jedynie pełnopłatny dostęp do świadczeń medycznych<sup>23</sup>. Na Malcie z kolei jedyny dokument ustalający prawo do bezpłatnej państwowej opieki medycznej dla migrantów ubiegających się o ochronę międzynarodową i przebywających w ośrodkach detencyjnych nieudokumentowanych cudzoziemców jest niewiążący w świetle prawa<sup>24</sup>.

Budzący niezwykle kontrowersje jest też obowiązujący w Niemczech przepis denuncjacji nieudokumentowanych migrantów przez instytucje publiczne (§87 tzw. „Denunziationsparagraf”) oraz penalizacji czynów skierowanych na pomoc

---

<sup>22</sup> K. Maliński, „Prawne regulacje w zakresie dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce”, w: A. Chrzanowska, W. Klaus (red.) *Poza systemem...*, s. 23-44; D. Cinciara, K. Dudzik, A. Lewczuk, J. Pinkas, „Liczba, charakterystyka i zdrowie imigrantów w Polsce”, *Probl Hig Epidemiol* 93(1), 2012, s. 143-150; D. Cinciara, P. Goryński, W. Seroka „Hospitalizacja migrantów w Polsce”, *Probl. Hig Epidemiol* 92(3), 2011, s. 497-503.

<sup>23</sup> S. Collantes, s. 136.

<sup>24</sup> S. Collantes, s. 132.

wszystkim przebywającym nielegalnie w kraju §96 („Schlepperparagraf”) Prawa Pobytu (Aufenthaltsgesetz) stan z 1. Stycznia 2005r.. Co prawda z prawa denuncjacji został wyłączony personel medyczny i szpitale, ale i w tej sytuacji pozostaje problem ponoszenia opłat za leczenie. Jeśli pacjenci/nieudokumentowani migranci nie mają możliwości pokrycia kosztów opieki, mogą, w przypadku sytuacji nagłych, ubiegać się o absorpcję kosztów przez biura pomocy społecznej, jednak, w praktyce, muszą zgłosić się do tych urzędów przed wizytą u lekarza, a urzędy obejmuje już obowiązek denuncjacji. W praktyce, rozwiązanie niemieckie jest więc niepraktyczne i obciąża kosztami szpital, który w związku z tym jest niechętny do przyjmowania tego typu pacjentów<sup>25</sup>.

Kolejną trudnością jest też problem rozumienia kategorii „nagły przypadek”. Jest on bardzo widoczny w rozwiązaniu belgijskim, gdzie pierwszym warunkiem dla nieudokumentowanych migrantów do uzyskania bezpłatnego leczenia jest wizyta u lekarza orzekającego i wydającego potwierdzenie o konieczności nagłej pomocy. Bez tego dokumentu osoba przebywająca w kraju bez prawa pobytu nie może ubiegać się o sfinansowanie leczenia. Na dalszym etapie procedura jest dodatkowo skomplikowana koniecznością zgłoszenia się ze wspomnianym zaświadczeniem do regionalnego Ośrodka Pomocy Społecznej, które przed podjęciem dalszych działań jest zobowiązane sprawdzić, czy dana osoba faktycznie mieszka w podlegającym jej terytorialnie okręgu oraz czy posiada środki na sfinansowanie leczenia. Na podjęcie ostatecznej decyzji o przyjęciu bądź odrzuceniu wniosku ośrodek ma 30 dni i, w wypadku decyzji pozytywnej, kolejne 45 na poinformowanie rządu, który następnie refunduje leczenie. Oprócz problemu subiektywnej oceny lekarza dotyczącej nagłości przypadku, kolejną barierą jest więc także rozbudowana machina administracyjna.

Brak uwzględnienia kategorii imigrantów o specyficznych potrzebach zdrowotnych również wydaje się być problemem. Chociaż w części krajów w prawodawstwie dotyczącym dostępu do opieki zdrowotnej uwzględnia się specjalne potrzeby kobiet w ciąży i dzieci, obejmujących ich ustaleń wciąż nie można uznać za satysfakcjonujące. Niestety właściwie nie bierze się również pod uwagę specyficznych potrzeb zdrowotnych imigrantów niepełnosprawnych czy osób

---

<sup>25</sup> Więcej o tym: C. Björngren Czadra „Police on Health Care for Undocumented Migrants in EU27. Country Report Germany, lipiec 2010, dostępne online: <http://files.nowhereland.info/658.pdf> (28.08.2012) , FRA “Migrants in irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States, 2011, dostępne online: [http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/FRA-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare\\_EN.pdf](http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/FRA-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_EN.pdf) (28.08.2012).

starszych, których forma fizyczna wymaga niezapewnianego w prawodawstwie państwa goszczącego dostępu do dodatkowej opieki.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania można stwierdzić, że w kwestii legislacyjnej, zdecydowanie najbardziej utrudniony dostęp do ochrony zdrowia mają migranci nieudokumentowani, zaś dużą przeszkodą dla wszystkich grup imigrantów jest brak lub niedostateczne sprecyzowanie regulacji prawnych. Poważnym problemem jest też niedostateczne uwzględnienie specyficznych potrzeb zdrowotnych określonych grup migrantów.

## **Ubóstwo**

Oblicza się, że w Stanach Zjednoczonych (stan na 2000r.) ok. 11% procent społeczeństwa, czyli ok. 32 mln ludzi, zostało urodzonych poza granicami kraju. Jakkolwiek jest to zróżnicowana grupa, okazuje się, że, bez względu na status, rodziny „nie-obywateli” są zdecydowanie bardziej zagrożone ubóstwem niż rodziny „obywateli”. Według danych procentowych, w 2001r. ubóstwo dotyczyło ok. 27% imigrantów (wobec 16% obywateli), z których aż 60% była nieubezpieczona i jedynie 13% miało prawo do świadczeń MEDICAID<sup>26</sup>. Naturalną konsekwencją takiego stanu rzeczy są utrudnienia finansowe dla imigrantów w dostępie do opieki medycznej. Chociaż część migrantów w Stanach Zjednoczonych ma teoretyczną możliwość wykupienia prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, lub, pracując, podlegać pod ubezpieczenie zdrowotne w pracy, w praktyce, najczęściej sektor zatrudnienia, w którym podejmują pracę imigranci nie oferuje takich świadczeń<sup>27</sup>, a prywatne ubezpieczenie okazuje się za drogie.

Podobnie wygląda sytuacja w państwach członkowskich Unii Europejskiej<sup>28</sup>. Dla dużej grupy migrantów w krajach, w których mają oni możliwość wykupienia ubezpieczenia prywatnego koszty okazują się po prostu zbyt wysokie, a doraźne regulowanie opłat za leczenie, jak np. w Austrii, nierealne. Z tego względu wielu imigrantów odwleka wizytę w szpitalu lub u lekarza do momentu, kiedy problem zdrowotny staje się na tyle groźny, że uniemożliwia dalsze funkcjonowanie, a to

---

<sup>26</sup> Kaiser Commission on MEDICAID and the Uninsured, “IMMIGRANTS’ HEALTH CARE COVERAGE AND ACCESS” The Henry J. Kaiser Family Foundation, sierpień 2003, dostępne online: <http://www.kff.org/uninsured/upload/immigrants-health-care-coverage-and-access-fact-sheet.pdf> (03.09.2012)

<sup>27</sup> Są to najczęściej małe przedsiębiorstwa lub sektor rolniczy, których ograniczone zyski nie pozwalają na objęcie pracowników takimi świadczeniami (patrz: Kaiser Commission on MEDICAID).

<sup>28</sup> M. Gulliford i inni, „Access to Health Care. Report of a Scoping Exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO)”, 26.02.2001, dostępne online: [http://www.kcl-phs.org.uk/martin/reprints/accessscopingexercise\\_report.pdf](http://www.kcl-phs.org.uk/martin/reprints/accessscopingexercise_report.pdf) (31.08.2012), s. 8-9.

zwykle oznacza interwencję medyczną na szeroką skalę, zagrożenie dla zdrowia publicznego oraz, często, o wiele większe koszty dla budżetu państwa.

### **Dostęp do leków**

Równolegle problem finansowy opiera się również o dostęp do leków. Dla wielu imigrantów, którzy odwiedzą lekarza, podjęcie leczenia ze względu na zakup leków jest barierą nie do pokonania. W Polsce tylko osoby ubiegające się o ochronę międzynarodową mają możliwość korzystania z bezpłatnego dostępu do leków, pozostałe grupy muszą ponosić koszty zależnie od statusu ubezpieczonego (niektóre leki wystawiane na receptę dla ubezpieczonych są bezpłatne lub tylko częściowo płatne, przy czym migranci nieudokumentowani płacą pełną kwotę)<sup>29</sup>. Ponadto, wizyta u specjalisty oznacza konieczność dojazdu do placówki, gdzie świadczone są takie usługi, a koszty komunikacji dla wielu mogą stać się kolejną przeszkodą.

### **Dostęp do informacji**

Obok kwestii legislacyjnej i finansowej, podstawową kwestią przy analizie dostępu do systemu ochrony zdrowia jest dostęp do informacji. W badaniach opublikowanych przez Stowarzyszenie Interwencji Prawnej aż 41% spośród osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy i 29% imigrantów nieudokumentowanych narzekało na brak informacji dotyczących uprawnień do korzystania ze służby zdrowia w Polsce<sup>30</sup>. Wyniki te są zwłaszcza niepokojące w odniesieniu do osób ubiegających się o ochronę międzynarodową ze względu na obecność odpowiednich służb, w postaci lekarzy i pracowników socjalnych, w ośrodkach dla uchodźców, których zadaniem jest informowanie i doradztwo również w kwestiach możliwości dostępu i sposobów korzystania z usług medycznych. Dane pokazują, że także niektórzy lekarze czują się zagubieni w kontakcie z imigrantami ponieważ nie wiedzą jaki jest ich zakres obowiązków, zwłaszcza pod względem prawnym, wobec tej grupy<sup>31</sup>.

### **Świadomość na temat ogólnej sytuacji migrantów**

Personel medyczny często nie jest świadomy ogólnej sytuacji dotyczącej warunków życia migrantów. Ponieważ imigranci należą często do najuboższej grupy społecznej ich zdrowie może być narażone ze względu na warunki mieszkaniowe,

---

<sup>29</sup> K. Maśliński, s. 37.

<sup>30</sup> N. Kłorek „Ochrona zdrowia nieudokumentowanych migrantów i osób ubiegający się o ochronę międzynarodową w opinii cudzoziemców”, w *Poza systemem...*, s. 93, 95.

<sup>31</sup> N. Jansen i inni, „Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals?”, *BMC Health Services Research* 11:154, 2011, s.1-10.

problem bezdomności, niedożywienie, pracę w warunkach szkodliwych dla zdrowia itd.. Objęcie leczeniem takich osób często wymaga dużej wrażliwości i, w przypadku braku wiedzy na ten temat, może odbić się w trudnościach np. ze spisaniem historii choroby. Z rozmów z lekarzami wynika także, że częstym problemem są nieporozumienia w sprawie wizyty kontrolnej. Zwłaszcza z punktu widzenia specjalisty może się ona wydawać konieczna, a jej niedopełnienie skutkować niedoleczeniem lub nawrotem choroby. Wielu imigrantów nie decyduje się na nią ze względów prawnych (lęk przed denuncjacją), finansowych, a niekiedy i praktycznych (sami uważają się za wyleczonych i nie widzą potrzeby kolejnej wizyty). Wypisywanie recept dla osoby nieubezpieczonej, czy nieposiadającej stałego adresu zamieszkania to kolejna trudność w leczeniu imigrantów. W poszczególnych krajach, np. w Polsce, część leków, także tych pełnopłatnych dostępna jest w aptekach tylko na receptę. Chociaż teoretycznie lekarz może wypisać receptę posługując się tylko imieniem i nazwiskiem pacjenta, w praktyce brak adresu często staje się problemem dla wydających leki.

Specyficzne grupy imigrantów, takie jak osoby ubiegające się lub objęte ochroną międzynarodową mogą mieć dodatkowe problemy zdrowotne, wynikłe w skutek przeżyć z opuszczeniem kraju. Np. cudzoziemcy oczekujący na azyl często pochodzą z terenów objętych wojną i występują u nich choroby związane z życiem w strefie konfliktu, tj. syndrom stresu pourazowego. Dla zapewnienia takiej osobie odpowiedniej opieki lekarskiej konieczna jest pomoc psychologa, który posiada wiedzę na temat leczenia i diagnozy schorzeń wynikłych w takich sytuacjach. Sama imigracja także jest procesem stresogennym i wielu migrantów może odczuwać z tego względu potrzebę konsultacji z odpowiednim specjalistą. Niewystarczająca wiedza wśród lekarzy na temat warunków i potencjalnych schorzeń psychologicznych staje się często przeszkodą w udzieleniu odpowiedniej pomocy<sup>32</sup>. Z reguły obowiązuje zasada, że im dalszy jest kraj pochodzenia imigranta tym bardziej może to skomplikować proces leczenia w kraju goszczącym. Dla świadczącego usługi ciężko jest w tej sytuacji zorganizować plan leczenia, a niezajomość zagrożeń, na jakie mógł być narażony cudzoziemiec przed przyjazdem do kraju dodatkowo komplikuje profilaktykę i terapię.

Dla imigrantów przeszkody natury informacyjnej i świadomościowej skupiają się również wokół sposobu prezentacji i formy danych. Nie wszędzie znajomość

---

<sup>32</sup> H. Grzymała-Moszczyńska, „Uchodźcy jako wyzwanie dla polskiego systemu opieki zdrowotnej”, w A. Chrzanowska, W. Klaus, *Poza systemem...*, s. 143-160.



uprawnień oznacza zrozumienie struktury działania systemu i na odwrót. Dla osoby nieorientowanej w formach funkcjonowania służby zdrowia odnalezienie odpowiedniego specjalisty może się okazać dużym wyzwaniem i często zniechęcającym do dalszego korzystania z usług doświadczeniem.

Ponadto, w większości krajów istnieje obowiązek wcześniejszej rejestracji dla pacjentów. Dla osoby nieorientowanej w systemie jest to duże utrudnienie, a dla osób nie mówiących w języku danego kraju, często wręcz czynnik odstraszaający. Długie oczekiwanie na wizytę jest kolejną barierą w dostępie do służby zdrowia. Chociaż tym ostatnim dotknięci są również obywatele, dla imigrantów może to stanowić o wiele większą przeszkodę, dla niektórych grup ze względu na nieuregulowany charakter pobytu, dla innych na, wspomniane już, niezrozumienie działania systemu.

Ważne wydaje się też wspomnienie w tym miejscu o problemach, które mogą wynikać ze względu na zamieszkanie imigrantów w dużej odległości od specjalistów i szpitali, czy niepełnosprawność fizyczną.

### **Bariera językowa**

Niemожność komunikacji jest jednym z najpoważniejszych problemów w korzystaniu przez imigrantów ze świadczeń służby zdrowia i wpływa zarówno na utrudnienia w dostępie do usług, jak i jakość leczenia oraz jego ostateczny rezultat. Należy dodać, że problem bariery językowej jest kłopotliwy i dla lekarza i pacjenta. Od strony personelu medycznego właściwe określenie przypadku chorobowego, opisanie historii choroby, jak i przekazanie informacji dotyczących dalszych badań i diagnozy jest praktycznie niemożliwe bez odpowiedniego zrozumienia dwóch stron. Nawet imigrant, który posługuje się językiem kraju pobytu w sytuacjach codziennych, może nie być w stanie przekazać odpowiednich informacji i zrozumieć wysyłanego doń przekazu w zderzeniu z sytuacją, w której używane jest profesjonalne słownictwo. Problem ten przekłada się także na odpowiednie korzystanie z leków, których ulotka może okazać się językowo niedostosowana do umiejętności migranta<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Więcej na ten temat: S. Bowen, „Language Barriers in Access to Health Care”, Health Canada 2003, dostępne online: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-eng.php> (31.08.2012), M. Au, E. Fries Taylor, M. Gold, „Improving Access to Language Services in Health Care: A Look at National and State Efforts”, Mathematica Policy Research Inc., 2009, dostępne online: <http://www.ahrq.gov/populations/languageservicesbr.pdf> (31.08.2012), S. Yeo, „Language Barriers and Access to Care”, Annu Rev Nurs Res. 22, 2004 s. 59-73.

Jedną z prób rozwiązania tych kwestii są propozycje zapewnienia dostępności tłumaczy w placówkach medycznych. Imigranci to grupa zróżnicowana pod względem językowym, a usługi tłumaczeniowe z wielu języków oznaczają duże wydatki dla świadczących usługi. Z tego względu często preferuje się tłumaczy – członków rodziny. Obecność dodatkowej osoby w relacji pacjent-lekarz może jednak zakłócać przekaz, nie jest to więc idealna forma zaradzenia sytuacji. O wiele bardziej efektywna, zarówno pod względem kosztów, profesjonalizacji i obiektywizacji tłumaczenia wydaje się za to usługa tłumaczeń świadczonych telefonicznie przez wyspecjalizowanych w tę stronę ekspertów<sup>34</sup>.

## **II BARIERY KULTUROWE**

### **Funkcjonowanie w systemie medycznym**

Przeszkody w dostępie imigrantów do ochrony zdrowia na tle kulturowym należą do niezwykle trudnych w kontekście wypracowania środków zaradczych. Niewątpliwie konieczna jest tutaj współpraca obu stron, zarówno tych świadczących usługi, jak i korzystających z pomocy medycznej, opierająca się na chęci wzajemnego zrozumienia. Niektóre bariery wynikające z różnic kulturowych wpływają na jakość udzielanych usług, podczas gdy inne mogą powodować całkowitą rezygnację z wizyty u lekarza. Warto zacząć od tego, że problemy komunikacyjne nie kończą się na kwestiach językowych. Komunikacja to skomplikowany proces, którego reguły wyznaczane są przez normy kulturowe i dotyczą bezpośrednio systemu wartości i przekonań danej społeczności. Istnieją różnice w stylu komunikacji, które mogą okazać się przeszkodą w prawidłowym korzystaniu ze świadczeń, jak np. zasada bezpośredniości. Zwłaszcza imigranci pochodzący z krajów pozaeuropejskich mogą być narażeni na zachowania, które z ich punktu widzenia wydadzą się niewłaściwe, lub wręcz obraźliwe, jak choćby pytania o życie seksualne, w niektórych kulturach objęte tabuizacją. Ponadto, często problematyczny staje się samo przekazanie diagnozy. Zilustrować to może przypadek nastolatki w ciąży. Jeśli dziewczyna jest nieletnia pojawia się pytanie, jakie konsekwencje przyniesie przekazanie takiej informacji rodzicom, jeżeli rodzina ta należy do tradycyjnej, zwłaszcza pod względem religijnym, społeczności.

Potencjalną barierą może być także pojęcie „utruty twarzy”, charakterystyczne zwłaszcza dla kultur azjatyckich. Lekarz to osoba o wysokim

---

<sup>34</sup> „How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity”, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.

statusie społecznym, przyznanie przez pacjenta, że przekazywany przez taką osobę komunikat nie został zrozumiany oznaczałoby „utrata twarzą” pacjenta, czyli kompromitację. Często pacjent mimo niezgody na określony sposób leczenia też nie sprzeciwi się otwarcie, by nikogo nie obrazić.

Kolejną różnicą kulturową, która utrudnia dostęp do opieki medycznej w kontekście jakości świadczonych usług jest ilość szczegółów i zawartych informacji w przekazie. Przy zderzeniu kultur, często okazuje się, że to, co jednym wydaje się oczywiste, wcale nie jest takie dla drugich. Dobrym przykładem jest tutaj różny sposób reagowania na ból, co wpływa na trudność w określeniu powagi przypadku<sup>35</sup>.

Dostęp do odpowiedniej opieki lekarskiej pod względem jakościowym bywa utrudniony, ze względu na niezrozumienie roli, jaką w poszczególnych kulturach imigranckich odgrywa rodzina. Państwa Unii Europejskiej, Stany Zjednoczone, czy Kanada należą do kręgu kulturowego kładącego duży nacisk na indywidualizm. Z kolei większość krajów azjatyckich, czy afrykańskich jest o wiele bardziej związana bliskimi relacjami rodzinnymi. Dla kultur kolektywnych jest więc naturalne, że cała rodzina uczestniczy w leczeniu jednego pacjenta i oczekuje być w pełni poinformowana co do stanu zdrowia jej członka, zaś wśród personelu medycznego może z tego względu rodzić się opór i niechęć odnośnie przekazywania wiadomości komukolwiek oprócz pacjenta.

Opis poszczególnych barier w uzyskaniu odpowiedniego poziomu leczenia ma odzwierciedlenie w kwestii zaufania, jakim pacjent obdarza określony system świadczeń. Pojęcie zaufania jest o tyle ważne, że wpływa nie tylko na uznanie autorytetu leczącego, ale i stosowanie się do jego zaleceń oraz wiarę w to, że personel medyczny ma na celu dobro pacjenta. Bez tego, przedsięwzięcie jakichkolwiek działań terapeutycznych jest bardzo trudne. W konsekwencji nie można więc pominąć odpowiedniego przygotowania i wyczerlenia świadczących usługi medyczne na specyficzną problematykę kulturową w odniesieniu do imigrantów, ponieważ tylko ten sposób zapewnia zadowalającą jakość świadczeń.

## **Koncepcja zdrowia**

---

<sup>35</sup> Badania wykazują, że np. czarni Amerykanie zgłaszają w tych samych przypadkach większą intensywność i dłuższą odczuwalność bólu niż biali (Horgas, A. L., Yoon, S. L., Nichols, A. L., & Marsiske, M. (2008). The relationship between pain and functional disability in black and white older adults. *Research in Nursing and Health*, 31 (4), 341-54). Patrz także: Europejskie Międzykulturowe Miejsca Pracy, „Służba Zdrowia. Badania porównawcze praktyk związanych z miejscami pracy w sektorze służby zdrowia w dziesięciu krajach europejskich”2007.

Imigranci pojawiający się w kraju goszczącym, jako osadzeni do tej pory w innym systemie medycznym, mogą mieć zupełnie odmienne oczekiwania odnośnie opieki zdrowotnej. Np. w kraju charakteryzującym się dużą dostępnością antybiotyków, Czeczenia, przy zachorowaniu imigranta pochodzącego z tamtych rejonów pojawia się oczekiwanie na właśnie ten rodzaj terapii. W Polsce, obecna polityka zdrowotna ukierunkowana jest na ograniczenie stosowania antybiotyków, ze względu na ich negatywne skutki uboczne, jak kształtowanie się odporności na dany typ leczenia oraz szkodliwość dla żołądka, pacjenci mogą więc być zawiedzeni nieodpowiednią, ich zdaniem, formą leczenia w przypadku nie przepisania takich leków<sup>36</sup>. Ze względu na różną dostępność do usług medycznych w kraju pochodzenia pacjent może być zwyczajnie nieprzyzwyczajony do kontaktowania się z lekarzem w niektórych przypadkach chorobowych, lub zgłasza się do niego, kiedy choroba jest już w stanie bardzo rozwiniętym. Ważna jest także kwestia sposobu prewencji chorób. Nieświadomość i niewiedza na ten temat mogą prowadzić np. do niechęci poddawania się szczepieniom, lub zaniedbywaniu opieki prenatalnej.

Powyższe kwestie wiążą się z rozumieniem pojęcia zdrowia. Biomedycyna, czyli medycyna naukowa wypracowana na gruncie zachodnim jest systemem medycznym charakteryzującym się redukcjonizmem fizjologicznym. Oznacza to, że w przeciwieństwie do większości ludowych, czy tradycyjnych systemów medycznych, które określane są jako holistyczne, medycyna zachodnia upatruje źródeł choroby w organizmie człowieka. Inne systemy postrzegają zdrowie jako bardziej złożony fenomen i mogą tłumaczyć etiologię chorób np. zjawiskami nadprzyrodzonymi. Dla niektórych pacjentów leczenie według zasad medycyny zachodniej może się więc wydawać niewystarczające, lub mimo rekomendacji lekarza wolą korzystać z własnych leków.

Dwóch lekarzy, Parisa Ravanfar i James G. Dinulos opisują w jednym z artykułów praktyki wywodzące się z tradycyjnych systemów medycznych, których efekt widoczny jest na skórze. Autorzy opowiadają o kontrowersjach, które budziły niektóre z nich, zwłaszcza w latach 80., kiedy zdarzały się przypadki wnoszenia przez personel medyczny lub szpitale oskarżenia o znęcanie się przez rodziców-imigrantów nad dzieckiem. Działania te były spowodowane np. pręgami na skórze, które powstają w wyniku często stosowanego przez ludność pochodzenia wietnamskiego zabiegu *gua sha*, polegającego na mocnym drapaniu naoliwionej

---

<sup>36</sup> „Konferencja: różnice kulturowe barierą w dostępie do opieki medycznej”, 26.03.2011. Onet.pl, dostępne online: <http://m.onet.pl/wiadomosci/kraj.cce3p> (31.08.2012).

skóry, w wyniku którego pojawia się rumień, przypominający ślady po chłoście<sup>37</sup>. Chociaż tego typu praktyki mogą wydawać się nierozsądne z zachodniego punktu widzenia, to leczenie przy nieuwzględnieniu kulturowych czynników praktycznie uniemożliwia komunikację i odpowiedni dobór terapii dla pacjenta.

Niezwykle istotna w kontekście leczenia jest sama relacja lekarz-pacjent. Ponieważ w medycynie holistycznej uzdrowiciel musi zwracać uwagę nie tylko na fizyczne symptomy choroby, ale i np. duchowe, zasadniczo poświęca on pacjentowi o wiele więcej czasu, a relacja leczący-leczony bywa znacznie bliższa niż w systemie biomedycznym. Jest to kolejny czynnik prowadzący do poczucia braku satysfakcji z wizyty lekarskiej i nadwątlający zaufanie do personelu medycznego. Z kolei paradoksalnie krótszy dystans osobowy i odejście od protekcyjności, na które nacisk kładą społeczeństwa zachodnie, może za to spotkać się z lekceważeniem ze strony imigrantów. Dla kultur o wysokim stopniu hierarchizacji formalność oznacza profesjonalność, a obcesowość jest wyrazem autorytetu<sup>38</sup>.

### **Kwestie religijno-obyczajowe**

Zrozumienie dla obyczajów innej kultury jest zabiegiem ułatwiającym proces leczenia i znoszącym opór przed konsultacją z lekarzem. Dla wielu społeczności niezwykle ważne są zasady starszeństwa i płci. Pominięcie w komunikacji osoby starszej w przypadku gdy dziecko lub nastolatek wydaje się lepiej mówić w języku osoby udzielającej świadczeń jest, z perspektywy kultury zachodniej, całkowicie zrozumiałe, jednak może okazać się dużym nietaktem dla imigranta. Podobnie wizyta osoby starszej u młodszego wiekiem lekarza. Z kolei w społecznościach patriarchalnych często to mąż lub najstarszy męski członek rodziny podejmuje decyzje dotyczące kobiety-pacjentki i pominięcie go przy rozmowie o wyborze terapii powoduje, przynoszące negatywne skutki, zachwianie dynamiki i relacji rodzinnych oraz niechęć wobec lekarza. Wrażliwość wymagana jest także przy podawaniu posiłków, gdy pacjent wymaga pomocy przy jedzeniu. Np. karmienie lewą ręką jest niedopuszczalne w wielu kulturach azjatyckich, ponieważ ręka ta uważana jest za nieczystą.

Czynniki religijne są tutaj równie ważne. Pacjenci mogą nie decydować się na wizytę ze względu na obawę o nieposzanowanie ich decyzji wynikających z

---

<sup>37</sup> P. Ravanfar, J.G. Dinulos, „Cultural practices affecting the skin of children”, *Current Opinion in Pediatrics*, sierpień 2010, 22(4), s. 423-431.

<sup>38</sup> Europejskie Międzykulturowe Miejsca Pracy, „Służba Zdrowia. Badania porównawcze praktyk związanych z miejscami pracy w sektorze służby zdrowia w dziesięciu krajach europejskich”2007.

przekonań religijnych. Znaczącą część imigrantów stanowią Muzułmanie, dla których wymogi Islamu regulują zasady codziennego życia. Przekłada się to i na korzystanie ze świadczeń systemu ochrony zdrowia.

Kobiety-muzułmanki podkreślają często konieczność dostępu do lekarzy tej samej płci, zwłaszcza przy wizytach lekarskich o charakterze ginekologicznym<sup>39</sup>. Ponadto, wiele muzułmanek kierując się zasadą skromności, odczuwa duży wstyd, kiedy badanie wymaga od nich rozebrania się. To samo mogą odczuwać mężczyźni muzułmanie wobec kobiet lekarek. Kontakt wzrokowy i uścisk dłoni między lekarzem a pacjentem bywa także nie na miejscu, zwłaszcza w przypadku osób przeciwnej płci. Wyznawcy Islamu przestrzegają ponadto restrykcyjnych zasad żywieniowych. Spożycie wieprzowiny, mięsa nie zabitego w rytualny sposób oraz alkoholu oznacza poważne wykroczenie. W obawie, że niektóre leki mogą zawierać śladowe ilości któregoś z powyższych produktów, część imigrantów może unikać ich przyjmowania. Poszczególne grupy muzułmanów nie akceptują też zabiegów takich jak np. transplantacje organów<sup>40</sup>.

Wielość religii i obyczajów pacjentów imigrantów nie oznacza, że personel medyczny musi w pełni zadowalać wszelkie oczekiwania kulturowe. Powyższe przykłady stanowią tylko wybrane czynniki, które mogą wpływać na relację lekarz-pacjent skutkując nieharmonijną współpracą obu stron i przyczyniać się do niechęci lub braku zaufania do formy świadczonych usług i odbijających się negatywnie w dostępie imigrantów do służby zdrowia w kontekście jakości świadczeń. Zdecydowanie najważniejsza jest w sytuacji zderzenia kultur chęć uzyskania porozumienia i gotowość pójścia na kompromis oraz ogólna wrażliwość obu stron (leczącego i leczonego) na siebie nawzajem. Problemy o charakterze kulturowym wymagają więc pracy od wszystkich włączonych w układ.

### **III PROBLEM DYSKRYMINACJI**

W dostępie do opieki zdrowotnej imigranci spotykają się z dyskryminacją na dwóch poziomach. Pierwszy z nich, poziom instytucjonalny, jest częściowo nie do uniknięcia, jako że, posługując się słowami zawartymi w raporcie Światowej Organizacji Zdrowia: „Kiedy pierwotnie homogeniczne społeczeństwo staje się wieloetniczne i wielokulturowe, jest niemal niemożliwe, że funkcjonujące instytucje

---

<sup>39</sup> Konferencja: różnice kulturowe barierą w dostępie do opieki medycznej”, 26.03.2011. Onet.pl, dostępne online: <http://m.onet.pl/wiadomosci/kraj,cce3p> (31.08.2012).

<sup>40</sup> Health Care Providers’ Handbook on Muslim Patients”, Queensland Government 2010.

będą optymalne dla nowoprzybyłych (...)”<sup>41</sup>. To zjawisko można zaobserwować na przykładzie braku lub niejasności rozwiązań legislacyjnych odnoszących się do warunków korzystania cudzoziemców ze służby zdrowia.

Dyskryminacja na poziomie indywidualnym, jest poważnym utrudnieniem w dostępie cudzoziemców do usług medycznych zarówno pod względem obniżenia jakości świadczeń, kształtowaniu się oporu wobec leczenia, jak i nawet niechęci do konsultacji lekarskiej. Z jednej strony dają tu znowu o sobie znać wszystkie poruszane już kwestie, począwszy od strukturalnych, przez językowe, kulturowe i religijne. Imigranci, jako grupa mniejszościowa mogą czuć się dyskryminowani ze względu na jeden, lub wiele, wymienionych przed chwilą czynników. Z badań Natalii Kurek dotyczących barier w dostępie migrantów do ochrony zdrowia w Polsce wynika, że dyskryminacji i nieprzyjemnego traktowania doświadczyło aż 19% cudzoziemców ubiegających się ochronę międzynarodową w Polsce<sup>42</sup>. Praktyki dyskryminacyjne lekarzy mogą mieć u podstaw szereg czynników. Np. niedostateczną znajomość języka migranta personel medyczny może odbierać jako wyraz niskiego poziomu intelektualnego. Ponadto, niestety wciąż można się jeszcze spotkać z osobami, które, są po prostu uprzedzone wobec cudzoziemców. Kiedy udzielający świadczenia daje to odczuć pacjentowi, takie zachowanie powinno wiązać się z poważnymi konsekwencjami dla leczącego. Uprzedzony lekarz uważający, że migrant nie powinien mieć praw do opieki zdrowotnej, może zachowywać się nieprofesjonalnie i zaniedbywać pacjenta, lub swoim zachowaniem wzbudzać wątpliwości co do jakości i zasadności leczenia<sup>43</sup>.

---

<sup>41</sup> *How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010, s. 7.

<sup>42</sup> N. Kurek, „Ochrona zdrowia nieudokumentowanych migrantów i osób ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce, w: A. Chrzanowska, W. Klaus, *Poza systemem...*, s. 93.

<sup>43</sup> Patrz też: Europejskie Międzykulturowe Miejsca Pracy, „Służba Zdrowia. Badania porównawcze praktyk związanych z miejscami pracy w sektorze służby zdrowia w dziesięciu krajach europejskich”2007.

## **Wnioski i rekomendacje**

Dostęp do systemu ochrony zdrowia, zarówno dla obywateli jak i imigrantów, uzależniony jest od wielu czynników i różni się w odniesieniu do poszczególnych państw. Niestety, w przeważającej większości przypadków, zauważalna jest nierówność między dostępem imigrantów i obywateli do świadczeń medycznych, na korzyść tych ostatnich. Ma na to wpływ szereg czynników, które odnoszą się zarówno do rozwiązań strukturalnych jak i kompetencji kulturowej leczących i leczonych. Ponadto imigranci są wykluczeni zarówno ze względu na swój status prawny, jak i z powodów ekonomicznych, gdyż często należą do grupy charakteryzującej się niskim przychodem<sup>44</sup>, w związku z czym opłaty za usługi medyczne są dla nich dużym ciężarem.

Od strony legislacyjnej, nieudokumentowani migranci doświadczają największych trudności w korzystaniu ze służby zdrowia. Zasadniczo niewystarczające są też rozporządzenia obejmujące szczególną opieką specyficzne kategorie imigrantów, jak kobiety w ciąży, osoby starsze, czy dzieci. Dużą barierą jest też komunikacja z lekarzem. Niewystarczające kompetencje językowe w przypadku posługiwania się terminologią medyczną oraz forma przekazu przy braku tłumaczy mogą wpływać negatywnie na zapewnienie wysokiej jakości świadczeń. Kolejną przeszkodą jest dla imigrantów zespół czynników określonych ogólnym mianem *health literacy*<sup>45</sup>, czyli indywidualnej zdolności odczytu przekazów informacji dotyczących oferty i zakresu usług medycznych, jak również zrozumienia i świadomego podejmowania decyzji odnośnie własnego zdrowia<sup>46</sup>. Ważną kategorią są odmienności na tle kulturowym i religijnym, przy czym często im dalszy jest kraj pochodzenia i mniejsza grupa imigrantów wywodząca się z danego regionu, tym większe prawdopodobieństwo pojawienia się nieporozumień ze stroną medyczną przyczyniające się do pogłębienia poczucie izolacji cudzoziemca.

---

<sup>44</sup> Więcej na ten temat: Caritas Europa, „Migration, a journey into poverty? A Caritas Europa study on poverty and exclusion of immigrants in Europe”, 3<sup>rd</sup> Report on Poverty in Europe 2006, dostępne online: <http://www.caritas-europa.org/module/Filelib/Poverty2006ENWeb.pdf> (03.09.2012).

<sup>45</sup> W dosłownym tłumaczeniu pojęcie to oznacza *alfabetyzm zdrowotny*. Nie ma porozumienia, co do oficjalnej formy tłumaczenia tego pojęcia na język polski. Proponowane terminy tj. *wiedza zdrowotna*, czy *kompetencje zdrowotne* wydają się odbiegać od oryginalnego znaczenia (patrz: E. Iwanowicz „<<Health literacy>> jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego”, *Medycyna Pracy* 60(5), 2009, s. 427-437.

<sup>46</sup> D. Nurbeam, „Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21<sup>st</sup> century”, *Health Promotion International* 15(3), 2000, s. 259-267.



Na podstawie przeprowadzonej analizy nasuwa się przede wszystkim konieczność dalszych badań jakościowych oraz ilościowych w kierunku określenia dostępu cudzoziemców do ochrony zdrowia w subiektywnej ocenie migrantów i personelu medycznego. Zwłaszcza problem relacji między lekarzem a pacjentem migrantem jest mało poznany i wymaga dalszych badań, w celu lepszego opisanie i rozpoznania barier w diagnostyce oraz zapewnieniu wysokiej jakości świadczeń. Zdefiniowanie trudności w komunikacji leczącego i leczonego przyczyni się dalej do wypracowania odpowiedniej metodologii szkoleń dla personelu medycznego, uwrażliwiającego i podnoszącego świadomość odnośnie tematyki migracyjnej.

Tego rodzaju szkolenia, które mogą posłużyć jako przykład dobrych praktyk, były w Polsce zorganizowane przez Urząd do Spraw Cudzoziemców między 1 stycznia a 20 czerwca 2009r. w ramach „Kampanii edukacyjnej na rzecz poprawy zdrowia i opieki medycznej dla osób ubiegających się o status uchodźcy”. Warsztaty przygotowane przez odpowiednio wykwalifikowanych trenerów i ekspertów medycznych skierowane były zarówno do personelu medycznego pracującego z cudzoziemcami, jak i osób ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce i miały na celu promocję zdrowia, lepszą komunikację obu stron oraz, w efekcie, skuteczniejsze leczenie<sup>47</sup>.

Równie ważnym zagadnieniem, jak podnoszenie świadomości i informowanie o zasadach funkcjonowania i uprawnieniach do korzystania z ochrony zdrowia dla cudzoziemców jest praca nad rozwiązaniem kwestii legislacyjnych w kierunku równego dostępu do służby zdrowia migrantów i obywateli. Związana z kryzysem gospodarczym tendencją ostatnich lat do szukania oszczędności, jak pokazuje przykład hiszpański, odbija się negatywnie na polityce zdrowotnej, ograniczając często uprawnienia do bezpłatnych świadczeń. Takie rozwiązanie, którego największą ofiarą padają grupy o niskim statusie majątkowym i społecznym, do których należy duża część cudzoziemców, zwłaszcza migrantów nieudokumentowanych, jest niepokojące i stoi w jawnej sprzeczności z zasadami humanitarnymi oraz antydyskryminacyjnymi.

W świetle badań istotne wydaje się również rozpoczęcie prac nad możliwościami zapewnienia usług tłumaczeniowych dla imigrantów. Trudności komunikacyjne są istotną przeszkodą w zapewnieniu cudzoziemcom odpowiedniego

---

<sup>47</sup> Więcej na ten temat:

[http://www.udsc.gov.pl/Kampania\\_educacyjna\\_na\\_rzecz\\_poprawy\\_zdrowia\\_i\\_opieki\\_medycznej\\_1112.html](http://www.udsc.gov.pl/Kampania_educacyjna_na_rzecz_poprawy_zdrowia_i_opieki_medycznej_1112.html)  
(06.09.2012)

dostępu do opieki zdrowotnej, a ich rozwiązanie przyczyni się do lepszej jakości usług.

Należy zaznaczyć, że zapewnienie równego dostępu imigrantów i obywateli do usług medycznych musi być związane z ogólnym podniesieniem świadomości społecznej o problemach cudzoziemców i konieczności objęcia tej grupy możliwością korzystania z ochrony zdrowia. Osiągnięcie tego celu nie jest zaś możliwe bez wzmocnienia pozycji imigrantów w kontekście zabierania głosu w dyskusji na wspomniany temat oraz wokalizacji potrzeb odnośnie problematyki medycznej.

## **BIBLIOGRAFIA:**

Sh. Alexander, „Humanitarian Bottom League? Sweden and the Right to Health for Undocumented Migrants”, *European Journal of Migration and Law* 12, 2010, s. 215–240.

M. Au, E. Fries Taylor, M. Gold, “Improving Access to Language Services in Health Care: A Look at National and State Efforts”, Mathematica Policy Research Inc., 2009, dostępne online: <http://www.ahrq.gov/populations/languageservicesbr.pdf> (31.08.2012),

C. Björngren Czadra „Policie on Health Care for Undocumented Migrants in EU27. Country Report Germany, lipiec 2010, dostępne online: <http://files.nowhereland.info/658.pdf> (28.08.2012).

S. Bowen, „Language Barriers in Access to Health Care”, Health Canada 2003, dostępne online: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-eng.php> (31.08.2012).

Caritas Europa, „Migration, a journey into poverty? A Caritas Europa study on poverty and exclusion of immigrants in Europe”, 3<sup>rd</sup> Report on Poverty in Europe 2006, dostępne online: <http://www.caritas-europa.org/module/Filelib/Poverty2006ENWeb.pdf> (03.09.2012).

H. Castaneda, „<<Over foreignization>> or <<Unused potential>>? A critical review of migrant health in Germany and response toward unauthorized migration”, *Social Science and Medicine* 74, 2012, s. 830-838.

H. Castaneda „Illegality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic”, *Social Science and Medicine* 68, 2009, s.1552-1560.

A. Chrzanowska, W. Klaus, “Poprawa dostępu migrantów do opieki zdrowotnej. Rekomendacje wynikające z przeprowadzonych badań”, w: idem (red.), *Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową*, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej 2011, s.9-22.

D. Cinciara, K. Dudzik, A. Lewczuk, J. Pinkas, „Liczba, charakterystyka i zdrowie imigrantów w Polsce”, *Problemy Higieny i Epidemiologii* 93(1), 2012, s. 143-150.

D. Cinciara, P. Goryński, W. Seroka „Hospitalizacja migrantów w Polsce”, *Problemy Higieny i Epidemiologii* 92(3), 2011, s. 497-503.

S. Collantes, „Czy osoby ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy oraz nieudokumentowani migrancimają dostęp do opieki medycznej w Unii Europejskiej? Porównanie sytuacji w 16 krajach”, w: A. Chrzanowska, W. Klaus (red.) „*Poza Systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce*”, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Warszawa 2011, s.113-142.

C. B. Cuadra, S. Cattacin, “Policies on Health Care for Undocumented Migrants in the EU 27 and Switzerland: Towards a Comparative Framework”, *Health Care in Nowhereland*, styczeń 2011.

M. Duckett, “Migrants’ Right to Health”, UNAIDS, International Organization for Migration, 2001.

J. Dwyer, "Illegal Immigrants, Health Care, and Social Responsibility," *Hastings Center Report* 34, nr 5, 2004, s. 34-41.

Europejskie Międzykulturowe Miejsca Pracy, „Służba Zdrowia. Badania porównawcze praktyk związanych z miejscami pracy w sektorze służby zdrowia w dziesięciu krajach europejskich”2007.

FRA “Migrants in irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States, 2011, dostępne online:  
[http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/FRA-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare\\_EN.pdf](http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/FRA-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_EN.pdf) (28.08.2012).

M. Gulliford i wsp., „Access to Health Care. Report of a Scoping Exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO)”, 26.02.2001, dostępne online: [http://www.kcl-phs.org.uk/martin/reprints/accessscopingexercise\\_report.pdf](http://www.kcl-phs.org.uk/martin/reprints/accessscopingexercise_report.pdf) (31.08.2012).

H. Grzymała-Moszczyńska, „Uchodźcy jako wyzwanie dla polskiego systemu opieki zdrowotnej”, w: A. Chrzanowska, W. Klaus, *Poza systemem...*, s. 143-160.

“Health Care Providers’ Handbook on Muslim Patients”, Queensland Government 2010.

HUMA, “Access to legal healthcare and living conditions of asylum seekers and unprotected migrants in Cyprus, Malta, Poland and Romania”, HUMA Network, 2010.

Horgas, A. L., Yoon, S. L., Nichols, A. L., & Marsiske, M., “The relationship between pain and functional disability in black and white older adults”, *Research in Nursing and Health*, 31 (4), 2008, s. 341-54.

E. Iwanowicz „<<Health literacy>> jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego”, *Medycyna Pracy* 60(5), 2009, s. 427-437.

N. Jansen i wsp., „Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals?”, *BMC Health Services Research* 11:154, 2011, s.1-10.

M. R. D. Johnson, “Integration of New Migrants: Health”, w: Spencer S. (red.), *Refugees and other new migrants: a review of the evidence on successful approaches to integration*, The Center on Migration, Policy and Society (COMPAS), 2004, s. 57-72.

T. Kaczmarek i wsp. „Nierówności społeczne w dostępie do zdrowia”, *Prob. Hig. Epidemiol*, 88(3), 2007, s. 259-266.

Kaiser Commission on MEDICAID and the Uninsured, “IMMIGRANTS’ HEALTH CARE COVERAGE AND ACCESS” The Henry J. Kaiser Family Foundation, sierpień 2003, dostępne online: <http://www.kff.org/uninsured/upload/immigrants-health-care-coverage-and-access-fact-sheet.pdf> (03.09.2012).

N. Kłorek „Ochrona zdrowia nieudokumentowanych migrantów i osób ubiegający się o ochronę międzynarodową w opinii cudzoziemców”, w: A. Chrzanowska, W. Klaus, *Poza systemem...*, s.45-112.

„Konferencja: różnice kulturowe barierą w dostępie do opieki medycznej”, 26.03.2011. Onet.pl, dostępne online: <http://m.onet.pl/wiadomosci/kraj,cce3p> (31.08.2012).

T. B. Kulik, M. Latański, *Zdrowie Publiczne*, Lublin 2002.

K. Maliński, „Prawne regulacje w zakresie dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce”, w: A. Chrzanowska, W. Klaus (red.) *Poza systemem...*, s. 23-44.

B. Montopoli, “Obama: No healthcare for illegal immigrants”, 21.09.2009, [http://www.cbsnews.com/8301-503544\\_162-5178652-503544.html](http://www.cbsnews.com/8301-503544_162-5178652-503544.html) (28.08.2012).

D. Nurbeam, „Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21<sup>st</sup> century”, *Health Promotion International* 15(3), 2000, s. 259-267.

PICUM “PRESS RELEASE Wide coalition of NGOs urges Spanish MPs to uphold the right of all human beings to Basic health care services”, PICUM 15.05.2012, dostępne online: [http://picum.org/picum.org/uploads/file\\_/pressreleaseSpainHealthCare%20-%20EN\\_2.pdf](http://picum.org/picum.org/uploads/file_/pressreleaseSpainHealthCare%20-%20EN_2.pdf) (28.08.2012).

PICUM, “Access to Health Care is a Basic Human Right . Joint Civil Society Statement on Access to Health Care Services for Undocumented Migrants in Spain”, PICUM dostępne online: [http://picum.org/picum.org/uploads/file\\_/JointStatementSpainHealthCare%20-%20EN\\_1.pdf](http://picum.org/picum.org/uploads/file_/JointStatementSpainHealthCare%20-%20EN_1.pdf) (28.08.2012).

J. Pręgiel-Kamrat „Prawo do ochrony zdrowia”, artykuł dostępny na stronie: [http://bazaprogramow.zdrowiedlapomorznan.pl/public\\_html/upload/Prawo%20do%20ochrony%20zdrowia.pdf](http://bazaprogramow.zdrowiedlapomorznan.pl/public_html/upload/Prawo%20do%20ochrony%20zdrowia.pdf) , (28.08.2012)

P. Ravanfar, J.G. Dinulos, „Cultural practices affecting the skin of children”, *Current Opinion in Pediatrics*, sierpień 2010, 22(4), s. 423-431.

R. Romero-Ortuno, „Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned?”, *European Journal of Health Law* 11, 2004, s. 245-272.

M. Singh Setia, A. Quesnel-Vallee, M. Abrahamowicz, P. Tousignant, J. Lynch, “Access to health-care in Canadian immigrants: a longitudinal study of the National

Population Health Survey”, *Health and Social Care in the Community* 19(1), 2011, s. 70–79.

WHO, “Everybody’s business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO’s Framework for Action”, WHO, [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf) (28.08.2012).

WHO, “How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity”, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.

S. Yeo, “Language Barriers and Access to Care”, *Annu Rev Nurs Res.* 22, 2004 s. 59-73.

Za treść publikacji odpowiada Instytutu Spraw Publicznych, poglądy w niej wyrażone nie odzwierciedlają oficjalnego stanowiska Unii Europejskiej.

Projekt: „Polskie Forum Integracyjne II” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu na Rzecz Integracji Obywateli Państw Trzecich oraz z budżetu państwa.



Copyright by Fundacja Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2012.  
Przedruk materiałów Instytutu Spraw Publicznych w całości lub części możliwy jest wyłącznie za zgodą Instytutu.

Cytowanie oraz wykorzystanie danych empirycznych dozwolone jest z podaniem źródła.

Instytut Spraw Publicznych  
ul. Szpitalna 5 lok. 22  
00-031 Warszawa  
tel. +48 022 556 42 99, fax +48 022 556 42 62  
e-mail: [isp@isp.org.pl](mailto:isp@isp.org.pl), [www.isp.org.pl](http://www.isp.org.pl)