

ROZDZIAŁ XII

Jerzy Bertrandt, Beata Sokołowska

Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

KRYZYS MIGRACYJNY W EUROPIE A RYZYKO ZAGROŻENIA BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO POLSKI

Wstęp

Zapewnienie odpowiednich standardów opieki i pomocy udzielanej uchodźcom i migrantom przybywającym do Europy jest istotne nie tylko z punktu widzenia zdrowia ludności, ale ma również podstawowe znaczenie dla ochrony i upowszechniania praw człowieka oraz ochrony społeczności krajów przyjmujących przesiedleńców. Działania te są zgodne z filozofią polityki ramowej przyjętej w Europejskim Regionie WHO – Zdrowie 2020 dotyczącej zdrowia i dobrostanu, która została uzgodniona przez 53 państwa członkowskie Europejskiego Regionu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Wspólnie ustalone cele zakładają: „...znaczącą poprawę stanu zdrowia i dobrostanu ludności, zmniejszenie nierówności zdrowotnych, wzmocnienie zdrowia publicznego i zapewnienie systemów ochrony zdrowia zorientowanych na pacjenta, które są powszechne, równe, trwałe i wysokiej jakości....”¹. Wpisują się one także, w przyjętą w roku 2008 przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia, tematykę rezolucji WHA 61.17 w sprawie zdrowia migrantów².

1. Bezpieczeństwo zdrowotne – definicja i unormowania prawne

Zdrowie jest podstawową wartością w życiu ludzi, a prawo do zdrowia należy do podstawowych praw człowieka. Realizacja tego prawa w stopniu gwarantującym bezpieczeństwo zdrowotne obywateli musi być wspierana skuteczną polityką państwa. Zdrowie jest także nierozzerwalnym elementem poczucia bezpieczeństwa, przez co tworzy nową wartość, tj. „bezpieczeń-

¹ Zdrowie 2020. Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka. Europejski Komitet Regionalny WHO. Sześćdziesiąta druga sesja, Malta, 10-13 wrzesień 2012.

² WHA61/2008/REC/1. Sixty-first World Health Assembly, WHO, Geneva, 19-24 May 2008. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-en.pdf (dostęp 23.04.2016).

stwo zdrowotne”. Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli jest zatem jednym z najistotniejszych elementów bezpieczeństwa narodowego³. Gwarantują to artykuły 66 i 68 Konstytucji RP⁴. Bezpieczeństwo zdrowotne może być także definiowane przez pryzmat zagrożeń zdrowotnych, co w kontekście szerokich i wieloczynnikowo uwarunkowanych przemian współczesnego świata, staje się nie tylko wyzwaniem, ale także wymogiem dla wielosektorowych działań praktycznych.

Bezpieczeństwo zdrowotne stało się także strategicznym priorytetem UE. Istotą strategii UE z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego jest równość obywateli w dostępie do opieki zdrowotnej, tak aby każdy, bez względu na wiek, płeć, miejsce zamieszkania i zamożność w razie poczucia zagrożenia zdrowotnego mógł skorzystać z odpowiedniej opieki zdrowotnej. Odnosząc się w tym kontekście do bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski należy mieć na uwadze zarówno wszystkie czynniki promujące zdrowie, jak i te mogące niekorzystnie wpływać na sytuację zdrowotną państwa.

Opierając się na definicji pojęcia „bezpieczeństwo”, możemy zdefiniować bezpieczeństwo zdrowotne jako stan braku poczucia zagrożenia, w tym przypadku zagrożenia mogącego doprowadzić do pogorszenia lub utraty zdrowia człowieka. Zagrożeniami takimi, bezpośrednio odczuwanymi przez człowieka, są głównie choroby.

Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli jest jednym z najistotniejszych elementów bezpieczeństwa narodowego⁵. Niewłaściwy poziom bezpieczeństwa zdrowotnego odpowiada subiektywnemu poczuciu zagrożenia, jakie spotyka ludzi i ich najbliższe otoczenie w przypadku podejrzenia, zaistnienia lub trwania określonego zespołu chorobowego. Redukcję lub eliminację tego niekorzystnego wrażenia można traktować jako dojście do pewnego rodzaju dobrostanu, czyli poczucia braku zagrożenia, a więc pełnego bezpieczeństwa zdrowotnego. Wiąże się ono z przeświadczeniem człowieka o możliwości uzyskania wymaganego świadczenia zdrowotnego oraz nieskrępowanym dotarciem do świadczeniodawcy⁶.

Na bezpieczeństwo zdrowotne istotny wpływ ma wiele czynników, stąd też termin ten obejmuje nie tylko typową ochronę zdrowia tj. zapobieganie chorobom, diagnozowanie, leczenie i szerokie udostępnianie usług medycznych, ale także działalność instytucji niemedyycznych, kształtujących

³ Bezpieczeństwo zdrowotne. BBN a ochrona zdrowia, http://www.bbn.gov.pl/porta1/pl/532/2046/BBN_a_ochrona_zdrowia.html, (dostęp: 09.05.2016).

⁴ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483.

⁵ Bezpieczeństwo zdrowotne. BBN a ochrona zdrowia, 2010.01.12, http://www.bbn.gov.pl/porta1/pl/532/2046/BBN_a_ochrona_zdrowia.html, (dostęp: 09.05.2016)

⁶ J. Ruszkowski, Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego, http://www.mrr.gov.pl/rozwoj_regionalny/Polityka_rozwoju_SRK/Ekspertyzy_aktualizacja_SRK__1010/Documents/Ekpertyza_Prof_Ruszkowski_6.pdf, 05.10.2011, 3-6, 6-7.

postawy prozdrowotne poprzez edukację, preferowanie prozdrowotnego modelu żywienia i bezpiecznej żywności, higienicznego stylu życia, bezpiecznych warunków pracy oraz ochronę środowiska naturalnego, a także niwelowanie lub ograniczanie zagrożeń zdrowotnych związanych z masowymi migracjami ludności.

Pojęcie „bezpieczeństwo zdrowotne” w ostatnich latach nabiera nowej treści. Dzieje się tak dlatego, że zaczęliśmy dostrzegać w zdrowiu podstawową wartość życiową i niezbędny warunek naszego prawidłowego funkcjonowania. Bezpieczeństwo zdrowotne jest więc procesem pozwalającym każdemu człowiekowi wpływać na jego stan zdrowia, w sensie jego poprawy i utrzymania. Dla wypełnienia, sprecyzowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), definicji zdrowia, a więc osiągnięcia dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego potrzebne jest działanie zarówno jednostki, jak i całych społeczności. Dlatego bezpieczeństwo zdrowotne powinno być rozpatrywane w kategoriach wiedzy i zasobów, na których człowiek mógłby opierać się w życiu codziennym. W związku z tym, że zdrowie oznacza pełną sprawność fizyczną i psychiczną jednostki, jak i osiąganą sprawność w życiu społecznym, odpowiedzialność za jego bezpieczeństwo ponosi nie tylko on sam, czy też służba zdrowia, lecz jest ono także zależne od wszystkich dziedzin aktywności społecznych, które wywierają bezpośrednio, czy też pośrednio wpływ na bezpieczeństwo zdrowotne człowieka⁷. Stąd też dbałość o bezpieczeństwo zdrowotne obywateli w Polsce wymaga skoordynowanego kształtowania jego składowych tak w skali kraju, jak i na poszczególnych szczeblach podziału administracyjnego państwa.

2. Kryzys imigracyjny w Europie

Migracje towarzyszą ludziom od zarania dziejów. Odkąd tylko na ziemi pojawił się człowiek, wędrówki stały się nieodzownym elementem jego życia. Pomimo tego iż przybierają różne formy, to jednak ich cel jest zazwyczaj taki sam – zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych człowieka. Kiedyś tą główną potrzebą było zdobywanie pożywienia. Obecnie ludzie najczęściej migrują ze względów ekonomicznych, chcą poprawić swoją pozycję społeczną i zapewnić sobie lepsze warunki do życia.

Związane z przemieszczaniem się ludności zjawisko uchodźstwa jest także znane od zarania dziejów. Wygnanie, bądź banicja, były w społeczeństwach przedpaństwowych jedną z najbardziej surowych kar, rodzajem „śmierci społecznej”. Instytucja „azylu”, czyli przyjmowania uchodźców, też nie jest współczesnym wynalazkiem. Należy ona do uniwersaliów kultu-

⁷ I. Taranowicz, *Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami. Analiza socjologiczna*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2010, s. 23.

rowych, gdyż w większości znanych nam społeczeństw i kultur istniały zawsze jakieś formy ochrony osób wypędzonych i prześladowanych⁸.

Następujące w wyniku przemieszczania się ludności zmiany demograficzne jakie obserwujemy w ostatnim czasie, mogą mieć wpływ na rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych. W ciągu dziejów to właśnie migracje ludności były źródłem wszelkich epidemii.

Według danych opublikowanych w 2013, przez International Organization for Migration (IOM), ponad 214 milionów ludzi żyje poza krajami swojego pochodzenia. Przyczyny, które spowodowały, że opuścili oni miejsce swojego pochodzenia i zamieszkania były różne. Konflikty krajowe, prześladowania polityczne, ubóstwo, dyskryminacja i brak dostępu do podstawowych usług oraz poszukiwanie nowych możliwości, zwłaszcza jeśli chodzi o pracę lub naukę, a także klęski żywiołowe, czy degradacja środowiska, to główne powody migracji ludności⁹.

Obserwowany w latach 2014 – 2016 masowy napływ imigrantów do Europy, określany jest jako najostrzejszy kryzys migracyjny po drugiej wojnie światowej. Wszystko wskazuje na to, że kryzys związany z uchodźcami w Europie nie jest chwilowy. Przemawia za tym wiele czynników, zarówno po stronie tzw. krajów wysyłających, jak i przyjmujących. Po stronie krajów wysyłających zasadniczą rolę odgrywają sukcesywnie i radykalnie pogarszające się warunki klimatyczne, gospodarcze oraz społeczne, a także brak bezpieczeństwa na Bliskim Wschodzie i w Afryce Północnej. Po stronie krajów przyjmujących duże znaczenie mają uprzedzenia i nieprzychylnie postawy społeczne wobec uchodźców i cudzoziemców.

Kryzys dotyczy zarówno migracji zarobkowej, jak i uchodźców. Oznacza to także wielkie wyzwanie dla zdrowia publicznego, przede wszystkim dlatego, że nielegalni przybysze pochodzą m.in. z Afryki i Bliskiego Wschodu, gdzie stan sanitarno-higieniczny jest zły, a endemicznie występuje wiele chorób zakaźnych i pasożytniczych. Problemy zdrowotne, z jakimi borykają się migranci i uchodźcy są podobne do tych, jakie występują w ich kraju pochodzenia. Przerwanie opieki zdrowotnej w swoim kraju pochodzenia i ograniczony dostęp do świadczeń zdrowotnych podczas podróży może doprowadzić do przerwania leczenia wymaganego do zwalczania chorób przewlekłych oraz powstawania ognisk chorób zakaźnych i pasożytniczych.

Rozważając problematykę zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego wynikającego z migracji ludności należy zdefiniować pojęcia migracji, migranta i uchodźcy. Co to jest migracja, kim jest imigrant, a kim uchodźca?

⁸ I. Czerniejewska, I. Main, *Uchodźcy: teoria i praktyka*, Stowarzyszenie Jeden Świat, Poznań 2008, s. 68.

⁹ *International Migration, Health and Human Rights. International Organization for Migration*, Geneva 2013, s. 7.

Migracja, tak jak każde pojęcie, nie ma jednej konkretnej definicji. Najprościej można ją określić jako zmianę miejsca pobytu¹⁰. Migracja to ruch ludzi z jednej jednostki geograficznej do drugiej, którzy chcą osiedlić się definitywnie lub czasowo w innym miejscu niż ich miejsca pochodzenia. Współcześni socjolodzy, pojęciem migracja (od łac. migratio – wędrowanie) obejmują wszystkie rodzaje i kierunki ruchów ludnościowych związanych z trwalszą zmianą miejsca pobytu, natomiast pojęcia takie jak emigracja, imigracja, reemigracja oznaczają ruchy jednokierunkowe w sensie osiedleńczym. W ujęciu socjologicznym przez migrację rozumiemy taki ruch ludnościowy z jednego miejsca na drugie, który powoduje zmiany w strukturze społecznej środowiska, z którego ludzie wychodzą oraz środowiska, do którego napływają, a także, który przenosi wartości kulturalne z jednego siedliska do drugiego¹¹.

Wyróżniono dwa procesy dotyczące migracji: imigrację oraz emigrację. Imigracja, to przyjazd do innego kraju w celu osiedlenia się tymczasowo bądź na stałe, natomiast emigracja to najczęściej dobrowolny wyjazd ze swojego ojczystego kraju. Pojęciem przeciwnym do emigracji jest reemigracja, tj. powrót do kraju ojczystego. Procesy te łączą się ze sobą, a imigracja często staje się wynikiem emigracji¹². Migracja nie jest pojedynczym aktem przekraczania granicy, lecz procesem, który trwa cały czas i ma znaczący wpływ na wszystkie aspekty życia osób migrujących. Stąd też migracją często nazywamy wszelki rodzaj przemieszczania się osób, niezależnie od długości czasu i przyczyn, który obejmuje również uchodźców, osoby wysiedlone i migrantów ekonomicznych¹³.

Formy migracji można podzielić zgodnie z motywem (motywy ekonomiczne, łączenie rodzin, uchodźcy) lub statusem prawnym (nielegalna migracja). Migracje legalne mają miejsce wówczas, gdy ktoś przemieszcza się legalnie i posiada dokumenty na legalny pobyt, podczas gdy migracje nielegalne, to nielegalny pobyt osób w obcym państwie, najczęściej związany z nielegalnym przekroczeniem granicy.

Migracja może być także określona jako proces przemieszczania się do drugiego kraju, wówczas nazywana jest migracją międzynarodową, albo w obrębie danego państwa, czyli tzw. migracja wewnętrzna.

W polityce migracyjnej większość krajów rozróżnia kilka kategorii. Różnice istniejące między krajami wskazują, że nie istnieją obiektywne de-

¹⁰J. Kubitsky, *Psychologia migracji*, Wydawnictwo Difin SA, Warszawa 2012, s. 7.

¹¹D. Jurczak, *Migracja legalna i nielegalna we współczesnej Polsce*, „Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy” 2001, nr 1, 51-70.

¹²E. Marek, *Migracje zagraniczne i uchodźstwo we współczesnym świecie*, „Polityka Społeczna” 1995, nr 3, s. 1-2.

¹³*International Migration Law. Glossary on Migration. International Organization for Migration*, Geneva 2004.

finicje migracji, a co za tym idzie, powszechna jest kategoryzacja migrantów międzynarodowych, która obejmuje:

1. Tymczasowi migranci zarobkowi (znani również jako zagraniczni pracownicy kontraktowi), to ludzie, którzy migrują przez ograniczony okres czasu w celu podjęcia pracy.
2. Wysoko wykwalifikowani migranci biznesowi: ludzie z kwalifikacjami kadry kierowniczej, specjaliści, technicy, którzy przemieszczają się w obrębie wewnętrznych rynków pracy ponadnarodowych korporacji i organizacji międzynarodowych, lub którzy poszukują zatrudnienia za pośrednictwem międzynarodowych rynków pracy.
3. Nielegalni imigranci (nieudokumentowana/nielegalna imigracja): ludzie, którzy wjeżdżają do innego kraju, najczęściej w poszukiwaniu pracy, bez niezbędnych dokumentów i zezwoleń.
4. Przymusowa migracja: dotyczy nie tylko uchodźców i azylantów, ale także ludzi, którzy zmuszeni są do przeniesienia się ze względu na czynniki zewnętrzne.
5. Członkowie rodzin (łączenie rodzin/zjednoczenie rodzin migrantów): ze względu na więzi ludzie migrują do swoich rodzin, które wcześniej opuściły kraj. Często zdarza się że tymczasowy pobyt kończy się osiedleniem w nowym kraju. Wiele krajów uznaje prawo do łączenia rodzin, ale dotyczy to wyłącznie legalnych imigrantów¹⁴.

W ostatnich latach szczególnego znaczenia nabrało pojęcie nielegalnej imigracji, szczególnie do krajów Europy Zachodniej. Nielegalni migranci to ludzie, którzy mieszkają w innym kraju bez zezwolenia, a władze państwa nie mają informacji o ich pobycie. Obejmuje ona także ludzi, którzy odwiedzają kraj w celach edukacyjnych, zdrowotnych, czy turystycznych i nie wracają do własnego kraju. Mimo że wyjechali legalnie, ich pobyt stał się nielegalny ponieważ przekroczyli okres czasu, który został im wyznaczony. W podobnej sytuacji znajdują się również ci ludzie, których ważność dokumentów wygasła, bądź posługują się fałszywymi dokumentami. Każdy naród, czy kraj ma zasady i przepisy, które pozwalają kontrolować ludzi pochodzących z innych państw. Nielegalna migracja jest to zatem ruch ludności, który odbywa się poza normami regulacyjnymi wysyłającego, czy tranzytu w krajach przyjmujących. Nie ma jednoznacznej, powszechnie akceptowanej definicji nielegalnej migracji. Z punktu widzenia krajów docelowych jest to wjazd, pobyt lub praca w innym kraju bez koniecznego zezwolenia lub dokumentów wymaganych przepisami imigracyjnymi. Z punktu widzenia kraju wysyłającego, nieprawidłowość widoczna jest w przypadkach, w których dana osoba przekracza granicę międzynarodową bez ważnego paszportu lub dokumentu podróży, lub nie spełnia wymogów admini-

¹⁴S. Castles, *International migration at the beginning of the twenty-first century*, "International Social Science Journal" 2000, nr 52, s. 165, 269-281.

stracyjnych potrzebnych dla opuszczania kraju. Istnieje jednak tendencja ograniczania użycia terminu „nielegalnej migracji” do przypadków przemytu migrantów i handlu ludźmi. Migracja staje się nielegalna, jeśli ludzie nie mają pozwolenia na opuszczenie własnego kraju lub przekroczenie granicy innego. W ostatnim czasie, nielegalna migracja znacznie wzrosła. Migranci często spotykają się ze zjawiskiem jakim jest handel ludźmi. Dotyczy to zarówno mężczyzn, kobiet, jak i dzieci. Nierzadko w kraju docelowym, mężczyźni stają się niewolnikami, wykorzystywani są do pracy fizycznej z pominięciem wszystkich przepisów prawnych, a kobiety przemycane są w celach seksualnych. Wielu nielegalnych migrantów ma problemy z odnalezieniem się w nowym kraju, niekiedy przychodzi im żyć w trudnych warunkach, ponieważ brak odpowiednich dokumentów ogranicza znalezienie pracy. Głównym czynnikiem przyczyniającym się do nielegalnej migracji jest zamożność kraju docelowego. Napływ nielegalnych migrantów najczęściej dokonywany jest z krajów biedniejszych.

Nielegalna imigracja może przyjmować różne formy. Jedną z nich dotyczy nieudokumentowanych nielegalnych migrantów, którzy są obywatelami jednego państwa i wjeżdżają do innego kraju potajemnie. Nielegalna migracja dotyczy też osób z fałszywymi dokumentami, które są sprawdzane w momencie wejścia do innego kraju. Oszustwa, o których mowa, mogą dotyczyć tożsamości osoby bądź samego dokumentu, który zezwala na przekroczenie granicy. Fałszywe dane migranta pozwalają na otrzymanie odpowiednich dokumentów zezwalających na pobyt w danym kraju. Nieprzestrzeganie czasu trwania ważności wiz obejmuje te osoby, które wchodzi do innego kraju legalnie ale chcą „uparcie” przedłużyć okres prawnego pobytu. Pomimo ukończenia terminu ważności odpowiednich dokumentów, osoby te pozostają dalej w kraju, a ich pobyt staje się wówczas nielegalny. Wiele wspólnego z nielegalną migracją mają również osoby naruszające warunki wizy. Są to obywatele jednego państwa, którzy przekraczają granicę drugiego kraju z odpowiednimi dokumentami, ale w pewnym momencie naruszają warunki wizy. Najczęstszym powodem naruszenia jest zatrudnienie i praca. Naruszenie dokonywane jest najczęściej przez osoby o szczególnych przywilejach wizowych. Posiadanie wizy „border crosser visas”, pozwala mieszkańcom terenów przygranicznych na pobyt i zatrudnienie w sąsiadującym kraju. Taki pobyt określony jest szczególnymi prawami, dotyczącymi określonego czasu i miejsca. Niestety bardzo często występuje nadużywanie przepisów migracyjnych. Naruszenie prawa bywa niekiedy lekceważone przez władze, ponieważ sytuacje do których dochodzi są krótkotrwałe i nie stanowią poważnego zagrożenia dla społeczeństwa. Co więcej, pod względem administracyjnym i regulacyjnym, wiele z tych naruszeń jest wynikiem sztywnych reguł i biurokracji migracyjnej. Z roku na rok liczba składanych petycji migracyjnych zwiększa się. Wiele

osób ubiega się o zmianę statusu, ale ze względu na długi proces orzekania wiele z nich staje się nielegalnymi migrantami.

Imigrant albo migrant – to osoba, która opuszcza swój kraj po to by poprawić jakość swojego życia – w celu znalezienia lepszej pracy, szkoły, albo by dołączyć do członków rodziny. Imigranci nie uciekają przed wojną i prześladowaniem, do swojego kraju mogą bezpiecznie wrócić, a władze państwa z którego pochodzą zapewniają im ochronę prawną. Migrant może być rozumiany także jako każda osoba, która mieszka na stałe lub czasowo w kraju, w którym się nie urodziła ale poprzez pobyt nabyła pewnych więzi społecznych. To jednak może być zbyt wąska definicja, bowiem zgodnie z zasadami obowiązującymi w niektórych państwach, dana osoba może zostać uznana za migranta nawet wtedy, gdy rodzi się w tym kraju. Migranci są to ludzie, którzy decyzję kiedy należy opuścić kraj i gdzie się udać podejmują dobrowolnie i z pełną świadomością, choć te wybory są czasami bardzo ograniczone¹⁵.

Uchodźca, zgodnie z definicją zawartą w konwencji dotyczącej statusu uchodźców, sporządzoną w Genewie dnia 28 lipca 1951 r., którą Polska ratyfikowała w 1991 r., to: „osoba, która żywi uzasadnioną obawę przed prześladowaniem z powodu swojej rasy, religii, narodowości, przynależności do określonej grupy społecznej lub poglądów politycznych, znajduje się poza terytorium kraju, którego jest obywatelem i – z powodu tych obaw – nie chce, lub nie może do tego kraju powrócić”¹⁶. W Konwencji umieszczono też zasadę niezawracania, tzw. non-refoulement. Uchodźcy nie wolno zawrócić do kraju pochodzenia, jeśli groziłoby mu tam niebezpieczeństwo prześladowania. Istnieją tu dwa wyjątki – jeśli osoba zagraża bezpieczeństwu państwa przyjmującego lub jest prawomocnie skazanym zbrodniarzem wojennym. Wszystkie państwa UE są sygnatariuszami Konwencji, a odnośniki do niej znajdują się w Karcie Praw Podstawowych UE – przez co jest ona włączona bezpośrednio do prawa wspólnotowego. Z czasem ONZ poszerzyło definicję uchodźcy. Słowo to zostało rozwinięte o potomków uchodźców w przypadku dwóch konkretnych grup, a mianowicie o palestyńskich uchodźców i uchodźców saharyjskich. W efekcie, większość zarejestrowanych uchodźców w tych grupach to uciekinierzy. W tych dwóch przypadkach ONZ uważa, że status uchodźcy jest dziedziczony i tym samym kwalifikuje się ich do udzielenia pomocy, pod warunkiem spełnienia określonych kryteriów ustanowionych przez ONZ i Agencję Pomocy¹⁷.

¹⁵Migracja i integracja – podstawowe pojęcia i definicje, <http://social.coe.int/en/cohesion/action/publi/migrants/concepts.htm#back1> dostęp (dostęp: 05.04.2016 r.).

¹⁶*Convention and protocol relating to the status of refugees, United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), UN General Assembly 1951; Konwencja dotycząca statusu uchodźców z 28 lipca 1951 r., Dz. U. 1991 nr 119 poz. 51.*

¹⁷*Convention governing the specific aspects of refugee problems in Africa, Addis Abbeba 10-th of September 1969, art. 1.*

Uchodźcy uciekają przed wojną i prześladowaniami, podczas gdy imigranci/migranci wyjeżdżają z innych powodów – najczęściej ekonomicznych. O ile uchodźca jest chroniony przez prawo międzynarodowe, o tyle migrant może zostać odesłany z powrotem do swojego kraju.

Pojęcie „uchodźca” kojarzone jest z osobą zawieszoną między dwoma światami, która opuszcza jedną zbiorowość, ale nie pojawia się jeszcze w drugiej, jako jej współczłonek. Więzy ze swoją dotychczasową społecznością zostały utracone, ale nie zdołała zawiązać więzi w nowym kraju. Uchodźcy często próbują w nowym miejscu pamiętać o swoich korzeniach i kulturze, a niekiedy starają wdrożyć w życie swoją kulturę z kraju, z którego pochodzą. Taki proces dotyczy tych uchodźców, którzy trafiają do obcego kraju. Do zmiany miejsca zamieszkania podchodzą bardzo emocjonalnie, a ponieważ ich dotychczasowe życie uległo diametralnej zmianie, zdarza się że emocji towarzyszy rozłąka z rodziną i strach przed całym procesem migracji. W niedługim czasie stają się ofiarami bezdomności kulturowej, a proces odnalezienia się w nowym miejscu jest indywidualną kwestią i może zająć wiele czasu¹⁸.

Uchodźcy to nie tylko ludzie, to również pewnego rodzaju status prawny i polityczny wytworzony przez organizacje humanitarne i rządy państw. Sama definicja „uchodźcy” jest niezmienna już od ponad 60 lat. Zmieniła się jedynie jej interpretacja, sposób jej postrzegania, tak jak uległy zmianie skłonności ruchów migracyjnych. Biorąc pod uwagę status prawny, to uchodźcy pod tym względem uczestniczą w sposób pośredni, ponieważ przybywając do drugiego kraju, spotykają konkretnie ustalone przepisy prawne, których muszą przestrzegać¹⁹.

W regionie europejskim WHO mieszka 77 milionów migrantów, co stanowi 8% ludności²⁰. W 2014 roku, łącznie 3,8 miliona ludzi wyemigrowało do jednego z 28 państw członkowskich UE, a co najmniej 2,8 mln emigrantów opuściło państwa członkowskie UE. Wśród 3,8 miliona imigrantów znajdowało się około 1,6 miliona obywateli państw trzecich, 1,3 miliona osób z obywatelstwem w innym państwie członkowskim UE niż to, do którego wyemigrowali, oraz 12400 bezpaństwowców. Najwięcej migrantów trafiło do Niemiec – 884,9 tysięcy, chociaż według danych niemieckich liczba ich była znacznie większa i przekroczyła milion. Do Wielkiej Brytanii przybyło 632 tysiące imigrantów, do Francji -339,9 tys., Hiszpanii – 305,5 tys., a do Włoch – 277,6 tys.²¹ Wprawdzie nie wszystkie osoby przybywają-

¹⁸I. Czerniejewska, I. Main I, op. cit.

¹⁹C. Hardy, *Refugee Determination: Power and Resistance in System of Foucauldian Power*, „Administration & Society” 2003, nr 34/4, s. 462-488.

²⁰*Public Health Aspects of Migration in Europe*, WHO, 18 November 2015.

²¹*Migration and migrant population statistic. Eurostat statistic Explained*, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics (dostęp: 04.05.2016 r.).

ce do Europy ubiegają się o azyl, to jednak w 2015 roku najwyższą liczbę nowych wniosków o azyl – 476,000 złożono w Niemczech. Ponieważ coraz więcej imigrantów do Europy odbywa podróż drogą lądową przez Grecję i Bałkany Zachodnie, to na drugim miejscu uplasowały się Węgry – 177,130 aplikacji o azyl.

Jak podają dane Międzynarodowej Organizacji do Spraw Migracji (IOM), w roku 2015 ponad milion ludzi dotarło do Europy w sposób sprzeczny z prawem. Spośród łącznie 1,005,504 przyjazdów do dnia 21 grudnia, zdecydowana większość – 816,752 – przybyła drogą morską do Grecji, a 150,317 osób przybyło drogą morską do Włoch. Pozostali trafili do Hiszpanii, na Maltę i Cypr. 34215 osób przedostało się do krajów europejskich drogami lądowymi, głównie przez granicę turecko-bułgarską²².

Od lipca 2015 do maja 2016 roku ponad 1 milion osób wystąpiło o azyl w Europie. Udział imigrantów wśród ludności wzrósł w tym czasie najbardziej w Szwecji, na Węgrzech, w Austrii i Norwegii, o co najmniej 1 punkt procentowy. Liczba ostatnio przybyłych imigrantów spowodowała, że już znaczna część populacji urodzonych za granicą mieszka w Szwecji, Norwegii i Austrii, co powoduje, że w 2016 roku w tych krajach imigranci stanowią 15% lub więcej całej populacji. Szwecja miała największy wzrost, wynoszący od około 16,8% w 2015 roku do 18,3% w roku 2016, co stanowiło wzrost o 1,5 punktu procentowego. Liczba osób urodzonych zagranicą wynosiła w Norwegii w 2016 roku 15,3%, a w Austrii 18,5% ogółu ludności i wzrosła o około 1 punkt procentowy w tym samym okresie. Także w europejskich krajach o mniejszych społecznościach wzrosła liczba imigrantów. Na Węgrzech i w Finlandii liczba urodzonych poza granicami tych państw znacznie wzrosła z powodu gwałtownego wzrostu migracji w latach 2015-2016. Na Węgrzech zanotowano wzrost z 4,6% w 2015 roku do 5,8% w roku 2016, a w Finlandii udział urodzonych zagranicą wzrósł szacunkowo o 0,8 punktów procentowych, z 5,7% do 6,5%²³.

3. Zdrowotne aspekty migracji

Migracja obejmuje różnorodną grupę ludzi, w tym migrantów legalnych, nielegalnych, ofiary handlu ludźmi, osoby ubiegające się o azyl, uchodźców, wysiedleńców oraz tych powracających. We współczesnym świecie migracje są w coraz większym stopniu częścią życia codziennego, stąd konsekwencje zdrowotne

²²*Over a million migrants and refugees have reached Europe this year, says IOM*, www.theguardian.com/world/2015/dec/22/one-million-migrants-and-refugees-have-reached-europe-this-year-iom (dostęp: 04.05.2016 r.).

²³*Immigrant share of population jumps in some European countries. Facts and Trends Shaping Your World Fact Tank – Our Lives in Numbers*, June 15, 2016. <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2016/06/15/immigrant-share-of-population-jumps-in-some-european-countries/> (dostęp: 15.06.2016 r.).

wynikające z migracji i zdrowia migrantów muszą być uznane za ważny aspekt w kształtowaniu polityki zdrowotnej państw przyjmujących przesiedleńców²⁴. Masowa migracja sama w sobie zwiększa ryzyko zakażeń, zwłaszcza gdy przemieszczający się ludzie (uchodźcy) są niedożywieni, żyją w dużych skupiskach o niskim poziomie higieny i mają niewystarczające zasoby wody. Często ma również miejsce niewłaściwe stosowanie antybiotyków, co przyczynia się do pojawiania i rozprzestrzeniania się antybiotykoopornych mikroorganizmów. W nowych miejscach migranci mogą być bardziej podatni na wiele chorób zakaźnych, związanych ze złymi warunkami mieszkaniowymi (gruźlica i infekcje dróg oddechowych). Migracja naraża ludzi na kontakt z nowymi zarazkami i wektorami, jak również nową pulą genową, układami immunologicznymi, modelami zachowań i technologiami, co ma wpływ na wzrost ryzyka infekcji²⁵.

O ile imigranci są z reguły zdrowsi od innych mieszkańców ich kraju pochodzenia, w kraju przyjmującym mogą doświadczać większych problemów ze zdrowiem niż średnia dla osób należących do społeczności przyjmującej. Jest to spowodowane m.in.:

- stresem psychologicznym i społecznym – wynikającym z nieznaności kultury, nielegalnego statusu, zmiany środowiska, nieznaności języków obcych, braku zaufania, niedoinformowania, kwestii związanych ze zdrowiem psychicznym;
- ryzykiem zachorowania nabytym w kraju pochodzenia;
- ubóstwem i pracą w niebezpiecznych warunkach;
- trudnościami w dostępie do służby zdrowia i informacji o świadczeniach zdrowotnych oraz do służb zajmujących się krzewieniem zdrowia i profilaktyką;
- dodatkowymi zagrożeniami w kraju przyjmującym;
- warunkami mieszkaniowymi.

Wśród imigrantów z pewnych terenów występuje wyższa zachorowalność na choroby zakaźne i częściej występują u nich przewlekłe stany chorobowe, takie jak choroby psychiczne, choroba wieńcowa, choroby układu oddechowego i cukrzyca²⁶.

Zagrożenia zdrowotne wynikające z procesów migracyjnych dotyczą zarówno warunków życia migrantów przed wyjazdem, jak i w czasie ich podróży i po przybyciu do kraju docelowego, z możliwymi skutkami dla społeczeństwa kraju przyjmującego przesiedleńców.

²⁴T. A. Arcury, S. Quandt, *Delivery of Health Services to Migrant and Seasonal Farmworkers*, "Annual Review of Public Health" 2007, nr 28, s. 345-363.

²⁵World Health Organization. *Globalization and infectious diseases: a review of the linkages*, Geneva: WHO; 2004, s. 5-49.

²⁶Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie „Zdrowie a migracja”, Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny, SOC/274 Zdrowie a migracja, Bruksela, 11 lipca 2007 r.

Dla osób migrujących już sama migracja może mieć negatywne skutki zdrowotne z powodu ich stanu fizycznego, jak również psychospołecznych obciążeń doświadczanych przez przesiedleńców przez cały proces migracji. Traumatyczne wydarzenia będące przyczyną podjęcia decyzji o przesiedleniu, z reguły prowadzą do stresu, rzutując negatywnie na stan zdrowia migrantów. Sam proces migracji w znacznym stopniu zwiększa ryzyko zachorowań i tym samym może powodować trwałe konsekwencje zdrowotne dla przesiedleńców²⁷. Stąd też stan zdrowia populacji migrujących przed wyjazdem stanowi czynnik warunkujący stopień ryzyka dla ich zdrowia w całym procesie mobilności, obejmującym przebycie drogi, pobyt czasowy i przybycie na miejsce docelowe. Determinanty zdrowia obecne w fazie wstępnej, przed migracją, są niezwykle ważnym czynnikiem wpływającym na obecny i przyszły stan zdrowia migrantów i społeczeństw przyjmujących.

O ile w przypadku migracji legalnych istnieją odpowiednie instrumenty prawne i wykonawcze pozwalające ocenić stan zdrowia imigrantów, a tym samym zapobiegać rozprzestrzenianiu się potencjalnych chorób zakaźnych związanych z mobilnością ludzi nie tylko w kraju, ale też na arenie międzynarodowej, to dużym problemem z punktu widzenia zdrowia publicznego jest imigracja nielegalna. Stan zdrowia imigrantów o nieuregulowanym statusie, ich rodzin, a zwłaszcza dzieci, jest gorszy niż imigrantów legalnych, co może być związane z zagrożeniem zdrowia podczas wkraczania na terytorium UE, z gorszymi warunkami ekonomicznymi i społecznymi oraz z niedostatecznym dostępem do usług.

Europejskie systemy opieki zdrowotnej starają się wyważyć kwestie finansowe oraz względy zdrowia publicznego tak, aby należycie przestrzegać istniejących standardów związanych z prawami człowieka. Jednakże często wyrażana jest obawa, że rozszerzanie uprawnień migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu będzie zachęcać coraz więcej osób do przekraczania granicy wbrew przepisom lub przebywania w danym kraju i bez uprawniających do tego, właściwych dokumentów. Według badań rządu szwedzkiego, pomimo kilku wątpliwości, doświadczenie pokazuje, że dostępność opieki medycznej nie wpływa na decyzję migrantów, co do wjazdu do danego kraju lub jego opuszczenia. W roku 2012 opublikowano opracowany przez Agencję Praw Podstawowych Unii Europejskiej raport pt.: „Migranci o nieuregulowanym statusie pobytu: dostęp do opieki zdrowotnej w 10 krajach członkowskich Unii Europejskiej, w którym przedstawiono analizę dostępu do opieki zdrowotnej przyznawanego migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu w 10 krajach członkowskich Unii Europejskiej”²⁸.

²⁷M. Kristiansen, A. Mygind, A. Krasnik, *Health effects of migration*, „Dan. Med. Bull.” 2007, nr 54, s. 46-47.

²⁸Migranci o nieuregulowanym statusie pobytu: dostęp do opieki zdrowotnej w 10 kra-

W oparciu o wywiady przeprowadzone z wieloma różnymi instytucjami, włączając w to władze publiczne na szczeblu krajowym i lokalnym, specjalistów z dziedziny ochrony zdrowia, organizacje pozarządowe zapewniające opiekę zdrowotną, jak i samych nieudokumentowanych migrantów, raport stanowi dokument przedstawiający prawne, ekonomiczne i praktyczne przeszkody uniemożliwiające nieudokumentowanym migrantom dostęp do opieki medycznej. W wyniku przeprowadzonych wywiadów sprecyzowano szereg wniosków dotyczących ochrony zdrowia migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu:

- dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej nie może być zależny od statusu prawnego. Jeśli określone grupy mieszkańców danego kraju są wykluczone z dostępu do opieki zdrowotnej ze względu na koszty lub inne kwestie, jak na przykład chęć uniknięcia wykrycia, to budzi już obawy związane ze zdrowiem publicznym. Ponadto, jeśli dostęp do podstawowej opieki medycznej i leczenia profilaktycznego nie istnieje lub jest ograniczony, to wzrastają koszty leczenia w nagłych wypadkach.
- w każdym kraju objętym badaniem migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają zagwarantowany dostęp do opieki zdrowotnej na odmiennych zasadach. Nie licząc praw przysługujących szczególnie grupom (np. dzieciom) lub w wypadku szczególnych chorób (np. gruźlicy), w sześciu spośród 10 badanych krajów migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają dostęp tylko do opieki zdrowotnej udzielanej w nagłych wypadkach.
- w pozostałych czterech krajach (Belgia, Francja, Hiszpania i Włochy) migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają dostęp do opieki medycznej także poza nagłymi wypadkami, jeśli spełnią określone warunki, tzn. będą rzeczywiście mieszkać w kraju przyjmującym albo w regionie, gdzie starają się o pomoc medyczną, okażą dowód tożsamości i udowodnią, że nie mają środków finansowych.
- większość badanych krajów usilnie próbuje znaleźć optymalne sposoby na to, żeby odpowiedzieć na potrzeby zdrowotne migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu. Kwestia kosztów, względy zdrowia publicznego, poszanowania praw człowieka, jak również aspekty związane z zarządzaniem migracjami warunkują krajowe polityki zdrowotne.
- prawo dotyczące dostępu do opieki zdrowotnej dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu jest różnie rozumiane i stosowane w całej Unii Europejskiej, co prowadzi do tego, że świadczenia zdrowotne dostępne dla omawianej kategorii migrantów różnią się

jach członkowskich Unii Europejskiej. FRA – Agencja Praw Podstawowych Unii Europejskiej, Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej 2012.

w każdym kraju i nie zawsze spełniają istniejące standardy. Dzieje się tak, dlatego, że wiążące międzynarodowe prawo dotyczące opieki zdrowotnej nie jest łatwe do wyegzekwowania, w regulacjach prawnych stosuje się niejasne terminy, które mogą być interpretowane według uznania (jak np. „właściwa opieka”), a każdy kraj posiada inny system opieki zdrowotnej, co utrudnia realizację standardów międzynarodowych i europejskich.

W wielu krajach zazwyczaj istnieje ustawowa podstawa dotycząca zdrowotnych wymogów migracyjnych, która najczęściej obejmuje dwa aspekty dotyczące zdrowia publicznego: ochronę zdrowia i bezpieczeństwa publicznego oraz zmniejszenie obciążeń finansowych usług zdrowotnych i świadczeń socjalnych²⁹. Podstawowym uzasadnieniem dla oceny stanu zdrowia legalnych imigrantów przed wyjazdem jest zapewnienie bezpieczeństwa i ochrona zdrowia. Warunki zdrowotne, które są problemem zdrowia publicznego są sprawdzane i kontrolowane przed wyjazdem. Jeżeli w przypadku rozpoznanej choroby wymagane jest leczenie, migranci nie zawsze mogą wyemigrować do innego kraju. Ponadto, znajomość stanu zdrowia osób migrujących przed wyjazdem może zmniejszyć lub całkowicie wykluczyć proces leczenia podczas migracji. W zależności od kraju, cel i rodzaj przeprowadzanych badań medycznych jest bardzo zróżnicowany. Badania prowadzone są szczegółowo, a czasami bardzo ogólnie³⁰. Analiza medyczna zdrowia migranta obejmuje z reguły przeprowadzenie testów na choroby zakaźne, które mają ogromne znaczenie dla zdrowia publicznego i dotyczą gruźlicy i niewielkiej liczby innych chorób zakaźnych. Wykonywane są niekiedy badania potwierdzające przewlekłe choroby, które mogą mieć wpływ na zdrowie lub usługi społeczne, takie jak rak, choroby serca, upośledzenie umysłowe, lub schorzenia uważane za czynnik ryzyka społecznego – uzależnienia, czy choroby psychiczne. Kontrola stanu zdrowia migrantów może być zwiększona lub wprowadzona w sytuacji zagrożenia międzynarodowego zdrowia publicznego.

Niektóre kraje z uniwersalnym systemem ubezpieczeń zdrowotnych, przeprowadzają badania przesiewowe, aby nie dopuścić do wstępowania skomplikowanych i kosztownych chorób, które mogłyby oddziaływać niekorzystnie na krajowe świadczenia zdrowotne w znaczący sposób je ograniczając. Determinanty zdrowia obecnie w fazie wstępnej, przed dokonaną migracją są niezwykle ważnym czynnikiem wpływającym na obecny i przy-

²⁹The Human Rights of Migrants. International Migration. International Organization for Migration (IOM) 2000, Vol. 38 (6) Special Issue 3/2000.

³⁰CDC. Introduction and background. Technical instructions for medical examination of aliens. 2010. Available: <http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/exams/ti/panel/technical-instructions/panel-physicians/introduction-background.html>, (dostęp: 04.05.2016 r.).

szły stan zdrowia migrantów i społeczeństw przyjmujących. Wiedza na temat aktualnych informacji dotyczących zdrowia migrantów pozwala na zapobieganie rozprzestrzeniania się potencjalnych chorób nie tylko w kraju, ale też na arenie międzynarodowej.

Sam proces migracji istotnie wpływa na stan zdrowia osób migrujących i może stanowić zagrożenie zdrowotne dla ludności terenów przez które przemieszczają się migranci. Wiedza na temat stanu zdrowia migrantów jest często ograniczona z powodu braku danych. Może być kilka przyczyn tego zjawiska, w tym niewystarczająca znajomość języka, brak profesjonalnych tłumaczy i większe koszty przy przeprowadzaniu badań i wywiadów wśród osób migrujących.

Migracja sama w sobie nie jest zagrożeniem dla zdrowia. To warunki otaczające proces migracji mogą przyczynić się do pogorszenia stanu zdrowia osób migrujących. Bardziej narażeni na choroby i inne zaburzenia zdrowotne są migranci, którzy przemieszczają się mimowolnie, uciekając od katastrof naturalnych, a także migranci nielegalni. Najbardziej narażoną grupą ludności są osoby migrujące, które nie posiadają odpowiednich dokumentów. To właśnie nielegalni pracownicy często uczestniczą w niebezpiecznych pracach, które stanowią zagrożenie dla zdrowia, nie mając przy tym żadnego ubezpieczenia zdrowotnego. Czynniki ryzyka dla zdrowia są często związane ze statusem prawnym migrantów, określającym poziom dostępu do zdrowia i opieki społecznej. Warunki wpływające na zdrowie w trakcie podróży mogą obejmować wojny, tortury, utratę bliskich, długie pobyty w obozach dla uchodźców, w których panują złe warunki sanitarne, uwięzienie, oraz trudności społeczno-gospodarcze. Wieloaspektowa dynamiczność procesów migracji stanowi główne wyzwanie dla zdrowia publicznego. Różne kategorie określające migrantów mogą definiować różne problemy zdrowotne. Tryb podróży i prawny status migranta stanowią główne czynniki określające stan zdrowia migrantów na różnych etapach migracji³¹.

Uchodźcy i migranci, w porównaniu do miejscowej ludności, mają podobne problemy zdrowotne. Wielu z nich jest wyczerpanych po traumatycznych doświadczeniach przeżytych w kraju pochodzenia, jak i podczas podróży. Najczęstsze problemy zdrowotne u migrantów obejmują urazy, oparzenia, czy traumę psychiczną. W przypadku chorób układu sercowo-naczyniowego, cukrzycy i nadciśnienia, przerwanie leczenia podczas migracji skutecznie pogarsza stan ich zdrowia. Złe warunki higieniczne w czasie podróży, mogą powodować ostre infekcje oddechowe, biegunki, wszawicę i jej zdrowotne konsekwencje. W regionie europejskim spotkać się można również z chorobami zakaźnymi takimi jak gruźlica, HIV/AIDS,

³¹A. Clapham, M. Robinson, *Realizing the Right to Health*, "Swiss Human Rights Book" Vol. 3, Zurich 2009.

wirusowe zapalenie wątroby, odra i różyczka. Migrujące kobiety zapadają na infekcyjne choroby kobiece oraz powikłania związane z ciążą, a nierzadko stają się obiektem przemocy seksualnej. Niektórzy migranci narażeni są na niestandardowe warunki dotyczące schronienia. Wynika to przede wszystkim z przepełnionych obiektów odbierających migrantów. Miejsca te bywają nieprzygotowane w pełni do przyjmowania dużej liczby ludzi. W tych okolicznościach choroby przenoszone drogą wodno-pokarmową stanowią większe ryzyko dla ludzi przemieszczających się, niż dla społeczności przyjmującej. Warunki życia mogą zakłócić dostawę bezpiecznej żywności i wody pitnej. Ograniczenie dostępu do odpowiednich i wystarczających środków sanitarnych negatywnie wpływa na higienę osobistą. Niewystarczające środki dezynfekcyjne i sanitarne, złe warunki higieniczne i nieadekwatne przepisy dotyczące żywności i wody, łącznie z mlekiem modyfikowanym dla niemowląt stanowią główne przyczyny zaburzeń zdrowia wśród migrantów, przebywających w ośrodkach przejściowych.

Podczas procesu migracji, na ostre infekcje dróg oddechowych oraz biegunki z powodu złych warunków życia szczególnie podatne są dzieci. W czasie migracji chore dzieci pozbawione są profesjonalnej opieki medycznej, co nierzadko doprowadza do ich zgonu.

Sama faza przesiedlania może w negatywny sposób wpływać na zdrowie przemieszczających się ludzi, zwłaszcza jeśli chodzi o uchodźców i wysiedleńców. Migranci, którzy przemieszczają się legalnie, z reguły mają zapewnioną bezpieczną podróż i znacznie lepszy dostęp do opieki zdrowotnej w czasie migracji. Imigranci nielegalni zazwyczaj przechodzą długie i niebezpieczne podróże i pozbawieni są jakiejkolwiek pomocy medycznej. Podczas niebezpiecznych podróży doświadczają częstych kontuzji fizycznych, a także pogarsza się ich stan zdrowia psychicznego. Niewykryte i/lub nieleczone choroby, szczególnie zakaźne, mogą powodować zagrożenie zdrowotne dla ludności kraju docelowego i mieć szkodliwy wpływ na zdrowie publiczne, zarówno w krótkim jak i w długim okresie czasu.

Bycie imigrantem, uchodźcą, czy też członkiem mniejszości etnicznych jest często związane z ograniczonym dostępem do świadczeń zdrowotnych w kraju docelowym. Ponadto, osoby takie są bardziej narażone na wykluczenie społeczne. W niektórych krajach, analiza zdrowia i tworzenie polityki zdrowotnej koncentruje się głównie na pochodzeniu etnicznym, w dużej mierze ignorując status migranta. W innych, samo pojęcie „etniczności” jest traktowane z podejrzliwością popartą silnym sprzeciwem. W tej sytuacji uwaga skupiana jest przede wszystkim na migrantach. W przeszłości, status zdrowotny migrantów opierał się głównie na zagrożeniach jakie mogą stanowić choroby, szczególnie choroby zakaźne, zawleczone z krajów w których wcześniej przebywali. Ryzyko choroby dotyczyło całego społeczeństwa przyjmującego. Dziś, chociaż ryzyko chorób zakaźnych nadal ist-

nieje i jest traktowane bardzo poważnie z perspektywy zdrowia publicznego, to jednak koncentracja skupiana jest głównie wokół zdrowia samych migrantów, a nie populacji większościowej. W związku z tym, przewlekłe choroby niezakaźne, są nie mniej ważne niż te, które są zaraźliwe³².

Większość migrantów przybywa do kraju docelowego w stosunkowo dobrym stanie zdrowia. Wynika to z faktu, iż w ostatnim czasie proces migracji dotyczy głównie młodego pokolenia. Młodzi ludzie są zdrowi i bardziej skłonni do migracji. Łatwiej jest im także przetrwać ciężką podróż. Należy jednak zaznaczyć, że stan zdrowia migrantów jest często związany z niskim statusem społeczno-ekonomicznym oraz złym stanem sanitarno-higienicznym kraju z którego przybyli. W niektórych krajach europejskich, w których podstawowe potrzeby materialne są dostępne dla obywateli i społeczeństwa przyjmującego, nie są one dostępne dla obcokrajowców. Nierówności te mogą mieć określone skutki dla zdrowia migrantów, którzy pozbawiani kontroli nad różnymi czynnikami wpływającymi na ich zdrowie, zaczynają chorować.

Imigranci, po przyjeździe do kraju docelowego często pracują w środowiskach, które mogą narazić ich na czynniki ryzyka zarówno chorób zakaźnych jak i niezakaźnych. Niewykwalifikowani pracownicy sezonowi mają skłonności do wyższego ryzyka urazów i długoterminowych chorób mających związek z pracą. Strach przed deportacją zmusza imigrantów nielegalnych do akceptowania złych warunków pracy, a brak ubezpieczenia zdrowotnego powoduje ograniczony, bądź całkowity brak dostępu do usług zdrowotnych³³.

4. Zagrożenia zdrowotne wynikające z migracji do Europy

Zwiększający się przepływ osób na całym świecie, odgrywa istotną rolę w rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych. Imigracja budzi wiele podobnych problemów zdrowotnych co podróże dobrowolne. Jednak imigranci mogą stwarzać zagrożenie zdrowotne dla ludności kraju docelowego, szczególnie gdy pochodzą z obszarów, w których endemicznie występują pasożyty lub choroby zakaźne, które zostały wyeliminowane w świecie uprzemysłowionym. Imigranci często nie mają dostępu do rutynowej opieki zdrowotnej w swoich krajach, co w konsekwencji przynosi negatywne skutki w krajach docelowych.

Choroby zakaźne wykrywane u imigrantów można podzielić na trzy grupy:

- 1) Choroby dotyczące samych migrantów: infekcje dróg oddechowych,

³²R. Bhopal, *Choroby przewlekłe osób migrujących i mniejszości etnicznych w Europie: wyzwania, rozwiązania i wizje*, „European Journal of Public Health” 2009, nr 19 (2), s. 140-143.

³³T.A. Arcury, S. Quandt, *Delivery of Health Services to Migrant and Seasonal Farmworkers*, „Annual Review of Public Health” 2007, nr 28, 345-363.

układu moczowego lub zakażenia skóry. Choroby te nie są trudne do zdiagnozowania i nie stanowią zagrożenia dla zdrowia publicznego;

- 2) Choroby zakaźne, takie jak gruźlica, wirusowe zapalenie wątroby, choroby przenoszone drogą płciową, lub zakażenia wirusem HIV. W kategoriach indywidualnych i zdrowia publicznego są najbardziej niebezpieczne i stanowią największe zagrożenie. Dlatego szczególnie zalecane są badania pod kątem tych chorób nawet w przypadkach, gdy żadne objawy nie występują;
- 3) Choroby tropikalne, takie jak malaria, filarioza i zakażenia pasożytami jelitowymi. Pojawienie się tych chorób, wymaga dostępu do specjalistycznych ośrodków diagnostyki i leczenia. Na szczęście nie są łatwo przenoszone w klimacie umiarkowanym, krajów rozwiniętych³⁴.

Opierając się na opiniach ekspertów Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC), które niedawno stwierdziło, że uchodźcy i imigranci wjeżdżający do UE przez południowe i południowo-wschodnie granice są chorzy, bądź narażeni na takie choroby zakaźne jak: choroby układu oddechowego, gruźlica, choroby przewodu pokarmowego, nawracające gorączki (malaria), dur plamisty, choroby meningokokowe, polio, odra, świnka i różyczka³⁵.

Cieężko jest zmierzyć zakres i podział rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych przez imigrantów z powodu trudności raportowania. Systemy opieki zdrowotnej w krajach, które przyjęły dużą liczbę uchodźców z sąsiednich narodów są na niewystarczającym poziomie, aby mieć możliwość prowadzenia prawidłowej identyfikacji chorób i wykonywania niezbędnych procedur efektywnego raportowania. Jednakże Centra Kontroli i Prewencji Chorób (Centers for Disease Control and Prevention – CDC) i Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) pozwoliły zidentyfikować obszary na których rozprzestrzeniane są choroby zakaźne.

Imigranci i uchodźcy pochodzący z obszarów, gdzie utrzymują się infekcje mogą stanowić poważne wyzwanie dla bezpieczeństwa zdrowotnego na całym świecie. Czynniki, które powodują i podtrzymują występowanie chorób w krajach mniej rozwiniętych są zazwyczaj poza kontrolą narodowych programów zdrowia publicznego. W konsekwencji, dalsze dysproporcje

³⁴R. Lopez-Velez, H. Huerga, M.C. Turrientes, *Infectious diseases in immigrants from the perspective of a tropical medicine referral unit*, "Am J Trop Med Hyg." 2003, nr 69(1), s. 115-21.

³⁵European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Expert Opinion on the public health needs of irregular migrants, refugees or asylum seekers across the EU's southern and south-eastern borders. Stockholm ECDC 2015.

na poziomie występowania chorób zakaźnych na świecie spowodowane zwiększeniem migracji sprawiają, że pełna kontrola lub całkowite wyeliminowanie choroby nie jest możliwe. Te same czynniki zwiększają również prawdopodobieństwo, że wiele infekcyjnych chorób zakaźnych, które teraz są bardzo dobrze kontrolowane w krajach rozwiniętych, będzie coraz częściej obserwowanych pod kątem prawdopodobieństwa występowania ich u migrantów lub populacji urodzonych poza granicami kraju, w którym obecnie przebywają.

Wprawdzie szereg badań, szczególnie z krajów europejskich pokazuje, że migranci stanowią coraz większą część nowych przypadków zachorowalności na gruźlicę³⁶, to jednak należy zauważyć, że złe warunki socjoekonomiczne, wykluczenie społeczne i ograniczony dostęp do usług zdrowotnych wydaje się być o wiele bardziej ważnym determinantem gruźlicy niż sam kraj pochodzenia³⁷. Ponadto dowody z badań epidemiologicznych wskazują, że ryzyko przeniesienia choroby przez emigrantów do populacji ogólnej jest niskie, co stanowi, że gruźlica wśród migrantów jest przede wszystkim kwestią dostępu do odpowiedniej diagnostyki, leczenia i opieki zdrowotnej³⁸. Ryzyko, że migranci i uchodźcy zostaną zakażeni gruźlicą lub rozwinie się u nich choroba, zależy od kilku czynników, w tym wskaźników zapadalności w kraju pochodzenia. Nowe przypadki gruźlicy odnotowywane w niektórych państwach pochodzenia są niższe od średnich wartości w Europejskim Regionie WHO. Przykładowo w Syrii jest to 17 przypadków na 100 tys. ludności i wskaźnik ten jest o ponad połowę niższy od średniego wskaźnika dla Europejskiego Regionu WHO i tylko nieznacznie wyższy od średniej zapadalności w państwach UE/EOG. Ponadto, biorąc pod uwagę, że gruźlica nie jest chorobą, która łatwo się przenosi, a kontakty migrantów z ludnością miejscową są ograniczone, ryzyko transmisji choroby i zakażenia miejscowych mieszkańców jest niewielkie.

Powszechną opiekę zdrowotną należy zapewnić nie tylko miejscowej ludności, ale również uchodźcom i migrantom, zarówno tym posiadającym udokumentowany status, jak i tym, którzy go nie mają. Europejski Region WHO jest jedynym regionem na świecie, gdzie przyjęto na zasadzie konsensusu dokument określający minimalny pakiet działań w zakresie transgranicznego zwalczania gruźlicy i interwencji podejmowanych w sektorze zdrowia. Obejmuje on między innymi zapewnienie dostępu do świadczeń

³⁶E. Klinkenberg, D. Manissero, J.C. Semenza, S. Verver, *Migrant tuberculosis screening in the EU/EEA: yield, coverage and limitations*, "Eur Respir" 2009, nr 34(5), s. 1180-9.

³⁷C. Greenaway, K. Khan, K. Schwartzman, *Tuberculosis Surveillance and Screening in Selected High-Risk Populations*. In: Canadian Tuberculosis Standards 7th edition. Public Health Agency of Canada, Ottawa 2014.

³⁸J. Littleton, J. Park, C. Thornley, A. Anderson, J. Lawrence, *Migrants and tuberculosis: analysing epidemiological data with ethnography*, "Aust N Z J Public Health" 2008, nr 32(2), s. 142.

opieki zdrowotnej bez względu na status formalny migrantów i zasadę nieprowadzenia deportacji osób, u których stwierdzono gruźlicę do momentu zakończenia intensywnego leczenia³⁹.

Grypa i inne infekcje dróg oddechowych również stają się istotnym problemem zdrowotnym pojawiającym się u osób migrujących, chociaż uchodźcy i imigranci nie stwarzają większego zagrożenia dla dalszego rozprzestrzeniania się infekcji dróg oddechowych niż sama ludność krajów przyjmujących.

Pojawiające się wirusowe zapalenie wątroby (WZW) typu A i B może być przekazywane za pośrednictwem krwi i płynów ustrojowych, podczas gdy WZW typu A może być także przenoszone przez zanieczyszczenie fekaliami. Także niezabezpieczone kontakty seksualne powodują pojawienie się infekcji, która przyczynia się do rozwinięcia się wirusowego zapalenia wątroby. Częstotliwość występowania WZW jest znacznie niższa w Europie, niż w innych krajach. Choroba ta jest związana ze złymi warunkami sanitarnymi, przeludnieniem i ubóstwem. Migranci mogą zarazić się wirusem WZW, zwłaszcza gdy dochodzi do kontaktów seksualnych. Migranci pochodzący z państw o wysokiej częstotliwości występowania WZW, są szczególnie narażeni na ryzyko zarażenia i rozprzestrzeniania się choroby. Przeprowadzane programy zdrowotne dla migrantów i mniejszości etnicznych, koncentrujące się na wczesnym wykrywaniu objawów i zapobieganiu zarażenia są zatem ważnym priorytetem w zakresie ochrony zdrowia publicznego⁴⁰.

Aspekty społeczne, gospodarcze i polityczne w krajach pochodzenia i przeznaczenia uchodźców i migrantów wpływają na poziom ryzyka zakażenia wirusem HIV. Należy do nich już wcześniej wspomniane ubóstwo, a także oddzielenie od małżonka, bariery językowe i pojawiająca się przemoc seksualna. Ryzyko to potęguje fakt niedostatecznego dostępu do usług związanych z zapobieganiem zakażeniu HIV i strach przed napiętnowaniem choroby. Szczególnie narażone są kobiety-migrantki. Niestety nie wszystkie kraje wspierają politykę mającą na celu zapewnienie testów na HIV oraz zapobieganie i leczenie AIDS, niezależnie od statusu prawnego dotyczących uchodźców i migrantów. WHO i ECDC odradzają wykonywanie obowiązkowych testów na HIV, ograniczając się tylko do rutynowych badań. Niektóre kraje obawiają się, że nie dokonując badań, napływ migrantów zakażonych

³⁹Całkowite wyeliminowanie gruźlicy w Europie będzie zagrożone, jeśli pilnie nie zapewnimy opieki zdrowotnej osobom ubogim, znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej, marginalizowanym i migrantom. WHO, ECDC: Wspólna informacja prasowa Kopenhaga i Sztokholm, 17 marca 2016. www.who.un.org.pl, (dostęp: 12.04 2016 r.).

⁴⁰B. Rechel, P. Mladovsky, B. Rijks, W. Devill, R. Petrova-Benedict, M. McKee, *Migration and health in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policies*, Berkshire 2011.

wirusem HIV znacznie wzrosło, a to stanowiłoby poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego.

Infekcje, które są nabywane w krajach przyjmujących mogą być rozprzestrzeniane ze względu na złe warunki życia lub niewystarczającej informacji o środkach zapobiegawczych (np. niekompletne szczepienia u migrujących dzieci). Poprawa warunków życia migrantów i ich dostępu do odpowiedniej opieki zdrowotnej, w tym możliwość korzystania z programów profilaktycznych może przyczynić się zarówno do zmniejszenia liczby zachorowań jak i lepszego zarządzania chorobami zakaźnymi nie tylko w Europie ale też na całym świecie. Szczególnym priorytetem jest zwiększenie kontroli chorób zakaźnych i jednocześnie zmniejszenie częstotliwości występowania tych chorób szczególnie w krajach wysoko endemicznych⁴¹.

Napływ imigrantów do Europy staje się coraz większym wyzwaniem dla niemal wszystkich państw kontynentu. Często emigrują oni z rejonów, gdzie występują liczne choroby pasożytnicze i tropikalne, które mogą stanowić problem diagnostyczno-terapeutyczny w miejscu ich ulokowania. Wprawdzie wiele chorób nie przenosi się bezpośrednio z człowieka na człowieka, lecz za pośrednictwem wektorów, jak np. komary meszki, czy wszy, to niektóre z tych chorób mogą zostać zawleczone do Europy przez uchodźców. Do chorób wektorowych mogących stwarzać ryzyko zagrożenia dla zdrowia publicznego należy liczyć malarię, zwłaszcza wywołaną przez *Plasmodium falciparum* i przenoszoną przez muchówki leiszmaniozę, chociaż w Polsce nie występują warunki sprzyjające szerzeniu się tej choroby. Kolejne jednostki chorobowe z którymi mogą przywędrować uchodźcy to schistosomoza i pełzakowica (ameboza). W celu zapobiegania szerzeniu się chorób wektorowych istotne jest wcześniejsze przygotowanie odpowiednich służb, aby zabezpieczyć medycznie samych migrantów i uchodźców oraz osoby mające bezpośredni kontakt z nimi, w miejscu ich ulokowania.

Dane uzyskane we wrześniu 2015 roku od ECDC podają, że wśród uchodźców pochodzących z Syrii i Erytrei najczęściej diagnozowano jednostki chorobowe podane w tabeli 1.

⁴¹Ibidem.

Tabela 1. Zdiagnozowane choroby u uchodźców przybywających do Europy.

Kraj przyjęcia	Kraj pochodzenia	Zdiagnozowane choroby u uchodźców
GRECJA	Syria (56% wszystkich uchodźców)	malaria – 20 przypadków, nieżyt żołądkowo-jelitowy
WŁOCHY	Erytrea (25% wszystkich uchodźców)	infekcje górnych dróg oddechowych – 20%, nieżyt żołądkowo-jelitowy – 20%, zakażenia skóry – 55%, świerzb
HISZPANIA	Syria, Afryka Subsaharyjska	schistosomatoza, malaria, gruźlica, stron-gloidoza
AUSTRIA	Erytrea, Syria	gruźlica, zakażenia meningokokowe, odra
NIEMCY	Syria (34428 osób), Erytrea (3636 osób)	ospa wietrzna, gruźlica, odra, świerzb, nieżyt żołądkowo-jelitowy
SZWECJA	Syria, Erytrea	HIV, wzw B, gruźlica
HOLANDIA	Syria, Erytrea	malaria, świerzb, ospa wietrzna, wzv B, nieżyt żołądkowo-jelitowy

Źródło: I. Winnicka, A. Borecka, J. Kocik, *Propozycja badań uchodźców przybywających do Polski w latach 2016 – 2017 z obszarów Syrii i Erytrei. Nowe wyzwania związane z migracją*, Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej, Warszawa 12.04.2016 r.

W związku z realną możliwością wystąpienia zagrożeń w zakresie zdrowia publicznego ze strony imigrantów i uchodźców Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji (IOM) wydała szereg zaleceń:

1. W celu ułatwienia wczesnego rozpoznawania chorób zakaźnych i szybkiej realizacji działań prewencyjnych i kontrolnych należy wzmocnić lub wdrożyć nadzór medyczny nad uchodźcami, co pozwoli zwiększyć dostępność informacji na temat aktualnych zagrożeń chorobami zakaźnymi.
2. Nadzór powinien być prowadzony w ośrodkach i powinien uzupełniać system powiadamiania o chorobach zakaźnych państw członkowskich. Proponuje się objęcie nadzorem choroby: górnych i dolnych dróg oddechowych, krwawą i wodnistą biegunkę, gorączkę i wysypkę, zapalenie opon mózgowych (zapalenie mózgu lub encefalopatia), delirium, zapalenie węzłów chłonnych z gorączką, zatrucia jadem kiełbasianym, posocznice, choroby krwotoczne, żółtaczkę i inne.
3. Wdrożenie odpowiednich środków profilaktyki medycznej, szczególnie szczepień. Szczepienia do rozważenia wśród uchodźców to: odra (stosując szczepionkę MMR i priorytetów dzieci w wieku do 15 lat); poliomyelitis (dla dzieci i dorosłych pochodzących z krajów obecnie eksportujących wirusa polio, takich jak Afganistan i Pakistan, Kamerun, Gwinea Równikowa, Etiopia, Irak, Syryjska Republika Arabska), choroba meningokokowa, błonica i grypa, w zależności od sezonu.

4. Zapewnienie odpowiedniego poziomu dostępu do diagnostyki medycznej i usług terapeutycznych oraz wdrożenie odpowiedniej kontroli, związanych z tymi usługami.
5. Badania przesiewowe w kierunku zakażeń chorobami przenoszonymi przez wszy. Badania przesiewowe w kierunku gruźlicy⁴².

Czy istnieje zagrożenie dla zdrowia publicznego w Polsce ze strony uchodźców i imigrantów?

Aby odpowiedzieć na to główne pytanie należy wcześniej ustalić:

- skąd przybywają uchodźcy i imigranci?
- ilu ich przybywa do Polski?
- jaki jest stan epidemiologiczny kraju z którego przybywają?
- jakie choroby mogą nam zagrażać w związku z przyjęciem uchodźców i/lub imigrantów?
- czy jesteśmy przygotowani pod względem działań przeciwepidemicznych i opieki medycznej?

Z danych opublikowanych przez EUROSTAT wynika, że do 2014 roku do Polski przybyło łącznie 101 tysięcy imigrantów, w tym 71 tys. spoza krajów Unii Europejskiej, co stanowiło 0,3 ogółu ludności naszego kraju. Byli to w przeważającej większości imigranci z Rosji, Ukrainy i Gruzji⁴³. W latach 2016-2017 do Polski mają przybyć imigranci pochodzący głównie z Syrii i Erytrei – łącznie 7082 osoby. Uchodźcy trafią do otwartych ośrodków Urzędu do Spraw Cudzoziemców, zostaną objęci programami reintegracyjnymi, a po zakończeniu procedury programem integracyjnym⁴⁴.

Ze względu na bardzo niski poziom higieny w Erytrei zagrożenie epidemiologiczne jest wysokie. Na terenach położonych poniżej 2200 metrów n.p.m. występuje zagrożenie malarią. Z różnym nasileniem występują na terenie tego kraju także inne choroby tropikalne, jak na przykład gorączka krwotoczna denga (głównie na wybrzeżu), filarioza, czy schistosomoza. Dużym problemem w Erytrei są także choroby związane ze spożywaniem zanieczyszczonej wody, jak czerwotka, czy dur brzuszny.

Podobnie jak w Erytrei, także w wyniszczonej wojną Syrii zagrożenie epidemiologiczne jest wysokie. Żniwo zbierają tam choroby przenoszone

⁴²International Organization for Migration (IOM) – Missing Migrants Project. As Migrants Continue to Arrive in Europe, Asylum Seekers Relocated. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/refugee-migrant-health-in-european-winter-rapid-risk-assessment.pdf>. (dostęp: 12.05.2016 r.).

⁴³Statystyki dotyczące migracji i populacji migrantów. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/pl (dostęp: 23.04.2016 r.).

⁴⁴I. Winnicka, A. Borecka, J. Kocik, *Propozycja badań uchodźców przybywających do Polski w latach 2016 – 2017 z obszarów Syrii i Erytrei. Nowe wyzwania związane z migracją*, Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej. Warszawa 12.04.2016.

drogą pokarmową: dury, ameboza, biegunki bakteryjne, robaczyce, wzv A, E, czy bruceloza. Istnieje także duże ryzyko chorób wektorowych, takich jak leishmanioza i schistosomoza.

Głównym problemem imigrantów przybywających z rejonu Bliskiego Wschodu i Erytrei są choroby przenoszone drogą pokarmową, a więc bardzo podobne do naszych salmonellozy, czy nieobecne u nas od wielu lat, dur brzuszny i dur rzekomy. Do tego dołączyć należy czerwone, czy wirusowe zapalenie wątroby typu A, a także polio. Dane uzyskane od służb sanitarnych Szwecji dowodzą, że w okresie sierpień – październik 2015 roku, wśród nowo przybyłych uchodźców z Etiopii, Syrii, Somalii i Erytrei największy problem stanowiły trzy jednostki chorobowe: HIV, wzv typu B i gruźlica. Zagrożenia dla zdrowia publicznego w naszym kraju związane są między innymi z tym, że duru brzusznego się już w Polsce nie szczepi. Nie ma więc profilaktyki. Nie szczepimy populacji także przeciw przenoszonemu drogą pokarmową wzv typu A, chyba że wymaga tego zawód lub plany turystyczne. Jesteśmy więc wrażliwi na tego wirusa, stąd też gdyby pojawił się w większej ilości, stanowiłby duży problem. Wirus polio, wywołujący chorobę Heinego-Mediny, nie występuje u nas od wielu lat, ale jest na Bliskim Wschodzie. W 2011 roku w Syrii zanotowano 36 zachorowań, a wzięwszy pod uwagę fakt, że podczas wojny załamał tam się system szczepień, to potencjalne ryzyko zachorowania na polio jest stosunkowo duże.

Należy przyjąć, że znaczna większość uchodźców kierowanych do Polski będzie pochodziła z Syrii i Erytrei, gdzie ze względu na warunki wojenne szczepienia ochronne nie są wykonywane, lub są wykonywane w bardzo niewielkim stopniu. Ponadto wiadomo, że każda wojna sprzyja szerzeniu się chorób zakaźnych. Z drugiej strony trzeba założyć, że od 2016 roku uchodźcy kierowani do Polski z reguły będą już po pobytach w zorganizowanych miejscach dla uchodźców m.in. w Grecji i we Włoszech, gdzie zostaną w pewnym zakresie poddani odpowiednim badaniom lekarskim i ewentualnie zaszczepieni przeciw chorobom zakaźnym. Nie zwalnia to jednak naszych służb medycznych od kompleksowego kontrolnego badania uchodźców, uzupełnienia brakujących szczepień i w zależności od potrzeb zastosowania odpowiedniego leczenia.

Odpowiadając na pytanie, czy jesteśmy przygotowani pod względem działań przeciwepidemicznych i opieki medycznej należy zaznaczyć, że ogólna ocena stanu zdrowia, a zarazem pierwsza weryfikacja pod kątem chorób zakaźnych, jak i udzielenie niezbędnej pomocy medycznej, dokonywane jest przez Straż Graniczną. Następnym miejscem oceny stanu zdrowia i udzielania pomocy medycznej są Ośrodki Recepcyjne i Ośrodki Pobytowe, a także Ośrodki Zamknięte – Areszty Straży Granicznej. Każda procedura o nadanie statusu uchodźcy w Polsce zaczyna się od badań lekarskich, m.in. na obecność wirusa HIV czy chorób zakaźnych. Badania odbywają się w ramach tzw.

filtrów epidemiologicznych, czyli pewnego rodzaju przychodni. Urząd ds. Cudzoziemców ma takie obiekty w Białej Podlaskiej oraz w Podkowie Leśnej k. Warszawy. Stosownie do zapisu ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium RP, opieka medyczna obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie w jakim udzielana jest obywatelom polskim na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z wyłączeniem leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej. Opieka medyczna przyznawana jest od momentu zgłoszenia się cudzoziemca do ośrodka recepcyjnego, jednak w sytuacjach związanych z zagrożeniem życia lub zdrowia od dnia złożenia wniosku o udzielenie ochrony międzynarodowej⁴⁵. Od 2005 roku Urząd do Spraw Cudzoziemców realizuje zadania związane z udzielaniem opieki medycznej za pośrednictwem operatora medycznego, wybranego w drodze postępowania przetargowego. W zakres obowiązków wybranego wykonawcy wchodzi pomoc medyczna udzielana w ramach świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, dostępnej w punktach medycznych zorganizowanych w ambulatoriach ośrodków pobytowych. Ponadto operator realizuje działania w zakresie procedur tzw. filtra epidemiologicznego, podczas których cudzoziemcy poddawani są diagnostyce i konsultacjom specjalistycznym mającym na celu wczesne wykrycie i izolację osób podejrzanych o czynną chorobę zakaźną lub chorych zakaźnie. Tego typu procedury są realizowane od 8 lat w ośrodku w Podkowie Leśnej i od 5 lat w Białej Podlaskiej. W ramach procedur filtra epidemiologicznego realizowanych w latach 2008-2015 przebadano ok. 39000 cudzoziemców. Przeprowadzone badania pozwoliły stwierdzić wystąpienie ok. 5,5 tys. przypadków podejrzanych o zachorowanie lub chorych zakaźnie⁴⁶. Od IV kwartału 2016 roku w ośrodku w Białej Podlaskiej planowane jest uruchomienie unikalnego na skalę europejską centrum diagnostyczno-medycznego, którego powstanie było współfinansowane ze środków Szwajcarsko – Polskiego Programu Współpracy.

Wśród uchodźców, którzy w ciągu ostatnich miesięcy trafili do Europy z Afryki, stwierdzono jedynie pojedyncze przypadki odry, błonicy, krztuśca, gruźlicy i duru brzuszego. W niektórych lokalnych społecznościach Niemiec pojawiły się obawy, że przybysze z Bliskiego Wschodu i Afryki podnoszą ryzyko wybuchu epidemii gruźlicy. Brak jednak jakichkolwiek dowodów na poparcie tych tez. Są za to odwrotne – np. w Danii gruźlica pojawiała się wśród nieimiigrantów aż 2,5 razy częściej niż u przybyszów z innych krajów. Mimo iż 13,8% przypadków HIV – wykrywanych w regionach Europy, Bliskiego Wschodu

⁴⁵Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. 2003 Nr 128 poz. 1176.

⁴⁶A. Tołkacz, J. Curyła, *Urząd ds. Cudzoziemców – zadania i procedury. Nowe wyzwania związane z migracją*, Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej, Warszawa 12.04.2016.

i Afryki Północnej – stwierdzone jest u osób pochodzących z tego ostatniego regionu (głównie wśród homoseksualnych mężczyzn), to jednak najczęściej zarażali się oni wirusem w Europie. Dane z 2011 r. z Wielkiej Brytanii wskazują, że aż 48 proc. mężczyzn z HIV, którzy byli urodzeni za granicą, zaraziło się tą chorobą już po przyjeździe na Wyspy. Przetrzymywanie uchodźców w dużych grupach czy obozach ułatwia zarażanie się świerzbem, meningokokami, błonicą, krztuścem, ospą wietrzną, grypą i innymi zakażeniami dróg oddechowych. Większość migrantów przybywa z krajów, w których – czy to z powodu wojny, czy też sytuacji polityczno-gospodarczej – przeciwdziałanie chorobom zakaźnym stoi na niskim poziomie lub wręcz nie jest prowadzone. Dlatego w Europie przybysze łatwiej mogą zarażać się od siebie nawzajem, czy też od innych mieszkańców kontynentu. Stąd też tak istotne są szczepienia dzieci i dorosłych z grup ryzyka. Zalecane są zwłaszcza szczepienia przeciwko odrze, polio i meningokokom, bowiem na te choroby wycieńczone organizmy uchodźców są szczególnie podatne, zwłaszcza w przeludnionych obozach.

Podsumowanie

W Polsce, jak wynika z informacji Głównego Inspektora Sanitarnego, ryzyko epidemii, czy w ogóle zachorowania jest niskie, m.in. dzięki wysokiemu odsetkowi Polaków zaszczepionych przeciwko krztuścowi, polio, błonicy i odrze.

Analiza dostępnych danych epidemiologicznych dotyczących ryzyka wystąpienia zachorowań związanych z przyjęciem do naszego kraju imigrantów bądź uchodźców pozwala stwierdzić, że:

- mimo powszechnego mniemania nie obserwuje się systematycznej ciągłej asocjacji między migracją a zawlekaniem chorób zakaźnych;
- choroby zakaźne są rzadko przekazywane populacji goszczącej, ze względu na umiarkowany kontakt i potencjał transmisji;
- migranci nie zwiększają ryzyka dla populacji lokalnej w zakresie zachorowań na infekcyjne choroby układu oddechowego (grypa, infekcje grypopodobne);
- w dobrze przygotowanych systemach ochrony zdrowia niskie jest też ryzyko introdukcji chorób wektorowych: malarii, leishmaniozy czy shistosomozy;
- w związku z tym, że uchodźcy nie przybędą do nas bezpośrednio ze swoich krajów macierzystych, można założyć, że liczba potencjalnych nosicieli chorób zakaźnych będzie niewielka.

Biorąc pod uwagę prawidłowo realizowane działania przeciwepidemiczne i medyczne w ramach filtra epidemiologicznego należy stwierdzić, że ryzyko zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego kraju ze strony imigrantów i/lub uchodźców nie istnieje, lub jest minimalne.

Bibliografia

1. Arcury T.A., Quandt S., *Delivery of Health Services to Migrant and Seasonal Farmworkers*. "Annual Review of Public Health" 2007, nr 28.
2. Bhopal R.: *Choroby przewlekłe osób migrujących i mniejszości etnicznych w Europie: wyzwania, rozwiązania i wizje*, „European Journal of Public Health” 2009, nr 19 (2).
3. Castles S., *International migration at the beginning of the twenty-first century*. "International Social Science Journal" 2000, nr 52.
4. Clapham A., Robinson M., *Realizing the Right to Health*, "Swiss Human Rights Book" Vol. 3, 2009.
5. *Convention and protocol relating to the status of refugees*, United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), UN General Assembly 1951.
6. *Convention governing the specific aspects of refugee problems in Africa*, Addis Ababa 10-th of September 1969, art. 1
7. Czerniejewska I., Main I., *Uchodźcy: teoria i praktyka*, Stowarzyszenie Jeden Świat, Poznań 2008.
8. *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Expert Opinion on the public health needs of irregular migrants, refugees or asylum seekers across the EU's southern and south-eastern borders*, Stockholm ECDC 2015.
9. *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Risk of importation and spread of malaria and other vector-borne diseases associated with the arrival of migrants to the EU*, Stockholm ECDC 2015.
10. Greenaway C., Khan K., Schwartzman K., *Tuberculosis Surveillance and Screening in Selected High-Risk Populations*. In: *Canadian Tuberculosis Standards 7th edition*. Public Health Agency of Canada, Ottawa 2014.
11. Hardy C., *Refugee Determination: Power and Resistance in System of Foucauldian Power*, "Administration & Society" 2003, nr 34/4.
12. *International Migration Law. Glossary on Migration*, International Organization for Migration, Geneva 2004.
13. *International Migration, Health and Human Rights*, International Organization for Migration, Geneva 2013.
14. Jurczak D., *Migracja legalna i nielegalna we współczesnej Polsce*, „Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy” 2001, nr 1.
15. Klinkenberg E., Manissero D., Semenza J. C., Verver S., *Migrant tuberculosis screening in the EU/EEA: yield, coverage and limitations*, "Eur Respir J." 2009, nr 34(5).
16. Kristiansen M., Mygind A., Krasnik A., *Health effects of migration*. "Dan. Med. Bull." 2007, nr 54.
17. Kubitsky J., *Psychologia migracji*, Wydawnictwo Difin SA, Warszawa 2012.

18. Littleton J., Park J., Thornley C., Anderson A., Lawrence J., *Migrants and tuberculosis: analysing epidemiological data with ethnography*, "Aust N Z J Public Health" 2008 nr 32(2).
19. Lopez-Velez R., Huerga H., Turrientes M. C., *Infectious diseases in immigrants from the perspective of a tropical medicine referral unit*, "Am J Trop Med Hyg." 2003, nr 69(1).
20. Marek E., *Migracje zagraniczne i uchodźstwo we współczesnym świecie*, „Polityka Społeczna” 1995, nr 3.
21. *Migranci o nieuregulowanym statusie pobytu: dostęp do opieki zdrowotnej w 10 krajach członkowskich Unii Europejskiej*. FRA – Agencja Praw Podstawowych Unii Europejskiej, Luksemburg 2012.
22. *Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie „Zdrowie a migracja”*, Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny, SOC/274 Zdrowie a migracja, Bruksela, 11 lipca 2007 r.
23. *Public Health Aspects of Migration in Europe*, WHO, 18 November 2015.
24. Rechel B., Mladovsky P., Rijks B., Devill W., Petrova-Benedict R., McKee M., *Migration and health in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies, Berkshire 2011.
25. Taranowicz I., *Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami. Analiza socjologiczna*. Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2010.
26. *The Human Rights of Migrants. International Migration*, "International Organization for Migration (IOM)" 2000, Vol. 38 (6) Special Issue 3/2000.
27. Tołkacz A., Curyła J., *Urząd ds. Cudzoziemców – zadania i procedury. Nowe wyzwania związane z migracją*, Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej, Warszawa 12.04.2016.
28. Winnicka I., Borecka A., Kocik J., *Propozycja badań uchodźców przybywających do Polski w latach 2016 – 2017 z obszarów Syrii i Erytrei. Nowe wyzwania związane z migracją*. Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej, Warszawa 12.04.2016.
29. *World Health Organization. Globalization and infectious diseases: a review of the linkages*, Geneva 2004.
30. *Zdrowie 2020. Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka*. Europejski Komitet Regionalny WHO. Sześćdziesiąta druga sesja, Malta, 10-13 wrzesień 2012.

Strony internetowe

1. *Bezpieczeństwo zdrowotne. BBN a ochrona zdrowia*, www.bbn.gov.pl (dostęp: 09.05.2016).

2. CDC. *Introduction and background. Technical instructions for medical examination of aliens*, 2010. www.cdc.gov (dostęp 04.05.2016).
3. *Immigrant share of population jumps in some European countries. Facts and Trends Shaping Your World Fact Tank – Our Lives in Numbers*, June 15, 2016. www.pewresearch.org (dostęp 15.06.2016).
4. *International Organization for Migration (IOM) – Missing Migrants Project. As Migrants Continue to Arrive in Europe, Asylum Seekers Relocated*, www.ecdc.europa.eu (dostęp 12.05.2016).
5. *Migracja i integracja – podstawowe pojęcia i definicje*, <http://social.coe.int> (dostęp 05.04.2016).
6. *Migration and migrant population statistic. Eurostat statistic Explained*, <http://ec.europa.eu> (dostęp 04.05.2016).
7. *Over a million migrants and refugees have reached Europe this year, says IOM*, www.theguardian.com (dostęp 04.05.2016).
8. Ruszkowski J., *Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego*, <http://www.mrr.gov.pl> (dostęp 23.04.2016)
9. *Statystyki dotyczące migracji i populacji migrantów*, <http://ec.europa.eu> (dostęp 23.04.2016)
10. *WHA61/2008/REC/1. Sixty-first World Health Assembly*, WHO, Geneva, 19–24 May 2008. <http://apps.who.int> (dostęp 23.04.2016).

Akty prawne

1. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*, Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483.
2. *Konwencja dotycząca statusu uchodźców z 28 lipca 1951 r.*, Dz.U. 1991 nr 119 poz. 51
3. *Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej*, Dz.U. 2003 Nr 128 poz. 1176.

Liczba znaków ze spacjami: 77 081