POZA SYSTEMEM

Dostęp do ochrony zdrowia
nieudokumentowanych migrantów
i cudzoziemców ubiegających się
o ochronę międzynarodową
w Polsce

POZA SYSTEMEM

Dostęp do ochrony zdrowia
nieudokumentowanych migrantów
i cudzoziemców ubiegających się
o ochronę międzynarodową
w Polsce

pod redakcją

Aleksandry Chrzanowskiej
i Witolda Klausa

Warszawa 2011

Redakcja naukowa: Aleksandra Chrzanowska, Witold Klaus

Redakcja językowa i korekta: Barbara Jędraszko
Projekt okładki: Krzysztof Łagodziński
Zdjęcie na okładce: Adam Rostkowski

Publikacja powstała w ramach projektu HUMA network, która jest europejską koalicją organizacji działających na rzecz zwiększenia dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i osób ubiegających się o ochronę międzynarodową w Unii Europejskiej, zainicjowaną i koordynowaną przez organizację Médecins du Monde France (Lekarze Świata Francja).
Projekt HUMA network otrzymał dofinansowanie z Unii Europejskiej w ramach Programu Zdrowia Publicznego (Executive Agency for Health and Consumers) na lata 2003-2008, European Programme for Integration and Migration (EPIM) oraz Network of European Fundations.
Za treść publikacji w całości odpowiada Stowarzyszenie Interwencji Prawnej oraz autorzy. Poglądy w niej wyrażone nie odzwierciedlają w żadnym razie oficjalnego stanowiska Unii Europejskiej ani Executive Agency for Health and Consumers (EAHC). Ani EAHC, ani osoby działające z ramienia EAHC nie ponoszą odpowiedzialności za wykorzystanie tej publikacji.

© Copyright by Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, HUMA network.

ISBN: 978-83-60720-09-7

Wydanie I, Warszawa 2011

Wydawca:
Stowarzyszenie Interwencji Prawnej
al. 3 Maja 12 lok. 510, 00-391 Warszawa
tel./fax 22 621-51-65
e-mail: biuro@interwencjaprawna.pl
www.interwencjaprawna.pl

Realizacja:
Ośrodek Wydawniczo-Poligraficzny „SIM"
00-669 Warszawa, ul. Emilii Plater 9/11
tel. 22 629 80 38, fax 22 629 80 36
e-mail: owpsim@post.pl

Spis treści

Aleksandra Chrzanowska, Witold Klaus, *Wstęp* 7

Aleksandra Chrzanowska, Witold Klaus, *Poprawa dostępu migrantów do opieki zdrowotnej. Rekomendacje wynikające z przeprowadzonych badań* 9

Krzysztof Maśliński, *Prawne regulacje w zakresie dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce* 23

Natalia Klorek, *Ochrona zdrowia nieudokumentowanych migrantów i osób ubiegających się o ochronę międzynarodową w opinii cudzoziemców* 45

Sara 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* 113

Halina Grzymała-Moszczyńska, *Uchodźcy jako wyzwanie dla polskiego systemu opieki zdrowotnej* 143

Maria Książak, *Dostęp do pomocy medycznej i psychologicznej osób ubiegających się o status uchodźcy w Polsce* 161

Dawid Cegiełka, Aleksandra Chrzanowska, Witold Klaus, Katarzyna Wencel, *Przestrzeganie praw cudzoziemców umieszczonych w ośrodkach strzeżonych. Raport z monitoringu* 185

Noty o Autorach 225

Wstęp

W lipcu 2009 roku Stowarzyszenie Interwencji Prawnej przystąpiło do koalicji HUMA network (Health for Undocumented Migrants and Asylum Seekers) koordynowanej przez międzynarodową organizację Lekarze Świata Francja (Médecins du Monde France). Zrzesza ona 16 organizacji pozarządowych z różnych państw Unii Europejskiej, działających na rzecz poprawy dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową. Działania badawczo-rzecznicze koalicji są prowadzone zarówno w krajach członkowskich, jaki i na poziomie wspólnotowym.

W ramach realizacji projektu HUMA network w Polsce w początkowym stadium przeanalizowano uwarunkowania prawne odnoszące się do dostępu wyżej wymienionych grup cudzoziemców do ochrony zdrowia w naszym kraju. Następnie przeprowadzono ilościowe badania terenowe wśród migrantów, mające na celu ocenę możliwości ich dostępu do pomocy medycznej w praktyce oraz zdiagnozowanie barier, które ten dostęp utrudniają. W tym miejscu pragnęlibyśmy podziękować przede wszystkim Monice Szuleckiej za konsultacje i wsparcie podczas badania, a także wszystkim ankieterkom, które pomogły w jego realizacji: Joannie Bronowickiej, Thu Huong Dang, Ewie Grzegrzółce, Oleksandrze Gusak, Kseni Hatalskiej, Oldze Hilik, Marii Książak, Viktorii Levandovskiej, Zuzannie Mączyńskiej. Winni jesteśmy również wyrazy wdzięczności wszystkim respondentom, którzy zgodzili się wziąć udział w badaniu.

Niniejsza publikacja zawiera dwa raporty (autorstwa Krzysztofa Maślińskiego i Natalii Klorek), które powstały w wyniku realizacji projektu HUMA network w Polsce i przy współpracy Sary Collantes oraz Anne Soler z zespołu koordynacyjnego projektu HUMA network. Ponieważ projekt ten miał charakter międzynarodowy, uznaliśmy, że ciekawe dla czytelnika będzie także pokazanie funkcjonujących w innych państwach Unii Europejskiej rozwiązań w zakresie dostępu cudzoziemców do pomocy medycznej. Opisała je Sara Collantes.

Aby uczynić tę publikację pełniejszą i w bardziej kompleksowy sposób przedstawić problem dostępu do opieki zdrowotnej azylantów i nieudokumentowanych migrantów, postanowiliśmy uzupełnić te materiały o kolejne artykuły, które

uznaliśmy za wartościowe. Dwa z nich to przedstawienie wyników innych badań prowadzonych w ostatnim czasie w Polsce. Pierwszym jest raport z monitoringu ośrodków strzeżonych dla cudzoziemców (autorstwa Dawida Cegiełki, Aleksandry Chrzanowskiej, Witold Klausa i Katarzyny Wencel), który Stowarzyszenie Interwencji Prawnej przeprowadziło wraz z Fundacją Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna w trzecim kwartale 2010 roku, w ramach projektu „Watch 24" finansowanego ze środków Open Society Institute. Podczas monitoringu szczególny nacisk położyliśmy na dostęp cudzoziemców osadzonych w ośrodkach strzeżonych do opieki medycznej, w tym psychologicznej. Drugi tekst, napisany przez Marię Książak, przedstawia wyniki prowadzonego w 2009 roku przez Fundację Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna monitoringu dostępu do pomocy medycznej, a przede wszystkim psychologicznej, osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy, rozwijając go o istotne kwestie kulturowe związane z pochodzeniem większości przebywających w Polsce azylantów, pochodzących z Północnego Kaukazu. Publikację wzbogaca artykuł Haliny Grzymały-Moszczyńskiej, zwracający uwagę na konieczność uwzględnienia czynnika kulturowego przy planowaniu pomocy medycznej dla cudzoziemców.

Książkę otwierają wynikające z przeprowadzonych badań i analiz rekomendacje odnośnie koniecznych zmian w prawie i praktyce jego stosowania w zakresie poprawienia dostępu do opieki zdrowotnej dla nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową. Liczymy, że staną się one podstawą do rozpoczęcia debaty w tym zakresie.

Aleksandra Chrzanowska, Witold Klaus

Aleksandra Chrzanowska, Witold Klaus

Poprawa dostępu migrantów do opieki zdrowotnej. Rekomendacje wynikające z przeprowadzonych badań

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na to, że osoby ubiegające się o ochronę międzynarodową względem prawa mają niemal zrównany dostęp do opieki medycznej z obywatelami polskimi. Poza potrzebą systemowego rozwiązania kwestii zapewnienia obecności tłumaczy podczas wizyt lekarskich, poprawy wymaga tu głównie praktyka, co wydaje się możliwe do osiągnięcia poprzez reorganizację i usprawnienie działania konkretnych usług. Natomiast nieudokumentowani migranci[1] są w Polsce postawieni w sytuacji skrajnie niekorzystnej – mają prawo do bezpłatnej pomocy medycznej jedynie w przypadku obowiązkowego leczenia niektórych chorób zakaźnych oraz w sytuacjach ratujących życie, a i to wyłącznie wtedy, gdy świadczenia udzielane są poza szpitalem przez medyczne zespoły ratunkowe. Ta sytuacja wymaga podjęcia pilnych działań legislacyjnych.

Poniżej przedstawiamy rekomendacje, wynikające z przeprowadzonych badań oraz z doświadczenia wieloletniej pracy na rzecz migrantów w Polsce.

1. Dostęp do opieki medycznej nieudokumentowanych migrantów

Nieudokumentowani migranci w zakresie dostępu do pomocy medycznej są traktowani niewiele gorzej, niż nieubezpieczeni obywatele polscy. Od lat trwają prace nad reformą systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Jednym z celów wprowadzanych zmian powinno być stworzenie systemu, w którym nie ma

[1] Nieudokumentowani migranci – cudzoziemcy nieposiadający dokumentów uprawniających do pobytu w Polsce. Są to np.: osoby przebywające w Polsce po upływie terminu ważności stosownych dokumentów; osoby, które przybyły do Polski nielegalnie i nie zalegalizowały swojego pobytu; osoby, które nie składały wniosku o nadanie statusu uchodźcy bądź składały taki wniosek, ale postępowanie administracyjne zakończyło się decyzją negatywną oraz nakazem opuszczenia Polski lub decyzją o wydaleniu poza granice kraju, a mimo to osoby te pozostają na terytorium Polski.

osób pozbawionych dostępu do publicznej służby zdrowia, choćby w podstawowym zakresie. Podejmując prace nad reformowaniem systemu, należy mieć na uwadze, że obecnie w Polsce mieszkają także cudzoziemcy[2]. Niestety część z nich przebywa w naszym kraju bez odpowiednich dokumentów. Inni, choć przebywają legalnie, czasem nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego z powodu nielegalnego zatrudnienia. Należy bowiem zaznaczyć, że Konstytucja Rzeczypospolitej Polski wprowadza nakaz równego traktowania, który rozciąga się także na osoby niebędące obywatelami polskich – zgodnie z art. 32 Konstytucji RP wszyscy są równi wobec prawa, władze publiczne mają obowiązek równego traktowania i nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny.

Migracje to nieodłączne zjawisko współczesnego świata. Ludzie opuszczają swoje kraje pochodzenia z wielu powodów – z przyczyn rodzinnych, w celu nauki, w związku z wykonywaną pracą czy w poszukiwaniu pracy i możliwości zapewnienia lepszych warunków bytowych swoim rodzinom, wreszcie ze względu na zagrożenie życia lub podstawowych praw i wolności. Niezależnie od przyczyn, z jakich migranci znaleźli się w Polsce, wszyscy mogą mieć potrzebę skorzystania z pomocy medycznej i nikomu z nich – nawet tym, których pobyt na terenie kraju jest nieuregulowany – nie należy tego prawa odmawiać. Argumenty pragmatyczne i ekonomiczne są tu nie mniej ważne od humanitarnych i antydyskryminacyjnych. Bowiem zdrowi migranci, to również większe bezpieczeństwo zdrowotne obywateli (szczególnie epidemiologiczne). A wielu migrantów, którym odmówiono prawa do pobytu w Polsce, z różnych przyczyn i tak nie opuszcza i nie opuści naszego kraju. W interesie obywateli leży zatem, by mieszkali wśród nich ludzie zdrowi. Warunkiem pozostawania w dobrym stanie zdrowia jest zaś dostęp do profilaktyki i świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

Liczne badania prowadzone w Europie wskazują, że znacznie mniej obciążające budżet państwa, a zatem i podatnika, jest zapewnienie nieudokumentowanym migrantom dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej, niż opłacanie leczenia osobom nieubezpieczonym w sytuacjach ratujących życie – do których po prostu mogłoby w wielu przypadkach nie dochodzić, gdyby interwencja medyczna nastąpiła w momencie, kiedy problem nie był jeszcze poważny[3]. Zaniedbanie problemu zdrowotnego, wynikające z braku dostępu do bezpłatnej opieki medycznej, niejednokrotnie prowadzi do znacznego pogorszenia stanu zdrowia czy wręcz może sprawić, że przekształci się on w stan chroniczny – leczenie zastosowane w późnej fazie rozwoju choroby, często związane z koniecz-

[2] Należy stworzyć system, który pozwoli na leczenie cudzoziemców, a jego pełnymi kosztami nie będą obciążeni sami obcokrajowcy, ani szpitale.

[3] *Immigrants and health care reform: what's really at stake?*, Migration Policy Institute 2009, http://www.migrationpolicy.org/pubs/healthcare-Oct09.pdf (dostęp 3.02.2011 r.).

nością hospitalizacji, której ze względu na obowiązek ratowania życia nie można odmówić, jest w takiej sytuacji o wiele bardziej kosztowne dla systemu ochrony zdrowia[4]. Odkładanie wizyty lekarskiej, na którą nieudokumentowani migranci nie mogą sobie z przyczyn finansowych pozwolić, aż do momentu, kiedy już naprawdę nie mają innego wyjścia, powoduje również duże opóźnienia w wykrywaniu ewentualnych chorób zakaźnych, a co za tym idzie, umożliwia ich rozprzestrzenianie w społeczeństwie. Co znowu w ostatecznym rozrachunku powoduje wzrost wydatków państwa na obowiązkowe leczenie tych chorób[5]. Ponadto brak dostępu do profilaktyki i podstawowej opieki zdrowotnej zwiększa częstotliwość korzystania z – nie zawsze uzasadnionych – szczególnie drogich usług, np. wzywania pogotowia ratunkowego[6].

Warto zaznaczyć, że nielegalność zatrudnienia – uniemożliwiająca odprowadzanie składek na ubezpieczenie zdrowotne – nie wynika często z winy cudzoziemców, a z ogólnej konstrukcji systemu pracy. Osoby pracujące legalnie, płacące wszystkie składki byłyby niekonkurencyjne na rynku i przedsiębiorcom po prostu nie opłacałoby się ich zatrudniać. Należałoby się zatem zastanowić nad systemem, w którym niektórzy cudzoziemcy, pracujący czasowo lub w pracach dorywczych czy sezonowych, nie odprowadzaliby wszystkich składek (np. rentowej, wypadkowej, emerytalnej), a ich praca byłaby obciążona podatkiem i składkami na ubezpieczenie zdrowotne. Innym rozwiązaniem jest wprowadzenie zryczałtowanej składki, podobnej do odprowadzanej przez osoby prowadzące własną działalność gospodarczą, choć niższej.

Zdajemy sobie sprawę, że reforma systemu ochrony zdrowia i związane z nią zmiany legislacyjne nie dokonują się z dnia na dzień i na poprawę sytuacji – tak nieubezpieczonych obywateli, jak i nieudokumentowanych migrantów – trzeba jeszcze poczekać. Planując zmiany warto czerpać z doświadczeń innych krajów europejskich, które – w mniejszym lub większym zakresie, w ramach systemu obejmującego obywateli bądź tworząc odrębne rozwiązania administracyjne – zdołały zapewnić nieudokumentowanym migrantom dostęp do ochrony zdrowia. Dotyczy to zarówno państw, w których służba zdrowia jest państwowa (m. in. Hiszpania, Portugalia, Włochy), jak i tych, gdzie opiera się ona na systemie

[4] H.J. Albrecht, *Fortress Europe? Controlling illegal immigration*, „European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice" 2002, 10 (1), str. 7; M. Norredam, *Access to health care for asylum seekers in the EU – a comparative study of country policies*, „European Journal of Public Health" 2006, vol. 16, N°3, str. 285-289.

[5] P. Scott, *Undocumented Migrants in Germany and Britain: The Human "Rights" And "Wrongs" regarding access to health care,* „Electronic Journal of Sociology" 2004, dostępny na stronie: http://www.sociology.org/content/2004/tier2/scott.html (dostęp 3.02.2011 r.).

[6] T.C. Chan, S.J. Krishel, K.J. Bramwell, R.F. Clark, *Survey of illegal immigrants seen in an emergency department*, „Western Journal of Medicine" 1996, str. 164, 212-216.

ubezpieczeniowym (m. in. Belgia i Francja)[7]. Nie znaczy to, że w innych państwach UE problem dostępu nieudokumentowanych migrantów został zupełnie rozwiązany – wszędzie borykają się oni z rozmaitymi ograniczeniami, tak administracyjnymi, jak i wynikającymi z praktyki. Najważniejsze jednak, że pewien zakres usług medycznych (choć np. w przypadku Hiszpanii zrównany z usługami przysługującymi obywatelom) został nieudokumentowanym migrantom zagwarantowany. Chcielibyśmy zatem ponownie podkreślić, że zmiany legislacyjne wprowadzane w ramach reformy służby zdrowia powinny uwzględniać obecność w naszej rzeczywistości migrantów, również tych o nieuregulowanym statusie pobytu. Jesteśmy świadomi, że reformy takie dokonują się powoli, poniżej wskazujemy jednak dwie kwestie, których rozwiązanie wymaga pilnej interwencji legislacyjnej, niezależnej od ogólnej reformy systemu zdrowia, i które powinno się odbyć naszym zdaniem bezzwłocznie.

Poza świadczeniami ratownictwa medycznego oraz obowiązkowym leczeniem niektórych chorób zakaźnych, nieudokumentowani migranci nie mają dostępu do bezpłatnej opieki zdrowotnej. W sytuacji zagrożenia życia pomoc w szpitalnych oddziałach ratunkowych jest oczywiście udzielana, natomiast problemem pozostaje kwestia uregulowania kosztów takich świadczeń. Nie ma przepisów jasno określających, co dzieje się w przypadku, gdy cudzoziemiec nie może ich pokryć. W praktyce ma to bardzo często miejsce, bowiem nieudokumentowani migranci rzadko posiadają środki finansowe, które pozwalałyby im na opłacenie wysokich kosztów leczenia. Zazwyczaj nie można także pobrać od nich tych należności. W wyniku tego koszt leczenia takich osób przenosi się na szpitale. W praktyce szpitale próbują obciążyć kosztami konsulaty czy ambasady bądź osoby lub instytucje/organizacje, których przedstawiciele towarzyszyli pacjentowi podczas przyjęcia czy też odwiedzali go później. W efekcie, nieuregulowany koszt usługi pozostaje długiem szpitali, co jest dla nich szczególnie dotkliwe w sytuacji, kiedy chodzi nie o doraźną interwencję medyczną, ale o przewlekłe choroby, wymagające wieloletniej i drogiej terapii, badań i regularnych zabiegów w celu ratowania życia[8]. Sąd Najwyższy w wyroku z 8 sierpnia 2007 roku, (sygn. akt CSK 125/07) uznał za podmiot odpowiedzialny w tym zakresie Narodowy Fundusz Zdrowia. Orzeczenie to zapadło jednak na podstawie nieobowiązującej już ustawy. Problem ten powinien zostać pilnie uregulo-

[7] Więcej o rozwiązaniach przyjętych w krajach UE patrz w rozdziale: S. Collantes, *Czy osoby ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy oraz nieudokumentowani migranci mają dostęp do opieki medycznej w krajach Unii Europejskiej? Porównanie sytuacji w 16 krajach UE,* str. 113 i nast.

[8] Wśród klientów Stowarzyszenia Interwencji Prawnej była nieudokumentowana migrantka, która była poddawana regularnym dializom. Stan jej zdrowia nie pozwalał na umieszczenie jej w placówce detencyjnej ani na deportację do kraju pochodzenia. Wszystkimi, wysokimi kosztami wielomiesięcznej został obciążony szpital.

wany przez ustawodawcę, przy czym zasadne wydaje się, by to właśnie NFZ lub Ministerstwo Zdrowia pokrywały nieuiszczone przez nieubezpieczonych pacjentów koszty usług medycznych.

Warto także rozważyć możliwość zezwolenia nieudokumentowanym migrantom na wykupienie dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ[9]. Na pewno przynajmniej część z nich mogłaby sobie na to pozwolić, co w jakimś zakresie otworzyłoby im dostęp do publicznej służby zdrowia, rozwiązując problem długów, z którymi borykają się szpitale, gdy pacjenci nie są w stanie opłacić usługi udzielonej na zasadach komercyjnych.

Szczególnie pilnie należy potraktować sprawę braku dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych małoletnich dzieci oraz kobiet w ciąży. Obie te grupy znajdują się w szczególnej sytuacji ze względu na ciążące na Polsce zobowiązania międzynarodowe. Trzeba bowiem podkreślić, że odmowa dostępu do publicznej służby zdrowia narusza przepisy Konwencji Praw Dziecka Organizacji Narodów Zjednoczonych, której Polska jest stroną, jak i Konstytucji Rzeczypospolitej Polski.

Zgodnie z art. 24 Konwencji Praw Dziecka, państwa uznają prawo dziecka do jak najwyższego poziomu ochrony zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej i zobowiązują się zagwarantować to, że żadne dziecko nie będzie pozbawione prawa dostępu do tego rodzaju opieki zdrowotnej. Zobowiązanie to w szczególności obejmuje zapewnienie udzielania koniecznej pomocy oraz opieki zdrowotnej wszystkim dzieciom, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej.

Ponadto zgodnie z art. 30 Konstytucji RP przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. Artykuł 68 ust. 3 Konstytucji RP nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Mówi on o wszystkich osobach, posiadających wymienione cechy, niezależnie od posiadania przez nie obywatelstwa polskiego[10]. Zgodnie zaś z cytowanym już art. 32 Konstytucji RP nakazującym władzom publicznym równe traktowanie i zakazującym dyskryminacji z jakiegokolwiek powodu, dzieci cudzoziemcy powinny być traktowane na równi z dziećmi polskimi. Należy pamiętać, że wszystkie dzieci jako osoby słabsze powinny być objęte szczególną ochroną, mieć zagwarantowane

[9] W tej chwili jest to nie możliwe, gdyż jednym z wymogów jest posiadanie ważnego dokumentu potwierdzającego legalny pobyt w Polsce.

[10] *A contrario* choćby do przepisu art. 68 ust. 2, który mówi o obowiązku stworzenia równego dostępu do opieki zdrowotnej niezależnie od statusu materialnego, ale ogranicza go tylko do obywateli.

pełne prawo do opieki medycznej, niezależnie od tego, jaki mają w Polsce status prawny one same lub ich rodzice.

Ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w art. 2 zapewnia dzieciom do 18 roku życia oraz kobietom podczas ciąży porodu i połogu bezpłatny dostęp do opieki medycznej, bez względu na status ubezpieczeniowy. Korzystanie z tego prawa ogranicza jednak jedynie do obywateli polskich, posiadających miejsce zamieszkania w Polsce. W myśl Konstytucji RP oraz Konwencji Praw Dziecka te same prawa powinny przysługiwać wszystkim dzieciom oraz kobietom ciężarnym, bez względu na ich status prawny w Polsce. Stan pozbawienia ich praw do ochrony zdrowia należy uznać za niedopuszczalny i wymagający pilnej interwencji ustawodawczej.

Warto zauważyć, że jest pewna kategoria nieudokumentowanych migrantów, która posiada prawo do opieki zdrowotnej. Chodzi o osoby, które zostały umieszczone w placówkach detencyjnych (w areszcie w celu wydalenia lub ośrodku strzeżonym). Wówczas pomoc medyczna przysługuje im na takich samych zasadach, jak więźniom, a więc w dość szerokim zakresie. Wydaje się, że nie powinien funkcjonować system, który w celu objęcia danej osoby opieką medyczną zmusza do pozbawienia jej wolności.

2. Dostęp do ochrony zdrowia cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy

Cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową mają dostęp do opieki medycznej w równoległym wobec państwowego systemu ochrony zdrowia systemie zorganizowanym przez Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (CSK MSWiA) na podstawie umowy z Szefem Urzędu do Spraw Cudzoziemców (UdsC). Zakres tej pomocy jest podobny do zakresu świadczeń dostępnych dla obywateli polskich w ramach systemu NFZ. Wydaje się, że sam fakt zorganizowania równoległego systemu opieki jest dla tej grupy cudzoziemców korzystny. Rozwiązanie takie zapewnia dostęp do lekarza pierwszego kontaktu na terenie ośrodka dla uchodźców, codzienny dostęp do opieki pielęgniarskiej – również na terenie ośrodka – w tym pomoc w ustalaniu terminów wizyt specjalistycznych, a także zupełnie bezpłatny dostęp do leków, które NFZ dofinansowuje ubezpieczonym obywatelom jedynie w pewnym zakresie. Jednakże zarówno przeprowadzone w ramach projektu HUMA network badanie terenowe wśród cudzoziemców, jak i doświadczenie pracy organizacji pozarządowych, pozwalają uwidocznić kilka problematycznych kwestii, które wymagają przemyślenia możliwości modyfikacji funkcjonowania pewnych rozwiązań.

2.1. Podstawowa opieka zdrowotna i odległość placówek medycznych

Problemem, który wskazywała znaczna część respondentów badań terenowych, jest znaczne oddalenie ośrodków dla uchodźców od specjalistycznych placówek medycznych, do których kierowani są cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową. UdsC nie zapewnia transportu do przychodni i szpitali (poza wyjątkowymi sytuacjami), zwraca jedynie koszty przejazdu, ale wyłącznie środkami transportu publicznego. Nie ma możliwości uzyskania zwrotu kosztów za benzynę czy taksówkę.

Sytuacja ta jest szczególnie dotkliwa dla kobiet w ciąży, małych dzieci oraz osób niepełnosprawnych czy ciężko chorych i mających problemy z poruszaniem się. Kobiety w zaawansowanej ciąży – zwłaszcza w okresie mrozów czy upałów – niejednokrotnie rezygnują z regularnych wizyt kontrolnych u ginekologów. Rodzice nie zawsze decydują się na zawiezienie na wizytę specjalistyczną swoich dzieci w obawie, by tak daleka wyprawa do szpitala, zwłaszcza w złych warunkach pogodowych, nie zakończyła się pogorszeniem stanu zdrowia dziecka. Problem dojazdu na badania dotyka także samotne kobiety z dziećmi, które często nie mają z kim ich zostawić na czas przejazdu do lekarza, zajmujący niekiedy pół dnia (co jest szczególnie uciążliwe, jeśli wizyty są w miarę częste). Rozwiązaniem tego problemu wydaje się zakontraktowanie przynajmniej niektórych usług w placówkach położonych w najbliższym sąsiedztwie ośrodków dla uchodźców lub rozważenie możliwości zorganizowania bądź refinansowania kosztów transportu samochodowego grupom wymagającym szczególnego wsparcia. Nie bez znaczenia byłoby również lokowanie ośrodków dla uchodźców w miejscach, gdzie dostęp do infrastruktury medycznej jest znacznie łatwiejszy, niż w małych miasteczkach czy miejscowościach wiejskich[11]. Aspekt ten powinien być brany pod uwagę przy wybieraniu lokalizacji ośrodków w przetargach. Stan zdrowia powinien być także jednym z kryteriów decydujących o skierowaniu danego cudzoziemca do konkretnego ośrodka położonego w dogodnym, ze względu na niezbędną infrastrukturę medyczną, miejscu.

Zorganizowanie podstawowej opieki zdrowotnej wyłącznie w ośrodkach oznacza, że osoby zakwaterowane poza ośrodkiem, czasem w znacznym oddaleniu od niego, nawet w sytuacji bardzo złego samopoczucia muszą pokonywać dużą odległość w celu zbadania, otrzymania lekarstw czy skierowania

[11] Obecnie wiele ośrodków znajduje się na obrzeżach niewielkich miasteczek lub wręcz w środku lasu, skąd trudno wydostać się w jakiejkolwiek sprawie (same nazwy miejscowości mówią za siebie, np. „Czerwony Bór,", „Dębak" czy nieistniejący już od paru miesięcy ośrodek w „Pustych Łąkach").

do specjalisty[12]. A należy mieć na uwadze, że obecnie mniej więcej połowa[13] osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy mieszka poza ośrodkami, korzystając ze świadczeń przyznanych na ten cel przez Biuro Organizacji Ośrodków UdsC. Ponadto w ciągu ostatniego roku Urząd zamknął kilka ośrodków, w pobliżu których cudzoziemcy wynajmowali mieszkania, w związku z czym bardzo wzrosła liczba osób, które muszą pokonać kilkadziesiąt, jeśli nie kilkaset kilometrów, by dostać się do najbliższego funkcjonującego ośrodka, do lekarza pierwszego kontaktu.

Wobec tego warto zastanowić się nad możliwością korzystania przez osoby zakwaterowane poza ośrodkami z podstawowej opieki zdrowotnej w przychodniach w pobliżu miejsca zamieszkania. Wydaje się, że nie ma konieczności kontraktowania tych usług zawczasu – trudno bowiem z góry przewidzieć, gdzie cudzoziemcy będą się osiedlać. Wystarczyłoby, żeby rejestratorzy w przychodniach kontaktowali się telefonicznie z pracownikiem Zespołu ds. Świadczeń Medycznych dla Osób Ubiegających się o Nadanie Statusu Uchodźcy CSK MSWiA i na podstawie numeru przepustki pacjenta uzyskiwali potwierdzenie, czy nadal przysługują mu świadczenia. Po udzieleniu świadczenia placówka rozliczałaby się bezpośrednio z CSK MSWiA. Jeszcze prościej zapewne byłoby uzyskiwać te dane za pomocą centralnej elektronicznej bazy danych, którą oczywiście najpierw należałoby stworzyć. Przykładowo, każdy cudzoziemiec objęty świadczeniami socjalnymi dostawałby razem z przepustką pisemną informację-instrukcję skierowaną do personelu medycznego, objaśniającą na jakiej zasadzie może on korzystać ze świadczeń medycznych. Taki dokument pokazywałby w przychodni, w której chciałby korzystać z podstawowej opieki zdrowotnej, i na tej podstawie rejestratorzy wiedzieliby, jak formalnie obsługiwać pacjenta ubiegającego się o nadanie statusu uchodźcy[14].

Na tej samej zasadzie cudzoziemcy mogliby mieć zapewnioną możliwość korzystania ze specjalistycznej opieki lekarzy tych specjalności, do których ubezpieczeni pacjenci mają dostęp bez skierowania. Chodziłoby tu szczególnie o opiekę ginekologiczną, psychiatryczną i onkologiczną – dostępną w dowolnych placówkach i bez skierowania.

[12] Więcej o problemach w tym zakresie patrz w rozdziale: M. Książak, *Dostęp do pomocy medycznej i psychologicznej osób ubiegających się o status uchodźcy w Polsce*, str. 161 i nast.

[13] Pod koniec stycznia 2011 r. spośród cudzoziemców objętych przez UdsC pomocą socjalną 1648 osób mieszkało w ośrodkach dla uchodźców, a 1640 poza ośrodkami. Patrz dane UdsC na stronie: http://www.udsc.gov.pl/Statystyki,229.html (dostęp: 01.02.2011 r.).

[14] Warto dodać, że tak właśnie działają systemy prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, jest to więc rozwiązanie proste do zaadaptowania. Jest też możliwe, by system ten obejmował jedynie niektóre przychodnie w Polsce, z którymi wcześniej CSK MSWiA podpisze odpowiednie umowy.

2.2. Opieka nad kobietami w ciąży

Odległość placówek medycznych nie jest jedynym utrudnieniem w dostępie kobiet do opieki ginekologicznej. Skarżą się one na niedostępność ginekolożek. Względy religijno-kulturowe powodują, że nie są one w stanie się przełamać i dać zbadać mężczyźnie. Często zabraniają im tego mężowie. Z tej przyczyny zdarzają się sytuacje, że aż do momentu porodu kobiety w ciąży nie korzystają w ogóle z opieki lekarskiej.

Dobrym rozwiązaniem tej sytuacji wydaje się doposażenie gabinetów lekarskich w ośrodkach w odpowiednią aparaturę, w tym do badań USG, oraz zatrudnienie w każdym ośrodku kobiety ginekologa, która regularnie, np. raz-dwa razy w miesiącu (w zależności od liczebności kobiet w danym ośrodku) przyjmowałaby pacjentki i na miejscu przeprowadzała badania. Alternatywnym rozwiązaniem mogłoby być zakontraktowanie usług ginekologicznych w placówkach położonych najbliżej danego ośrodka dla uchodźców – zamiast wyłącznie w CSK MSWiA w przypadku ośrodków z Warszawy i okolic. Pierwsze z proponowanych rozwiązań wydaje się dawać więcej możliwości w kwestii zatrudnienia ginekolożek, które w trybie odbywania comiesięcznych dyżurów w każdym z ośrodków mogłyby obsługiwać wszystkie ośrodki w danym regionie. Wariant ten zakładałby zatrudnienie 3-4 lekarek na całą Polskę.

2.3. Opieka nad noworodkami

W sprawie opieki nad noworodkami poprawie powinny ulec dwie kwestie. Po pierwsze, należy zapewnić łatwy dostęp do opieki lekarskiej. W każdym ośrodku, co nie wszędzie jest regułą, powinien być zatrudniony pediatra, przynajmniej w minimalnym wymiarze czasowym. Należałoby też zapewnić wizyty położnych u noworodków, a także wprowadzić praktykę wzywania lekarzy pediatrów do gorączkujących dzieci. Zdarzają się bowiem sytuacje, że na wizytę do pediatry rodzice z chorymi dziećmi muszą udawać się do położonych w dużej odległości szpitali, z którymi UdsC ma podpisaną umowę, co stwarza ryzyko znacznego pogorszenia stanu zdrowia dziecka. Warto także rozważyć możliwość zakontraktowania usług specjalistów dziecięcych w placówkach położonych w bezpośrednim sąsiedztwie ośrodków dla uchodźców – tak jak to sugerowano w związku z opieką ginekologiczną.

Po drugie, należy zwiększyć pomoc socjalną dla matek nowonarodzonych dzieci oraz przystosować pokoje w ośrodkach, umożliwiając zachowanie podstawowych zasad higieny w opiece nad noworodkiem. Chodzi przede wszystkim o pokrycie kosztów pampersów oraz środków higienicznych i artykułów niezbędnych do pielęgnacji noworodka, a w szczególnych sytuacjach także sztucznego mleka dla niemowląt. Kieszonkowe, które matki otrzymują, jest zdecydowanie

za niskie, by mogło wystarczyć na podstawowe potrzeby. Należałoby zatem podnieść wysokość kieszonkowego lub wprowadzić dodatek z tytułu opieki nad noworodkiem albo zamawiać i wydawać w ośrodku wyżej wymienione niezbędne artykuły dla niemowląt. Absolutnym minimum wydaje się także wyposażenie pokoi rodzin spodziewających się dziecka w specjalne łóżeczka dla noworodków, a docelowo także w przewijaki i sprzęty do kąpieli niemowląt.

2.4. Opieka psychologiczna

Znaczna część respondentów badania przeprowadzonego przez Stowarzyszenie Interwencji Prawnej określiła swój stan psychologiczny jako zły lub bardzo zły – zadeklarowała to prawie połowa badanych, a jedynie co piąta osoba twierdziła, że zagadnienie to nie jest w jej ocenie problemem[15]. Wyniki te pokazują, że prowadzona obecnie w ośrodkach dla uchodźców praca psychologiczna jest niewystarczająca z punktu widzenia potrzeb cudzoziemców. Obecnie przybiera ona bowiem jedynie postać konsultacji o charakterze wsparcia czy doraźnej interwencji. Nie stworzono jak dotąd warunków do długoterminowej opieki psychologicznej i regularnej psychoterapii. Brakuje także programów pracy z ofiarami stresu pourazowego (PTSD). Co gorsza, nie prowadzi się nawet systematycznej diagnostyki psychologicznej[16] przy użyciu profesjonalnych narzędzi. Wśród zatrudnionych psychologów nie ma zaś zróżnicowania w ich specjalizacjach – brakuje psychologów dziecięcych i psychoterapeutów, a także specjalistów pracujących z ofiarami PTSD czy osobami doświadczającymi traumy wojennej[17].

Z jednej strony należy docenić fakt, że w ośrodkach w ogóle pracują psychologowie, do których uchodźcy mogą się zgłosić ze swoimi problemami (bowiem ma to miejsce stosunkowo od niedawna). Jednak ich liczba i pomoc, jaką niosą, stanowi zaledwie kroplę w morzu potrzeb. Dodatkowo, ze względów kulturowych i w obawie przed napiętnowaniem przez resztę społeczności, nie każdy cudzoziemiec potrzebujący konsultacji psychologicznej czy psychoterapii ma odwagę, by zwrócić się z tym do psychologa zatrudnionego w ośrodku. Pociąga to za sobą potrzebę stworzenia wyspecjalizowanego zewnętrznego i niezależnego ośrodka (lub może nawet ośrodków albo sieci specjalistów), gdzie przy-

[15] Więcej na ten temat patrz w rozdziale: N. Klorek, *Ochrona zdrowia nieudokumentowanych migrantów i osób ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce w opinii cudzoziemców*, str. 45 i nast.

[16] W przypadku osób, które przeżyły szczególnie głębokie urazy w okesie przedemigracyjnym, mając na uwadze powodzenie działań terapeutycznych, ważna jest jak najszybsza interwncja specjalisty, por. H. Grzymała-Moszczyńska, *Uchodźcy. Podręcznik dla osób pracujących z uchodźcami,* Kraków 2000, str. 52.

[17] Więcej na ten temat patrz w rozdziale: M. Książak, *Dostęp do pomocy medycznej i psychologicznej osób ubiegających się o status uchodźcy w Polsce*, str. 161 i nast.

musowi migranci, ofiary rozmaitych traum, mogliby liczyć na kompleksową pomoc i profesjonalną opiekę specjalnie wyszkolonych i wyspecjalizowanych psychologów i psychiatrów.

2.5. Bariera językowa

Ogromne problemy, przede wszystkim podczas wizyt specjalistycznych oraz przyjęć do szpitala, a zwłaszcza w przypadku interwencji karetki pogotowia, stwarza bariera językowa. Ani szpitale, ani UdsC nie zatrudniają tłumaczy. Lekarze i pozostały personel medyczny pracujący w ośrodkach bardzo rzadko posługują się językiem rosyjskim[18], a jeśli nawet, to nie jest to stopień umożliwiający skuteczną komunikację dotyczącą kwestii medycznych[19]. Jedyną pomoc tłumaczeniową zapewniają organizacje pozarządowe, jak Stowarzyszenie Interwencji Prawnej czy Fundacja Ocalenie, bazując przede wszystkim na pracy wolontariuszy. Mimo że wolontariusze SIP towarzyszą pacjentom średnio podczas około tysiąca wizyt rocznie, jest to zaledwie niewielki procent wszystkich potrzeb. Co gorsza, zarówno od pacjentów, jak również od personelu medycznego szpitali i ośrodków dla uchodźców słyszymy, że niektórzy lekarze odmawiają przyjęcia pacjenta, jeśli pojawi się on na wizycie bez tłumacza. Taka praktyka powinna być absolutnie niedopuszczalna. Dodatkowo jednak pokazuje to, jak ważne jest systemowe rozwiązanie tego problemu i zatrudnienie na stałe tłumaczy przynajmniej w tych placówkach medycznych, do których cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową trafiają najczęściej i najliczniej[20]. Rozwiązaniem godnym rozwagi wydaje się też zatrudnienie dodatkowo profesjonalnego tłumacza (tłumaczy), który w sytuacjach nagłych mógłby służyć pomocą przez telefon.

2.6. Protezowanie, stomatologia, rehabilitacja, procedury wysokospecjalistyczne, przeszczepy

Z nie do końca zrozumiałych powodów z usług zapewnianych przez CSK MSWiA wyłączono protezowanie, stomatologię, rehabilitację, procedury wyso-

[18] Podczas prowadzonych wcześniej badań lekarze twierdzili, że do pracy z migrantami nie jest im potrzebna znajomość języków obcych, ponieważ np. w przypadku dzieci także nie komunikują się z pacjentami, a mogą dobrze wykonywać swoją pracę – por. H. Grzymała-Moszczyńska, E. Nowicka, *Goście i gospodarze. Problem adaptacji kulturowej w obozach dla uchodźców oraz otaczających je społecznościach lokalnych,* Kraków 1998, str. 118-119.

[19] Zob. *Dostęp do opieki medycznej i psychologicznej kobiet w ciąży, matek, dzieci oraz ofiar tortur i urazów wojennych w ośrodkach dla osób ubiegających się o status uchodźcy w Polsce*, Fundacja Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna, Warszawa 2009, str. 96.

[20] Tłumacze powinni być zatrudnieni przez CSK MSWiA ze środków otrzymywanych od UdsC na sprawowanie opieki zdrowotnej nad osobami ubiegającymi się o nadanie statusu uchodźcy. Można zastosować analogiczne rozwiązanie, jak w przypadku zatrudnienia psychologów. Koszt świadczeń medycznych powinien być zwiększony o koszt zatrudnienia tłumaczy.

kospecjalistyczne i przeszczepy – za te usługi odpowiada bezpośrednio UdsC. O wyrażenie zgody na ich sfinansowanie trzeba każdorazowo wnioskować do Dyrektora Biura Organizacji Ośrodków lub Szefa UdsC. Do okresu oczekiwania na wizytę u specjalisty czy turnus rehabilitacyjny dochodzi zatem jeszcze okres oczekiwania na decyzję UdsC, co powoduje, że cierpiący lub wymagający pilnych procedur pacjent miesiącami czeka na świadczenie, które mogłoby uśmierzyć jego ból lub jest skuteczne pod warunkiem szybkiego/regularnego udzielenia. Niestety, nierzadko zdarzają się też odmowy wynikające z ograniczonego budżetu Urzędu. Nasuwa to pytanie, czy dostęp do wyżej wymienionych usług nie powinien być zorganizowany, tak jak wszelkie pozostałe świadczenia, przez Zespół ds. Świadczeń Medycznych dla Osób Ubiegających się o Nadanie Statusu Uchodźcy CSK MSWiA.

2.7. Konieczność poprawy warunków mieszkaniowych

Warunki mieszkaniowe mają niezaprzeczalny wpływ na stan zdrowia. Są one szczególnie ważne w przypadku małych dzieci i osób cierpiących na różnego rodzaju schorzenia – obie te grupy stanowią znaczny odsetek osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy. Wyniki badań przeprowadzonych przez Stowarzyszenie Interwencji Prawnej pokazują, że bardzo duża część cudzoziemców, mieszkających w ośrodkach dla uchodźców, określiła swoje warunki mieszkaniowe jako złe lub bardzo złe. Było to aż 40% respondentów, którzy zwracali uwagę przede wszystkim na problem przeludnienia i związany z nim brak prywatności, brak podstawowych urządzeń i instalacji (ogrzewania, ciepłej wody, prądu), a także na niedostateczną higienę. Szczególne zaniepokojenie budzi wspominany brak dostępu do sprawnie funkcjonujących łazienek i toalet, a także obecność w pokojach insektów, takich jak karaluchy czy pluskwy[21].

Istnieje zatem pilna potrzeba poprawienia warunków mieszkaniowych osób przebywających w ośrodkach dla uchodźców. Bezwzględnie placówki te powinny być tak urządzone i zarządzane, aby zapewnić cudzoziemcom dostęp do urządzeń sanitarnych, a pomieszczenia przeznaczone na łazienki i kuchnie powinny być utrzymane w szczególnej czystości – przede wszystkim należy usunąć grzyb ze ścian. Jest to możliwe przez zamontowanie odpowiedniej wentylacji mechanicznej, niezbędnej przy prowadzeniu tego typu placówek, w których przebywa tak dużo osób. Dobrze utrzymane pomieszczenia sanitarne oraz właściwa liczba urządzeń w nich funkcjonujących (toalet, pryszniców, umywalek czy zlewów) po-

[21] Więcej na ten temat patrz w rozdziale: N. Klorek, *Ochrona zdrowia nieudokumentowanych migrantów i osób ubiegających się o ochronę międzynarodową w opinii cudzoziemców*, str. 45 i nast. Por. także: M. Ząbek, S. Łodziński, *Uchodźcy w Polsce. Próba spojrzenia antropologicznego*, Warszawa 2008, str. 231-239.

winny być warunkiem mającym znaczący wpływ na wybór ośrodków dokonywany przez Urząd ds. Cudzoziemców w procedurze przetargu.

Ponadto jest koniecznie rozwiązanie kwestii przeludnienia pokoi. Należy przyjąć zasadę przydzielania rodzinom wielodzietnym co najmniej dwóch pokoi, albo przystosować pokoje do potrzeb rodzin liczących wielu członków – muszą być to pomieszczenia odpowiednio większe, z wydzielonymi częściami dla rodziców i dla dzieci, co zapewni im odpowiedni poziom prywatności. Pokoje powinny być także odpowiednio wyposażone – przede wszystkim, o czym wspomniano wyżej, w sprzęt niezbędny do opieki nad niemowlętami i małymi dziećmi (łóżeczka, przewijaki itp.).

Osoby mieszkające poza ośrodkiem, w wynajętych mieszkaniach, lepiej oceniają swoją sytuację mieszkaniową. Jednak także one jako problem zgłaszają przeludnienie i brak dostępu do podstawowych urządzeń czy instalacji. Wpływ na to ma wysokość świadczeń przysługujących na wynajęcie mieszkania – są one niezwykle niskie i wystarczają na pozyskanie lokalu o bardzo niskim standardzie, który często dzieli kilka rodzin. Rodziny te decydują się na takie rozwiązanie, aby udało się zapłacić czynsz. Obecnie bowiem czteroosobowa rodzina otrzymuje jedynie ok. 1500 złotych miesięcznie, które mają jej wystarczyć na wynajęcie mieszkania oraz wyżywienie, ubrania i zakup środków czystości[22]. Jest to zdecydowanie zbyt niska kwota, by można było za nią przeżyć w Polsce – niewiele wyższa od minimum egzystencji[23]. Istnieje zatem potrzeba zwiększenia wysokości świadczeń przeznaczonych na wynajęcie mieszkań na wolnym rynku przez osoby ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy.

3. Dostęp do opieki medycznej w placówkach detencyjnych[24]

Po umieszczeniu w placówce detencyjnej cudzoziemcy poddawani są ogólnemu badaniu. Mają na żądanie dostęp do lekarza, psychologa, w niektórych

[22] Stawki te określa rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 26 maja 2009 r. w sprawie wysokości pomocy dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (Dz. U. z 2009 r., Nr 80, poz. 674).

[23] Kwota świadczeń dla osób przebywających poza ośrodkiem w przeliczeniu na osobę w rodzinie wynosi ok. 375 złotych miesięcznie. Tymczasem minimum egzystencji, czyli minimalny próg dochodów, niezbędnych do zaspokojenia potrzeb bytowo-konsumpcyjnych, poniżej którego występuje biologiczne zagrożenie dla życia i rozwoju psychofizycznego człowieka, został wyliczony w 2009 r. przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych (placówkę badawczą Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej) na 349 złotych – por. *Wysokość i struktura zmodyfikowanego minimum egzystencji w 2009 r.* (raport dostępny do pobrania: http://www.ipiss.com.pl/www_me_2009_sr.pdf, dostęp 9.02.2011 r.).

[24] Więcej na ten temat patrz w rozdziale: D. Cegiełka, Aleksandra Chrzanowska, Witold Klaus, Katarzyna Wencel, *Przestrzeganie praw cudzoziemców umieszczonych w ośrodku strzeżonym. Raport z monitoringu*, str. 185 i nast.

ośrodkach na stałe dyżuruje pielęgniarka, a w razie potrzeby pacjenci dowożeni są pod eskortą na wizyty do specjalistów. Większość cudzoziemców skarży się jednak, że badania, którym są poddawani, są bardzo powierzchowne, a stosunek lekarzy lekceważący[25]. W części ośrodków lekarze nie mają wyznaczonych dyżurów przyjmowania cudzoziemców, bowiem opiekę nad osadzonymi powierzono lekarzom zatrudnionym do obsługi funkcjonariuszy. Rodzi to wątpliwości odnośnie faktycznego dostępu cudzoziemców do pomocy medycznej.

Duży problem stwarza także bariera językowa – podobnie, jak w opisywanych powyżej przypadkach leczenia osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy. Większość lekarzy zatrudnionych w ośrodkach nie posługuje się nawet w stopniu komunikacyjnym językiem cudzoziemców. Pomocą nie mogą też często służyć funkcjonariusze Straży Granicznej, którzy języki obce najczęściej znają jedynie w stopniu komunikacyjnym (do tego nie wszyscy). Nie jest to więc poziom wystarczający do prowadzenia tłumaczeń medycznych.

Problemem jest także pomoc psychologiczna. Teoretycznie w ośrodkach są dostępni psycholodzy zatrudnieni przez Straż Graniczną, jednak cudzoziemcy im nie ufają i nie widzą sensu korzystania z ich usług. Ponadto generalnie psycholodzy nie posługują się językami obcymi (szczególnie językiem rosyjskim) oraz nie są przygotowani do pracy z problemami cudzoziemców (PTSD, traumy wojenne etc.). Konieczne jest więc zatrudnienie niezależnych i dobrze przygotowanych psychologów, najlepiej mówiących w najpowszechniejszych językach cudzoziemców (angielskim i rosyjskim), a w pozostałym zakresie współpracujących z odpowiednio przygotowanymi zewnętrznymi tłumaczami. Problemy przedstawione powyżej związane z pracą psychologów skutkują brakiem systematycznej i niezależnej diagnostyki psychologicznej oraz zapewnieniem w razie potrzeby regularnej opieki i terapii psychologicznej bądź psychiatrycznej. Trzeba bowiem brać pod uwagę fakt, że u większości cudzoziemców pobyt w placówce detencyjnej, którą postrzegają jako więzienie, dodatkowo pogłębia i tak już występujące traumy.

Ważnym problemem są także trudności ze zwolnieniem osadzonego, gdy występują ku temu wskazania medyczne, mimo istnienia w tym zakresie umożliwiających to regulacji prawnych. Wątpliwości nie stwarzają jedynie sytuacje, gdy ktoś cierpi na chorobę zakaźną i stanowi zagrożenie dla innych. W przeciwnym wypadku, nawet poważne schorzenia często bywają lekceważone, a normą jest ignorowanie stanu psychicznego cudzoziemców osadzonych w ośrodkach, które także poważnie wpływają na zdrowie cudzoziemców i powinny stanowić podstawę do zwolnienia z ośrodka.

[25] *Report on detention of asylum seekers and illegally staying third nationals in Poland,* Caritas 2007, str. 9.

Krzysztof Maśliński

Prawne regulacje w zakresie dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce

1. System opieki zdrowotnej w Polsce

Polska uznaje prawo każdej osoby do ochrony zdrowia[1]. Władze publiczne są też zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom w ciąży, osobom niepełnosprawnym i w podeszłym wieku, a także do zwalczania chorób zakaźnych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. Jednakże dostęp do publicznej opieki medycznej podlega regulacji ustawowej oraz prawnym ograniczeniom.

Podstawą polskiej publicznej opieki zdrowotnej jest regulowany ustawowo system ubezpieczenia zdrowotnego[2], który obejmuje większość społeczeństwa, zarówno na zasadzie obowiązkowej, jak też dobrowolnej. Ustawowym ubezpieczycielem jest działający na zasadzie wyłączności Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), który składa się z centrali oraz 16 oddziałów wojewódzkich. Dodatkowo z budżetu państwa dofinansowuje się dostęp do publicznej służby zdrowia dla grup szczególnie do tego uprawnionych oraz dla osób znajdujących się w określonych sytuacjach.

[1] Art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczpospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483 ze zm.).

[2] Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135 ze zm.), określana dalej jako „ustawa o świadczeniach zdrowotnych".

2. Podstawy prawne dostępu do opieki zdrowotnej

2.1. Obywatele i cudzoziemcy o uregulowanym statusie pobytu

Bezpłatny dostęp do świadczeń publicznej służby zdrowia mają cztery główne kategorie osób do tego uprawnionych (określanych zbiorczo mianem „świadczeniobiorców"). Są to[3]: obywatele polscy poniżej 18 roku życia zamieszkali w Polsce; kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu, legitymujące się polskim obywatelstwem i zamieszkałe w Polsce; polscy obywatele z miejscem zamieszkania w Polsce i spełniający kryterium dochodowe[4] oraz osoby podlegające publicznemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (jest to najliczniejsza kategoria), na zasadzie obowiązkowej lub dobrowolnej[5]. Zakres świadczeń dostępny ubezpieczonym i pozostałym świadczeniobiorcom jest równy.

Tylko określone kategorie osób – choć w praktyce zalicza się do nich większość obywateli i cudzoziemców przebywających w kraju legalnie[6] – mogą podlegać publicznemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Obowiązkowemu lub dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają więc: obywatele UE[7] lub EFTA[8] (w tym Polski), zamieszkujący w jednymktórymś z tych państw (w tym w Polsce); obywatele państw spoza UE i EFTA, którzy przebywają na terytorium Polski na podstawie następujących uprawnień[9]: wizy w celu wykonywania pracy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony (z wyłączeniem zezwolenia udzielonego na podstawie art. 53a ust. 2 ustawy o cudzoziemcach[10]), zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego

[3] Jak zostało to określone w art. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[4] Dostęp do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej jest ustalany na podstawie stosownej decyzji władz lokalnych – art. 54 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. W praktyce stosowną decyzję o opłaceniu składek na ubezpieczenie zdrowotne za daną osobę podejmuje właściwy Ośrodek Pomocy Społecznej – art. 17 ust. 1 pkt 20 ustawy o pomocy społecznej.

[5] Art. 2 ust. 1 punkty 1-3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[6] Art. 3 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[7] UE – Unia Europejska.

[8] EFTA – Europejskie Porozumienie o Wolnym Handlu.

[9] W przypadku większości uprawnień do legalnego przebywania na terytorium Polski cudzoziemiec, ubiegający się o dane prawo, jest zobowiązany przedstawić dowód ubezpieczenia zdrowotnego np. w przypadku starań o wizę krajową (art. 35 pkt 3 Ustawy z 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach/ tekst jednolity – Dz. U. z 2006 r., Nr 234, poz. 1694 ze zm./ – dalej określana jako „ustawa o cudzoziemcach").

[10] Zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony może zostać udzielone na zasadach uznaniowych przez podmioty uprawnione na podstawie art. 53a ust. 2 pkt 1-4 ustawy o cudzoziemcach. Przepis ten znajduje zastosowanie, gdy osoba przebywająca nielegalnie na terytorium Polski: jest zobowiązana przepisami prawa do stawienia się przed organem polskiej władzy publicznej; leży to w interesie Rzeczpospolitej Polskiej lub wyjątkowa sytuacja osobista wymaga obecności danej osoby na terytorium Polski lub stosowne władze stwierdzą, że jest ofiarą handlu ludźmi.

Wspólnot Europejskich, zgody na pobyt tolerowany lub osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy bądź ochronę uzupełniającą albo korzystające z ochrony czasowej na jej terytorium; obywatele państw innych niż należące do UE lub EFTA przebywający legalnie na terytorium innych niż Polska krajów członkowskich UE lub EFTA. Rodziny osób należących do wskazanych powyżej grup są również uprawnione do ubezpieczenia. Ubezpieczeniu podlegają także obywatele państw członkowskich UE lub EFTA, niemający miejsca zamieszkania w żadnym z państw UE lub EFTA, a jednocześnie podlegający polskiemu obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Dotyczy to też osób objętych polskim ubezpieczeniem społecznym.

Dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają: studenci oraz studenci studiów doktoranckich, absolwenci odbywający obowiązkowy staż – jeśli nie posiadają obywatelstwa UE lub EFTA i nie zamieszkują legalnie na terytorium innego niż Polska państwa UE lub EFTA[11]; członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA i niezamieszkujący legalnie na terytorium innego niż Polska kraju UE lub EFTA, a przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, zgody na pobyt tolerowany, lub osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą bądź korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium; osoby odbywające staż adaptacyjny.

Wskazane kategorie osób, które mogą podlegać obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, obejmuje się ubezpieczeniem w określonych prawnie sytuacjach. Zaliczamy do nich np.: rozpoczęcie pracy, samozatrudnienia, rozpoczęcie nauki obowiązkowej w ramach systemu oświaty, uzyskanie niektórych zasiłków z pomocy społecznej lub emerytury[12]. Obowiązek ubezpieczenia uznaje się za wypełniony wraz z rejestracją ubezpieczonego w NFZ i opłaceniem należnej składki. Już samo zgłoszenie uprawnionego do NFZ pozwala mu na korzystanie ze świadczeń publicznej opieki zdrowotnej[13]. W większości przypadków obowiązek zgłoszenia ubezpieczonego do ubezpieczenia zdrowotnego oraz odprowadzenia stosownej składki spoczywa na pracodawcy lub podmiocie wypłacającym ubezpieczonemu stosowne świadczenia – z wyjątkiem np. samozatrudnienia. Mimo że dostęp do publicznej opieki zdrowotnej rozpoczyna się wraz ze zgłoszeniem do ubezpieczenia, to jeśli składka ubezpieczeniowa

[11] Podejmowanie i kontynuowanie studiów jest możliwe jedynie dla cudzoziemców o uregulowanym statusie pobytu na terytorium Polski – art. 43 ust. 1 i 2 Ustawy z 27 lipca 2005 r. – prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2005 r., Nr 164, poz. 1365 ze zm.).

[12] Art. 66 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[13] Art. 67 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

nie była opłacona przez okres dłuższy niż miesiąc, NFZ kosztami udzielonych świadczeń obciąża podmiot obowiązany do odprowadzania składek[14]. Osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu jest zobowiązana zgłosić do ubezpieczenia członków rodziny[15] (chyba, że są już oni ubezpieczeni obowiązkowo z innego tytułu), którzy są obejmowani tym samym ubezpieczeniem zdrowotnym[16]. Zgłoszenie członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego nie wiąże się z koniecznością odprowadzania za nich dodatkowej składki na ubezpieczenia zdrowotne. Składka jest uzależniona od wysokości dochodu i wynosi 9% wynagrodzenia lub innych świadczeń uzyskiwanych przez ubezpieczonego[17].

Osoby uprawnione do uzyskania dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, uzyskują ubezpieczenie poprzez rejestrację w NFZ oraz opłacenie składki. Składka 9% jest wyliczana w zależności od kategorii osób ubezpieczonych na podstawie: zadeklarowanej wysokości dochodu[18], minimalnego wynagrodzenia lub kwoty świadczenia pielęgnacyjnego[19]. Ubezpieczony wnosi dobrowolnie także opłatę początkową, którą wylicza się od wskazanych powyżej podstaw obliczania składki. Opłata ta wynosi od 20 do 200% podstawy – przy czym jej wysokość zależy też od czasu, jaki ubezpieczony pozostawał bez ubezpieczenia zdrowotnego przed aktualną rejestracją[20]. Osoby ubezpieczone dobrowolnie są także zobowiązane do zgłoszenia do ubezpieczenia członków swoich rodzin[21].

Aby skorzystać ze świadczeń w ramach publicznej opieki zdrowotnej należy okazać stosowny dokument potwierdzający prawo do ich pobierania. Jest nim karta ubezpieczenia (legitymacja ubezpieczeniowa)[22] lub inny doku-

[14] Art. 50 ust. 5 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[15] Pod pojęciem członka rodziny, w ustawie o świadczeniach zdrowotnych (art. 5 pkt 3 ustawy) rozumie się:

– dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 roku życia, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 roku życia, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,

– małżonka,

– wstępnych (tj. rodziców, dziadków etc.) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

[16] Art. 67 ust. 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[17] Poza nielicznymi wyjątkami jak m. in. samozatrudnienie, kiedy ubezpieczeni opłacają składkę opartą na deklarowanym dochodzie – zazwyczaj nie wyższym niż wartość minimalna.

[18] Podobnie jak w przypadku osób samozatrudnionych objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

[19] Art. 68 ust. 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[20] Art. 68 ust. 8 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[21] Art. 68 ust. 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[22] Planuje się wprowadzenie elektronicznych kart ubezpieczenia zdrowotnego lub używania w tym celu dowodów osobistych.

ment potwierdzający ubezpieczenie (np. druk RMUA wystawiony przez pracodawcę, poświadczający opłacenie przez niego składek za ubezpieczonego). W nagłych przypadkach, jeśli ubezpieczony nie dysponuje stosownym dokumentem w chwili udzielania mu świadczenia, może go przedstawić później, jednak w czasie nie dłuższym niż 30 dni od rozpoczęcia udzielania świadczeń. Jeśli nie zrobi tego w wymienionych powyżej terminach, może przedstawić odpowiedni dokument nie później niż 7 dni od zakończenia udzielania świadczeń. Jeśli jednak osoba, której udzielono świadczeń, nie okaże we właściwym czasie dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie, zostaje obciążona ich kosztami. Jeśli odpowiedni dokument zostanie przedstawiony z uchybieniem opisanych terminów, jest możliwe ubieganie się o zwolnienie z opłat za świadczenie lub ich zwrot[23]. Obowiązek przedstawienia odpowiednich dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń (a co za tym idzie następstwa uchybienia takim obowiązkom) nie dotyczy dzieci do ukończenia przez nie szóstego miesiąca życia[24].

Zakres świadczeń dostępnych świadczeniobiorcom jest niezależny od wysokości składki. Zatem każdy ubezpieczony jest uprawniony do dostępu do wszystkich świadczeń w zakresie publicznej służby zdrowia. Świadczenia gwarantowane są bezpłatne i obejmują podstawową, specjalistyczną i szpitalną opiekę zdrowotną. Świadczeniobiorcy są uprawnieni do świadczeń określonych w rozporządzeniach wydanych przez Ministra Zdrowia[25]. Głównym źródłem finansowania opieki zdrowotnej są miesięczne składki przekazywane Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Niektóre wysokospecjalistyczne procedury medyczne są finansowane bezpośrednio przez Ministra Zdrowia ze środków budżetowych[26].

Obowiązuje swobodny wybór lekarza lub zakładu opieki zdrowotnej, który zapewnia świadczenia zdrowotne. Wyboru można dokonać wśród jednostek, u których NFZ zakontraktował świadczenia. Pacjent wybiera lekarza pierwszego kontaktu w sformalizowany sposób, a zmiana tego wyboru jest ograniczona w ciągu roku[27]. Świadczeń specjalistycznych udziela się na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza publicznej służby zdrowia[28]. Wyjątek stanowi leczenie w zakresie niektórych schorzeń m. in. gruźlicy, HIV, uzależnienia od alkoholu i innych substancji odurzających; w zakresie leczenia odwykowego

[23] Art. 50 ust. 1-6 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[24] Art. 50 ust. 9 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[25] Art. 15 oraz art 31d ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[26] Art. 15a ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[27] Art. 28 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Nieodpłatna zmiana może nastąpić dwa razy w roku. Kolejne zmiany obciążone są opłatą w wysokości 80 zł (nie ma ona zastosowania przy zmianie spowodowanej zmianą miejsca zamieszkania lub zaprzestaniem udzielania świadczeń przez lekarza).

[28] Art. 57 ust. 1-2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

oraz przypadków z zakresu określonych specjalizacji lekarskich jak: ginekologia i położnictwo, stomatologia, dermatologia, wenerologia, onkologia, okulistyka, psychiatria, kiedy pomoc można uzyskać bez skierowania.

Świadczenia z zakresu opieki szpitalnej zapewnia się na podstawie skierowania wystawionego przez każdego lekarza – nie jest bez konieczne, aby był to lekarz publicznej służby zdrowia[29]. Ambulatoryjne specjalistyczne świadczenia opieki zdrowotnej bez odpowiedniego skierowania świadczy się na koszt pacjenta[30].

Leki są dostępne świadczeniobiorcom na zasadzie współpłacenia. Zostały podzielone zostały na dwie grupy: leki podstawowe, za które świadczeniobiorca jest zobowiązany uiścić opłatę ryczałtową, oraz leki uzupełniające, których koszt w 30 lub 50%[31] pokrywa pacjent. Niektóre leki dla osób psychicznie chorych i upośledzonych, dla osób cierpiących na choroby zakaźne oraz schorzenia przewlekłe są dostępne bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub opłatą częściową. Listy leków objętych refundacją ze środków publicznych powstają na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia[32].

W niektórych sytuacjach świadczenia zdrowotne są dostępne określonym osobom niezależnie od tego czy podlegają one ubezpieczeniu. Dzieje się tak niezależnie od sytuacji opisanych na wstępie, m. in. w przypadku osób: chorych i upośledzonych umysłowo[33]; osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych[34]; podlegających regulacjom dotyczącym zwalczania chorób zakaźnych[35]; uzależnionych od alkoholu lub narkotyków[36]; osób, którym pomoc jest udzielana przez wyjazdowe zespoły ratunkowe[37]; osób posiadają-

[29] Art. 58 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[30] Art. 61 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[31] Art. 36 ust. 1 pkt 1-2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[32] Art. 36 ust 5 oraz art. 37 ust. 1-2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[33] Zgodnie z art. 10 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r., Nr 111, poz. 535 ze zm.) świadczenia udzielane takim osobom w ramach publicznej opieki zdrowotnej są bezpłatne.

[34] Art. 102 ust 1 oraz art. 115 § 1 Kodeksu karnego wykonawczego z 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. z 1997 r., Nr 90, poz. 557 ze zm.).

[35] Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r., Nr 234, poz. 1570 ze zm.) – poniżej określana jako ustawa o chorobach zakaźnych.

[36] Zgodnie z art. 21 ust. 2 ustawy z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity – Dz. U. z 2007 r., Nr 70, poz. 437 ze zm.) i art. 26 ust. 5 Ustawy z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2005 r., Nr 179, poz. 1485 ze zm.), świadczenia zapewniane osobom uzależnionym w zakresie ich leczenia od uzależnienia są bezpłatne.

[37] Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2006 r., Nr 191, poz. 1410 ze zm.) – stosownie do art. 46 ust. 1 koszty świadczeń zdrowotnych zapewnianych przez zespoły ratownictwa medycznego są pokrywane ze środków budżetowych.

cych Kartę Polaka (w przypadku konieczności udzielenia świadczeń w stanach nagłych)[38].

Dodatkowa ochrona przysługuje kobietom w ciąży. Są one uprawnione do zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych w związku z ciążą, porodem i połogiem, w tym także kosztu zakupionych leków[39]. Kobiety uprawnione są do otrzymania takiej pomocy w trybie i na zasadach przewidzianych w przepisach o pomocy społecznej. Takie rozwiązanie ogranicza możliwość refundacji kosztów do następujących kategorii osób: obywatelek polskich zamieszkujących w Polsce; obywateli UE lub EFTA (z wyjątkiem Szwajcarii), mających prawo pobytu lub stałego pobytu na terenie Polski; cudzoziemców nieposiadających obywatelstw UE oraz EFTA, którzy legitymują się: zezwoleniem na osiedlenie się, zezwoleniem na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, zezwoleniem na zamieszkanie na czas oznaczony (w przypadku, gdy zostało ono udzielone w związku z posiadaniem przez cudzoziemca zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich przyznanego przez inne państwo UE, a cudzoziemiec ten zamierza wykonywać pracę lub prowadzić działalność gospodarczą na podstawie przepisów obowiązujących w tym zakresie w Rzeczypospolitej Polskiej, podjąć lub kontynuować studia lub szkolenie zawodowe bądź wykaże, że zachodzą inne okoliczności uzasadniające jego zamieszkiwanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej)[40] oraz osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą[41].

Jeśli chodzi o cudzoziemców legalnie wjeżdżających na terytorium Polski, to przy przekraczaniu granicy są oni zobowiązani udokumentować prawo do ubezpieczenia zdrowotnego pokrywającego ewentualne wydatki medyczne przez przewidywany czas pobytu[42]. Dodatkowo uzyskanie większości prawnych zezwoleń na legalny pobyt wymaga od cudzoziemca (za wyjątkiem osób ubiegających się o ochronę międzynarodową) przedstawienia dowodu ubezpieczenia zdrowotnego ważnego na terytorium Polski. Taki wymóg jest przewidziany w przypadku starania się o wizę krajową[43] oraz w poszczególnych przypadkach

[38] Ustawa z 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. z 2007 r., Nr 180, poz. 1280 ze zm.) – art. 6 ust.1 pkt 5.

[39] Art. 2 ustawy z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 1993 r., Nr 17, poz. 78 ze zm.) oraz § 3 Rozporządzenia Rady Ministrów z 5 października 1993 r. w sprawie określenia zakresu i form oraz trybu udzielania pomocy w zakresie opieki socjalnej i prawnej kobietom w ciąży oraz wychowującym dziecko (Dz. U. z 1993 r., Nr 97, poz. 441 ze zm.).

[40] Art. 53 ust. 1 pkt 13 ustawy o cudzoziemcach w zw. z art. 5 ustawy o pomocy społecznej.

[41] Art. 5 ustawy z 12 marca 2004 o pomocy społecznej (tekst jednolity – Dz. U. z 2009 r., Nr 175, poz. 1362 ze zm.).

[42] Art. 15 ust. 1 pkt 2 lit. a) ustawy o cudzoziemcach.

[43] Art. 35 ust. 3 ustawy o cudzoziemcach.

ubiegania się o zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony[44] lub zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich[45].

2.2. Osoby ubiegające się o ochronę międzynarodową

W Polsce można uzyskać różne **formy ochrony międzynarodowej**: status uchodźcy, ochronę uzupełniającą, azyl, zgodę na pobyt tolerowany i ochronę czasową[46]. Wszystkie wnioski o uzyskanie ochrony międzynarodowej, składane przez cudzoziemca, są traktowane jako wnioski o przyznanie statusu uchodźcy (chyba że cudzoziemiec zaznaczy, że ubiega się wyłącznie o azyl polityczny lub wniosek opiera się na orzeczeniach zakazujących wydalenia cudzoziemca)[47]. W czasie postępowania o nadanie statusu uchodźcy, cudzoziemiec ma zapewniony dostęp do opieki zdrowotnej w takim samym zakresie jak ubezpieczeni[48]. Koszty opieki zdrowotnej ponosi Skarb Państwa[49], zaś świadczenia są udzielane we wszystkich ośrodkach dla uchodźców (w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej) oraz przez placówki medyczne, z którymi umowę zawarł Szef Urzędu do Spraw Cudzoziemców (w zakresie badań diagnostycznych, opieki specjalistycznej i hospitalizacji)[50]. Aby uzyskać dostęp do badań diagnostycznych, opieki specjalistycznej lub leczenia szpitalnego, cudzoziemcy muszą otrzymać skierowanie od lekarza zatrudnionego w ośrodku dla uchodźców[51].

Dzieci pozbawione opieki dorosłych, ubiegające się o udzielenie ochrony międzynarodowej (tzw. małoletni bez opieki), są umieszczane w placówkach opiekuńczo-wychowawczych[52]. Koszty świadczeń zdrowotnych udzielanych dzieciom przebywającym w takich placówkach ponosi Skarb Państwa[53].

Cudzoziemcy, którzy uzyskali status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, podlegają publicznemu ubezpieczeniu zdrowotnemu – na podstawie obowiązkowej lub dobrowolnej – na tej samej zasadzie, jak obywatele. Dodatkowo w okresie rocznego Indywidualnego Programu Integracji składka za te osoby

[44] Art. 53b ust. 1 pkt 1 ustawy o cudzoziemcach.

[45] Art. 65 ust. 1 pkt 2 ustawy o cudzoziemcach.

[46] Art. 3 ustawy o ochronie cudzoziemców.

[47] Chodzi o orzeczenie sądowe o niedopuszczalności wydania cudzoziemca albo o rozstrzygnięcie Ministra Sprawiedliwości o odmowie jego wydania – art. 3 ust. 2 ustawy o ochronie cudzoziemców.

[48] Art. 70 ust. 1 i art. 73 ust. 1 ustawy o ochronie cudzoziemców.

[49] Art. 85 ustawy o ochronie cudzoziemców.

[50] Art. 73 ust. 2 ustawy o ochronie cudzoziemców.

[51] Od 2005 r. lekarze ci są zatrudniani w ośrodkach przez Centralny Szpital Kliniczny MSWiA (CSK MSWiA). Na podstawie umowy z Szefem Urzędu ds. Cudzoziemców Szpital ten koordynuje program opieki medycznej dla cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową.

[52] Art. 61 ust. 1 ustawy o ochronie cudzoziemców.

[53] Art. 67 ust. 2 ustawy o ochronie cudzoziemców.

może być opłacana ze środków pomocy społecznej (przez Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie) – o ile nie pokrył jej pracodawca osoby uczestniczącej w programie lub inny podmiot publiczny (np. Urząd Pracy)[54].

Cudzoziemcy, którym przyznano ochronę czasową, mają prawo do „ochrony zdrowia" bez wyszczególnienia zasad i zakresu jej udzielania[55].

Każdemu cudzoziemcowi, który został umieszczony w ośrodku strzeżonym lub w areszcie w celu wydalenia, zapewnia się dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach przewidzianych dla osób osadzonych w aresztach śledczych i zakładach karnych[56].

2.3. Nieudokumentowani migranci[57]

Nieudokumentowani migranci nie mają w Polsce bezpłatnego dostępu do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej za wyjątkiem świadczeń udzielanych przez zespoły ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych. Migranci zyskują dostęp do opieki zdrowotnej w ośrodkach strzeżonych i aresztach w celu wydalenia. Dzieciom nieudokumentowanych migrantów, które uczęszczają do szkoły, udziela się bezpłatnie świadczeń ograniczonych do profilaktyki medycznej (zaliczają się do nich także obowiązkowe szczepienia)[58] i stomatologicznej, świadczonej na terenie szkoły przez zatrudnionych w niej lekarzy lub pielęgniarki .

[54] Art. 92 ust. 1 pkt 2 ustawy o pomocy społecznej; art. 82 ust. 6 i 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

[55] Art. 112 ust 1 ustawy z 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (tekst jednolity – Dz. U. z 2009 r., Nr 189, poz. 1472) – poniżej określana jako ustawa o ochronie cudzoziemców. Akty wykonawcze do tego przepisu zostaną wydane w konkretnych okolicznościach, które prowadzić będą do zapewnienia danej grupie ludności przewidzianej w tym przypadku ochrony. Dlatego też zakres świadczeń zdrowotnych (jak też procedury ich zapewniania) zostanie określony osobno każdorazowo przy wdrażaniu tego typu ochrony, stąd osoby podlegające tej regulacji nie zostały uwzględnione w poniższych tabelach.

[56] Art. 118 ust. 1 ustawy o cudzoziemcach.

[57] Nieudokumentowani migranci – cudzoziemcy nieposiadający dokumentów uprawniających do pobytu w Polsce. Są to np.: osoby przebywające w Polsce po upływie terminu ważności stosownych dokumentów; osoby, które przybyły do Polski nielegalnie i nie zalegalizowały swojego pobytu; osoby, które nie składały wniosku o nadanie statusu uchodźcy bądź składały taki wniosek, ale postępowanie administracyjne zakończyło się decyzją negatywną oraz nakazem opuszczenia Polski lub decyzją o wydaleniu poza granice kraju, a mimo to osoby te pozostają na terytorium Polski.

[58] Art. 92 ust. 1-2 ustawy z 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity – Dz. U. z 2004 r., Nr 256, poz. 2572 ze zm.) i rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. z 2009 r., Nr 139, poz. 1133).

Ratownictwo medyczne zostało uregulowane w odrębny sposób. Choć – za wyjątkiem usług świadczonych bezpłatnie przez zespoły ratunkowe – świadczenia zdrowotne są udzielane na zasadach ogólnych (czyli są dostępne jedynie dla osób będących świadczeniobiorcami), to szpitalne oddziały ratunkowe są wynagradzane na zasadzie ryczałtowej. Ponieważ istnieje prawny obowiązek niesienia pomocy medycznej pacjentom w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia oraz w związku z opisanym powyżej systemem wynagradzania, osobie znajdującej się w tym stanie zapewnia się opiekę medyczną bez względu na jej status ubezpieczeniowy dopóki występuje bezpośrednie zagrożenie zdrowia lub życia. Mimo że osoby nieposiadające prawa do świadczeń zdrowotnych ponoszą koszt udzielanych im w opisywanym zakresie świadczeń, brakuje jasnego systemowego rozwiązania kwestii, który podmiot powinien ponieść koszty udzielonej opieki zdrowotnej[59] pacjentom, którzy nie mogli za nią zapłacić.

[59] Wyrok Sądu Najwyższego z 8 sierpnia 2007 r., sygn. CSK 125/07 uznaje za podmiot odpowiedzialny w tym zakresie NFZ. Orzeczenie to zapadło jednak na podstawie nieobowiązującej już ustawy.

3. Obywatele i cudzoziemcy o uregulowanym statusie pobytu, cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową oraz nieudokumentowani migranci – tabele porównawcze

DOROŚLI

MEDYCYNA RATUNKOWA		
Obywatele / cudzoziemcy o uregulowanym statusie pobytu w Polsce[60]	Dostęp bezpłatny	
	Warunki	Obywatele polscy i cudzoziemcy o uregulowanym statusie pobytu w Polsce a) Świadczenia udzielane przez zespoły ratunkowe – brak warunków wstępnych[61]; b) Opieka szpitalna: ➢ Udzielenie świadczenia – brak warunków wstępnych, ➢ Nieodpłatność – dokumenty potwierdzające ubezpieczenie zdrowotne i opłaconą składkę ubezpieczeniową LUB inne dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej.
Cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową	Dostęp bezpłatny	
	Warunki	a) Świadczenia udzielane przez zespoły ratunkowe – brak warunków wstępnych; b) Opieka szpitalna: ➢ Udzielenie świadczenia – brak warunków wstępnych, ➢ Nieodpłatność – potwierdzenie prawa dostępu do publicznej służby zdrowia[62].

[60] Pod pojęciem „cudzoziemcy o uregulowanym statusie pobytu w Polsce" rozumiemy: obywateli państw UE i EFTA, a także obywateli państw trzecich, przebywających na terytorium Polski na podstawie: wizy w celu wykonywania pracy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony (z wyłączeniem zezwolenia udzielonego na podstawie art. 53a ust. 2 ustawy o cudzoziemcach), zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, zgody na pobyt tolerowany lub osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy bądź ochronę uzupełniającą albo korzystające z ochrony czasowej na jej terytorium; obywatele państw innych niż należące do UE lub EFTA przebywający legalnie na terytorium innych niż Polska krajów członkowskich UE lub EFTA oraz członkowie ich rodzin, o ile przysługuje im prawo do ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[61] Sformułowanie „brak warunków wstępnych" oznacza, że przy przyjęciu w tym trybie nie jest sprawdzane ubezpieczenie zdrowotne. Świadczenia udzielone zostaną zawsze, bez względu na istnienie ubezpieczenia lub jego brak. Natomiast odpłatność udzielonych w tym trybie świadczeń zależeć już będzie od tego, czy pacjent ma do nich prawo, czy też nie. Zatem nieodpłatne świadczenia otrzymają jedynie ubezpieczeni lub inni „świadczeniobiorcy". Pozostałym osobom po wykonaniu świadczenia zostanie wystawiony rachunek, który będą musieli opłacić z własnych środków.

[62] W tym zakresie przepisy są niejasne: zgodnie z regulacjami przywołanymi w przypisie nr 49 – świadczenia są udzielane na podstawie umów cywilnoprawnych zawartych przez Szefa Urzędu

Nieudokumentowani migranci	Bezpłatnie – wyłącznie świadczenia zespołów ratunkowych	
	Warunki	a) Świadczenia zespołów ratunkowych – bezpłatne; b) Opieka szpitalna: ➢ Udzielenie świadczenia – brak warunków wstępnych, ➢ Pełna odpłatność.

PODSTAWOWA I SPECJALISTYCZNA (AMBULATORYJNA) OPIEKA ZDROWOTNA		
Obywatele / cudzoziemcy o uregulowanym statusie pobytu w Polsce	Dostęp bezpłatny	
	Warunki	Podstawowa opieka zdrowotna: ➢ Udokumentowane ubezpieczenie zdrowotne (np. karta/legitymacja ubezpieczeniowa) oraz opłacone składki lub potwierdzenie uprawnień do dostępu do publicznej służby zdrowia (np. decyzja o dostępie do publicznej służby zdrowia na podstawie wysokości dochodów), ➢ Deklaracja wyboru lekarza pierwszego kontaktu. Ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna: ➢ Potwierdzenie ubezpieczenia zdrowotnego (np. legitymacja ubezpieczeniowa) oraz opłacona składka ubezpieczeniowa lub udokumentowane prawo do świadczeń publicznej służby zdrowia (np. decyzja o dostępie do publicznej służby zdrowia na podstawie wysokości dochodów), ➢ Skierowanie od lekarza publicznej służby zdrowia.
Cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową	Dostęp bezpłatny	
	Warunki	➢ Udokumentowany status osoby ubiegającej się o ochronę międzynarodową (tymczasowe zaświadczenie tożsamości cudzoziemca[63]), ➢ Dostęp do świadczeń specjalistycznych zapewniony jedynie w wybranych placówkach opieki zdrowotnej (mających podpisane umowy z CSK MSWiA) i na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza zatrudnionego w ośrodku dla uchodźców, ➢ Podstawowa opieka zdrowotna świadczona przez lekarzy zatrudnionych w ośrodkach dla uchodźców; brak możliwości wyboru lekarza.
Nieudokumentowani migranci	Dostęp w pełni odpłatny	
	Warunki	➢ Opłacenie świadczeń.

do spraw Cudzoziemców. Przepisy nie precyzują, co dzieje się w przypadkach udzielenia świadczenia w trybie nagłym – przez placówkę, która dotąd nie zawarła umowy. W praktyce placówka taka kontaktuje się ze szpitalem MSWiA celem rozliczenia lub lekarz z ośrodka dla uchodźców wystawia skierowanie *post factum*.

[63] Art. 55 ustawy o ochronie cudzoziemców.

LECZNICTWO SZPITALNE		
Obywatele / cudzoziemcy o uregulowanym statusie pobytu w Polsce	Dostęp bezpłatny	
	Warunki	Obywatele i cudzoziemcy o uregulowanym statusie pobytu na terytorium Polski: ➢ Potwierdzenie ubezpieczenia zdrowotnego (np. legitymacja ubezpieczeniowa) i opłacona składka ubezpieczeniowa lub potwierdzenie uprawnień do korzystania z publicznej służby zdrowia (np. decyzja o dostępie do publicznej służby zdrowia na podstawie wysokości dochodów), ➢ Skierowanie od dowolnego lekarza (publicznej lub prywatnej służby zdrowia).
Cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową	Dostęp bezpłatny	
	Warunki	➢ Udokumentowany status osoby ubiegającej się o ochronę międzynarodową[64], ➢ Dostęp do świadczeń w wybranych placówkach opieki zdrowotnej (mających podpisane umowy z CSK MSWiA) i na podstawie skierowania, wystawionego przez lekarza zatrudnionego w ośrodku dla uchodźców.
Nieudokumentowani migranci	Dostęp w pełni odpłatny	
	Warunki	➢ Opłacenie świadczeń.

[64] Art. 55 ustawy o ochronie cudzoziemców.

OPIEKA OKOŁOPORODOWA		
Obywatele / cudzoziemcy o uregulowanym statusie pobytu w Polsce	Dostęp bezpłatny	
	Warunki	a) Obywatele polscy: ➢ Świadczenia związane z porodem udzielone bez warunków wstępnych[65], ➢ Nieodpłatność świadczeń: – Potwierdzenie polskiego obywatelstwa oraz miejsca zamieszkania w Polsce LUB – Potwierdzenie ubezpieczenia zdrowotnego (np. karta/legitymacja ubezpieczeniowa) i opłacona składka ubezpieczeniowa lub udokumentowane prawo do publicznej opieki zdrowotnej (np. decyzja o dostępie do publicznej służby zdrowia na podstawie wysokości dochodów); b) Cudzoziemcy o uregulowanym statusie pobytu na terenie Polski: ➢ Świadczenia związane z porodem udzielone bez warunków wstępnych, ➢ Nieodpłatność świadczeń: – Potwierdzenie ubezpieczenia zdrowotnego (np. karta/legitymacja ubezpieczeniowa) i opłacona składka ubezpieczeniowa lub udokumentowane prawo do publicznej opieki zdrowotnej.
Cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową	Dostęp bezpłatny	
	Warunki	➢ Świadczenia związane z porodem udzielone bez warunków wstępnych ➢ Nieodpłatność świadczeń: – Udokumentowany status osoby ubiegającej się o ochronę międzynarodową[66], – Dostęp do świadczeń w wybranych placówkach opieki zdrowotnej (mających podpisane umowy z CSK MSWiA) i na podstawie skierowania, wystawionego przez lekarza zatrudnionego w ośrodku dla uchodźców. – W sytuacji nagłej opieka związana z porodem będzie udzielona nieodpłatnie w każdej placówce.
Nieudokumentowani migranci	Dostęp w pełni odpłatny	
	Warunki	➢ Świadczenia związane z porodem udzielone bez warunków wstępnych, ➢ Pełna odpłatność.

[65] Art. 7 ust. 2 ustawy o Rzeczniku Praw Pacjenta.

[66] Art. 55 ustawy o ochronie cudzoziemców.

LECZENIE OSÓB DOROSŁYCH

LEKI		
Obywatele / cudzoziemcy o uregulowanym statusie pobytu w Polsce	Dostęp na zasadzie częściowej odpłatności lub bezpłatny	
	Warunki	➢ Recepta wystawiona przez lekarza publicznej opieki zdrowotnej, ➢ Lek znajdujący się na odpowiedniej liście leków refundowanych (wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia), ➢ W przypadku odpłatności – wniesienie opłaty ryczałtowej, 30% albo 50% ceny leku (w zależności od leku).
Cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową	Dostęp bezpłatny	
	Warunki	➢ Recepta wystawiona przez lekarzy mających zawarty kontrakt z Szefem Urzędu do Spraw Cudzoziemców, ➢ Leki wydawane w ambulatoriach w ośrodkach dla uchodźców za zgodą zatrudnionych tam lekarzy[67].
Nieudokumentowani migranci	Dostęp w pełni odpłatny	

BADANIA W KIERUNKU HIV		
Obywatele / cudzoziemcy o uregulowanym statusie pobytu w Polsce	Bezpłatny dostęp do anonimowych badań w wyspecjalizowanych centrach diagnostycznych[68]	
	Warunki	Bez ograniczeń.
Cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową	Tak jak obywatele[69]	
	Warunki	Bez ograniczeń.
Nieudokumentowani migranci	Tak jak obywatele[70]	
	Warunki	Bez ograniczeń.

[67] W przypadku braku danego leku w ośrodku, zamawia się go w aptece CSK MSWiA lub wydaje się zamienniki.

[68] Art. 6 ust. 1-5 i art. 8 ust. 1-2 ustawy o chorobach zakaźnych.

[69] Art. 6 ust. 1-5 i art. 8 ust. 1-2 ustawy o chorobach zakaźnych.

[70] Art. 6 ust. 1-5 i art. 8 ust. 2 ustawy o chorobach zakaźnych.

LECZENIE HIV		
Obywatele / cudzoziemcy o uregulowanym statusie pobytu w Polsce	Leczenie bezpłatne	
	Warunki:	➢ Potwierdzenie ubezpieczenia zdrowotnego (np. karta/legitymacja ubezpieczeniowa) i opłacona składka ubezpieczeniowa lub udokumentowane prawo do publicznej opieki zdrowotnej (np. decyzja o dostępie do publicznej służby zdrowia na podstawie wysokości dochodów[71]), ➢ W przypadku leczenia poekspozycyjneego – terapia przeciwwirusowa pokryta ze środków publicznych[72].
Cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową	Leczenie bezpłatne	
	Warunki:	➢ Udokumentowany status osoby ubiegającej się o ochronę międzynarodową, ➢ Dostęp do świadczeń w wybranych placówkach służby zdrowia (mających podpisane umowy z CSK MSWiA) i na podstawie skierowania, wystawionego przez lekarza zatrudnionego w ośrodku, ➢ W przypadku leczenia poekspozycyjnego – terapia przeciwwirusowa płatna ze środków publicznych[73].
Nieudokumentowani migranci	Dostęp bezpłatny WYŁĄCZNIE do terapii przeciwwirusowej opłacanej ze środków publicznych w przypadku leczenia poekspozycyjnego. W pozostałym zakresie leczenie w pełni odpłatne.	

[71] Art. 41 ust. 3 ustawy o chorobach zakaźnych.

[72] Art. 41 ust. 4 ustawy o chorobach zakaźnych.

[73] Art. 41 ust. 3-4 ustawy o chorobach zakaźnych.

Leczenie pozostałych chorób zakaźnych		
Obywatele / cudzoziemcy o uregulowanym statusie pobytu w Polsce	Dostęp bezpłatny	
	Warunki	Obowiązkowe leczenie chorób zakaźnych określonych rozporządzeniem: ➢ Obowiązkowa hospitalizacja w przypadku: gruźlicy w stadium prątkowania; rozpoznania lub podejrzenia błonicy, cholery, duru brzusznego, durów rzekomych typu A, B, C; choroby Brill-Zissnera, dżumy, grypy H7 i H5, nagminnego porażenia dziecięcego oraz innych ostrych porażeń wiotkich, ospy prawdziwej, SARS, tularemii, wąglika, wścieklizny, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu, wirusowych gorączek krwotocznych, w tym żółtej gorączki. Obowiązkowa hospitalizacja dotyczy także osoby zdrowej z wywiadem kontaktu z: cholerą, dżumą płucną, ospą prawdziwą, wirusowymi gorączkami krwotocznymi i SARS[74], ➢ Obowiązkowe leczenie gruźlicy płuc oraz kiły i rzeżączki; profilaktyczne leczenie osób, mających kontakt z osobami chorymi na: gruźlicę płuc w stadium prątkowania, kiłą, rzeżączką, durem brzusznym, inwazyjnym zakażeniem Neisseria meningitidis i Haemophilus influenzae typu B[75], ➢ Obowiązkowe szczepienia ochronne – nieodpłatne. Szczepienia zalecane – nieodpłatne dla osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (świadczeniobiorcy, w tym ubezpieczeni).
Cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową	Na warunkach takich jak obywatele	
	Warunki	➢ Jak powyżej.
Nieudokumentowani migranci	Nieodpłatny dostęp do leczenia obowiązkowego.	
	Warunki	➢ Jak powyżej

[74] Art. 34 ust. 1 pkt 1-2 ustawy o chorobach zakaźnych.

[75] Art. 40 ust. 1-2 ustawy o chorobach zakaźnych.

DZIECI

Obywatele / cudzoziemcy o uregulowanym statusie pobytu w Polsce	Bezpłatny dostęp do leczenia	
	Warunki	a) Obywatele polscy: ➢ Potwierdzenie polskiego obywatelstwa oraz miejsca zamieszkania w Polsce LUB ➢ Potwierdzenie ubezpieczenia zdrowotnego (np. karta/legitymacja ubezpieczeniowa) i opłacona składka ubezpieczeniowa lub udokumentowane prawo do publicznej opieki zdrowotnej (np. decyzja o dostępie do publicznej służby zdrowia na podstawie wysokości dochodów); b) Cudzoziemcy o uregulowanym statusie pobytu na terenie Polski: ➢ Potwierdzenie ubezpieczenia zdrowotnego (np. karta/legitymacja ubezpieczeniowa) i opłacona składka ubezpieczeniowa lub udokumentowane prawo do publicznej opieki zdrowotnej.
Dzieci ubiegające się o ochronę międzynarodową	Dostęp bezpłatny	
	Warunki	➢ Udokumentowany status osoby ubiegającej się o ochronę międzynarodową, ➢ Dostęp do świadczeń w wybranych placówkach służby zdrowia (mających podpisane umowy z CSK MSWiA) i na podstawie skierowania, wystawionego przez lekarza zatrudnionego w ośrodku dla uchodźców.
Ubiegający się o ochronę międzynarodową małoletni bez opieki	Dostęp bezpłatny	
	Warunki	➢ Umieszczenie w placówce opiekuńczo-wychowawczej, ➢ Dostęp do świadczeń zdrowotnych pokrytych ze środków publicznych[76].
Dzieci nieudokumentowanych migrantów	Ograniczony dostęp bezpłatny	
	Warunki	➢ Pobieranie obowiązkowej nauki w placówkach publicznych, ➢ Dostęp wyłącznie do świadczeń profilaktycznych (w tym do szczepień ochronnych) świadczonych w szkole przez zatrudniony w niej personel medyczny .

[76] Art. 63 ustawy o ochronie cudzoziemców.

Dzieci – nieudokumentowani migranci, przebywający bez opieki osób dorosłych	Ograniczony dostęp bezpłatny	
	Warunki	➢ Pobieranie obowiązkowej nauki w placówkach publicznych, ➢ Dostęp wyłącznie do świadczeń profilaktycznych (w tym do szczepień ochronnych) świadczonych w szkole przez zatrudniony w niej personel medyczny .

OŚRODKI DETENCYJNE

Dorośli	Dostęp do świadczeń zdrowotnych, leków, artykułów medycznych i pożywienia na zasadach określonych w kodeksie karnym wykonawczym w zakresie, w jakim jest to uzasadnione stanem zdrowia[77]. Nie są stosowane środki odosobnienia, jeśli zagraża to życiu lub zdrowiu osoby[78]. Spośród stosowanych środków odosobnienia (areszt w celu wydalenia i ośrodek strzeżony) kobiety w ciąży mogą być zatrzymane w areszcie w celu wydalenia jedynie do 7. miesiąca ciąży, a później muszą być przeniesione do ośrodka strzeżonego. Osoby, wobec których zastosowano środki detencyjne, są zobowiązane poddać się badaniu lekarskiemu po umieszczeniu w takiej placówce i udzielić informacji o swoim stanie zdrowia[79].
Dzieci	W przypadku umieszczenia małoletniego bez opieki w placówce opiekuńczo-wychowawczej – dostęp bezpłatny (patrz powyżej). W przypadku umieszczenia dziecka w ośrodku strzeżonym[80] – dostęp do opieki medycznej taki jak dorosłych. Dzieci pod opieką rodziców zostają zakwaterowane wraz z ich dorosłymi opiekunami w jednym pokoju, a małoletni bez opieki samodzielnie, w wydzielonych pomieszczeniach, oddzielnie od osób dorosłych[81].

4. Przekazywanie danych i dostęp do informacji medycznej o statusie pacjenta ze strony władz

Dane medyczne osób mogą być udostępniane wielu instytucjom – począwszy od pomocy społecznej, a skończywszy na sądach powszechnych[82]. Świadczeniodawcy są zobowiązani do sprawozdawania NFZ danych dotyczących świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom, które są pokrywane ze środków publicznych. NFZ jest upoważniony do gromadzenia i przetwarzania informacji

[77] Wyróżniamy dwa typy placówek detencyjnych dla cudzoziemców: ośrodki strzeżone oraz areszty w celu wydalenia (art. 102 ust. 1-2 ustawy o cudzoziemcach; prawo do opieki zdrowotnej określone na podstawie art. 117 ust. 1 pkt 4 i art. 118 ust. 1 ustawy o cudzoziemcach).

[78] Art. 103 ustawy o cudzoziemcach.

[79] Art. 111 ust. 2 i 113 ust. 1-2 ustawy o cudzoziemcach. Koszty badania są pokrywane ze środków budżetowych (art. 113 ust. 3 ustawy o cudzoziemcach).

[80] Dzieci nie mogą być umieszczane w aresztach w celu wydalenia.

[81] Art. 115 ust. 2-3 ustawy o cudzoziemcach.

[82] Art. 26 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

jedynie w zakresie kontroli udzielania świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców[83].

5. Prawo do pobytu w Polsce a względy zdrowotne

5.1. Wydalenie na podstawie przesłanek medycznych

Osoby, którym udzielono zgody na pobyt na czas oznaczony, mogą utracić prawo pobytu, gdy nie poddadzą się leczeniu przymusowemu chorób zakaźnych (w zakresie określonym przepisami o chorobach zakaźnych[84]). Może to w efekcie prowadzić do wydalenia danej osoby.

Obywatele państw UE oraz członkowie ich rodzin, nielegitymujący się prawem stałego pobytu, mogą zostać wydaleni na podstawie zagrożenia, jakie stanowią dla zdrowia publicznego[85]. Minister Zdrowia ustala w drodze rozporządzenia listę chorób stanowiących zagrożenie dla zdrowia publicznego[86].

5.2. Zezwolenie na pobyt ze względów zdrowotnych

5.2.1. Zgoda na pobyt tolerowany ze względów medycznych na podstawie art. 97 ust. 1 pkt 1 i 1a *in fine* ustawy o ochronie cudzoziemców

Mimo że przesłanki do udzielania zgody na pobyt tolerowany nie odnoszą się bezpośrednio do względów medycznych, ta forma ochrony może być udzielana w określonych sytuacjach osobom, których nie można wydalić w związku z ich ciężkim stanem zdrowia. Art. 97 ust. 1 pkt 1 ustawy o udzielaniu ochrony mówi, że zgody na pobyt tolerowany udziela się jedynie osobie, której wydalenie mogłoby nastąpić do kraju, w którym mogłaby zostać poddana torturom albo nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu. W przypadku kiedy dana osoba jest bardzo poważnie chora, a jej schorzenie ma charakter trwały, wydalenie tej osoby może zostać potraktowane jako nieludzkie lub poniżające traktowanie, o ile w miejscu, do którego osoba jest wydalana, nie zostanie zapewniona jej stosowna opieka.

---

[83] Art. 188 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[84] Art. 58 ust. 1 pkt 2 ustawy o cudzoziemcach.

[85] Art. 66 ustawy z 14 czerwca 2006 r. o wjeździe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pobycie oraz wyjeździe z tego terytorium obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej i członków ich rodzin (Dz. U. z 2006 r., Nr 144, poz. 1043 ze zm.).

[86] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18 stycznia 2007 r. w sprawie wykazu chorób, które uzasadniają podjęcie decyzji o wydaleniu z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obywatela UE lub członka rodziny niebędącego obywatelem UE z powodu zagrożenia dla zdrowia publicznego (Dz. U. z 2007 r., Nr 18, poz. 112).

Dzieci są uprawnione do ochrony na podstawie art. 97 ust. 1 pkt 1a ustawy o udzielaniu ochrony w przypadku, gdy ich wydalenie naruszyłoby prawa dziecka wynikające z konwencji z 20 listopada 1989 roku o prawach dziecka[87]. Aby rzeczone przepisy znalazły zastosowanie, naruszenie praw dziecka musi w istotny sposób zagrażać psychofizycznemu rozwojowi dziecka, np. w przypadku braku zapewnienia mu stosownej opieki zdrowotnej, jeśli jest chore. Ochrony przewidzianej przez powyższą ustawę można udzielić, jeśli dziecko nie kwalifikuje się do przyznania mu statusu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej.

CZAS TRWANIA: Bez granic czasowych – przyznane do chwili uzyskania prawa pobytu na innych podstawach lub wygaśnięcia powodów przyznania ochrony[88].

DOKUMENTY: karta pobytu (ważna jeden rok; wymaga odnowienia po utracie ważności) .

ORGANY ADMINISTRACJI: ochrona udzielana przez właściwego miejscowo wojewodę, Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców lub Radę do Spraw Uchodźców[89].

DOSTĘP DO OPIEKI MEDYCZNEJ: podlegają obowiązkowemu i dobrowolnemu ubezpieczeniu medycznemu[90].

5.2.2. Zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony dla imigrantów o nieuregulowanym pobycie – ze względów humanitarnych[91]

Osoby uprawnione do uzyskania ochrony na podstawie art. 53a ust. 2 pkt 2 ustawy o cudzoziemcach to imigranci o nieuregulowanym pobycie, którym – w związku z ich nadzwyczajną sytuacją osobistą – może zostać udzielone zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony na terytorium Polski. Jednym z rodzajów takiej sytuacji może być konieczność leczenia, którego dana osoba nie mogłaby kontynuować w kraju pochodzenia. Takiej ochrony można odmówić, jeśli ubiegająca się o nią osoba cierpi na chorobę zakaźną podlegającą leczeniu obowiązkowemu, któremu nie chce się poddać[92].

CZAS TRWANIA: Określony, do chwili wyczerpania okresu określonego w decyzji przyznającej zezwolenie – nie dłużej jednak niż na okres 3 miesięcy[93].

---

[87] Dz. U. z 1991 r., Nr 120, poz. 526 i Dz. U. z 2000 r., Nr 2, poz. 11.

[88] Art. 102-103 ustawy o ochronie cudzoziemców.

[89] Art. 104 ustawy o ochronie cudzoziemców.

[90] Art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

[91] Art. 53a ust. 2 pkt 2 ustawy o cudzoziemcach.

[92] Art. 57 ust. 1 pkt 7 ustawy o cudzoziemcach.

[93] Art. 56 ust. 2 pkt 7 ustawy o cudzoziemcach.

DOKUMENTY: karta pobytu[94] .

ORGANY ADMINISTRACJI: zezwolenie udzielane przez właściwego miejscowo wojewodę[95].

UPRAWNIENIA DO OPIEKI ZDROWOTNEJ: cudzoziemiec nie jest objęty ani obowiązkowym, ani dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

[94] Art. 72 ust. 1 pkt 1 ustawy o cudzoziemcach.

[95] Art. 62 ust. 1 ustawy o cudzoziemcach.

Natalia Klorek

Ochrona zdrowia nieudokumentowanych migrantów i osób ubiegających się o ochronę międzynarodową w opinii cudzoziemców

1. Opis metodologii badania

W okresie od 1 września do 31 października 2010 roku w Polsce zostało przeprowadzone badanie mające na celu przeanalizowanie problemu dostępu do służby zdrowia dwóch grup cudzoziemców znajdujących się w szczególnej sytuacji, tj. osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy oraz nieudokumentowanych migrantów. Badanie opierało się na metodzie ilościowej (z wykorzystaniem kwestionariusza) i było jedną z pierwszych w Polsce prób dotarcia do wspomnianych grup w kontekście tej problematyki. Opisywane badanie było częścią międzynarodowego projektu badawczego prowadzonego przez HUMA network[1] równolegle na Cyprze, w Grecji i Rumunii. Niniejszy raport w wersji skróconej zostanie włączony do zbiorczej publikacji, przedstawiającej wyniki badań ze wszystkich wspomnianych krajów.

1.1. Metoda

Struktura i treść kwestionariusza powstały w oparciu o narzędzie wykorzystane we wcześniejszym badaniu HUMA network[2] dotyczącym dostępu do służ-

[1] HUMA network (Health for Undocumented Migrants and Asylum Seekers), składająca się z 16 organizacji pozarządowych, działa na rzecz poprawy dostępu do służby zdrowia nieudokumentowanych migrantów, jak i osób, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy. Na jej czele stoi Médecins du Monde France (Lekarze Świata Francja), Medicos del Mundo (Lekarze Świata Hiszpania) i Médecins du Monde Belgique (Lekarze Świata Belgia); więcej na stronie: www.humanetwork.org

[2] Metodologia wykorzystana w badaniu powstała w oparciu o metodologię wykorzystaną w badaniu podsumowanym w raporcie: HUMA network (2009), *Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European countries,* Médecins du Monde European Observatory on Access to Healthcare. Inne międzynarodowe raporty na temat dostępu do opieki zdrowotnej różnych

by zdrowia w innych krajach europejskich. Kwestionariusz składał się z trzech części: pierwsza z nich była skierowana do wszystkich respondentów, druga – tylko do kobiet biorących udział w badaniu, a trzecia – do rodziców małoletnich dzieci przebywających w Polsce.

Metoda wykorzystana w polskiej części badania różniła się nieznacznie od metody zastosowanej w trzech pozostałych krajach, w których badanie było prowadzone. Wynika to z konieczności dostosowania kwestionariusza do warunków polskich. Główne zmiany w narzędziu badawczym dotyczyły pytań związanych z warunkami zamieszkania i pracy.

Zgodnie z przyjętym założeniem osoby, biorące udział w badaniu, miały same przeczytać pytania i możliwe odpowiedzi oraz wybrać najbardziej pasujące[3]. Ankieter miał za zadanie przedstawić cel i dodatkowe informacje na temat badania, poinformować o gwarancji anonimowości oraz poinstruować odnośnie sposobu wypełniania kwestionariusza. W razie potrzeby mógł też odpowiedzieć na ewentualne pytania osoby wypełniającej kwestionariusz, a także prowadzić notatki dotyczące przebiegu badania i dodatkowych kwestii poruszonych przez respondenta.

Kwestionariusz był dostępny w następujących językach: polskim, angielskim, francuskim, rosyjskim, ukraińskim i wietnamskim. O wyborze wersji językowej decydowała osoba biorąca udział w badaniu. Ankieterzy asystujący respondentom posługiwali się zazwyczaj językiem polskim, angielskim, rosyjskim i wietnamskim, choć wykorzystywali także inne języki. W czasie przeprowadzania badania tłumacz nie był obecny, jednakże w razie potrzeby, ankieterzy odpowiadali na dodatkowe pytania respondentów związane z kwestionariuszem, wspomagając się w sporadycznych przypadkach również językami innymi niż język kwestionariusza.

Taki sposób przeprowadzania badania okazał się dogodny dla osób biegle czytających i piszących w jednym z języków, na które kwestionariusz został przetłumaczony. Chociaż nieumiejętność pisania i czytania nie była trudnością zakładaną na etapie planowania badania, ankieterzy asystujący osobom ubiegającym się o nadanie statusu uchodźcy zauważali, że umiejętności tych osób we wspomnianym zakresie były czasem niewystarczające, by samodzielnie wypełnić kwestionariusz. Ponadto w opinii ankieterów niektóre pytania, podobnie jak długie listy możliwych odpowiedzi przysparzały trudności części respondentów.

---

grup cudzoziemców to: PICUM (2007), *Access to Health Care for Undocumented migrants in Europe,* oraz HUMA network (2009), *Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries. Law and Practice.*

[3] W innych krajach badanie opierało się na wywiadzie quasi-kwestionariuszowym: ankieterzy czytali respondentom pytania oraz część dostępnych odpowiedzi, pozostałe zaznaczając w oparciu o swobodną odpowiedź respondenta na zadane pytanie. Wywiad mógł odbywać się z udziałem tłumacza.

1.2. Kryteria doboru próby

W badaniu wykorzystano technikę ankiety. W związku z ograniczonym dostępem do potencjalnych respondentów, w szczególności do nieudokumentowanych migrantów, a także brakiem możliwości określenia kompletnego i aktualnego operatu losowania, w badaniu zastosowano celowy dobór próby. Głównymi kryteriami doboru respondentów były: status prawny w momencie brania udziału w badaniu (osoba ubiegająca się o nadanie statusu uchodźcy lub nieudokumentowany migrant) oraz potrzeba albo wola dostępu do służby zdrowia w okresie przebywania w Polsce. Zasadniczo w badaniu brały udział osoby dorosłe, z wyjątkiem kilku przypadków, kiedy do udziału zostały dopuszczone osoby, które miały ukończyć 18 rok życia w krótkim czasie (kilka tygodni).

Na podstawie statystyk i dostępnych danych szacunkowych, jak również doświadczenia Stowarzyszenia Interwencji Prawnej i innych organizacji pozarządowych działających na rzecz migrantów w Polsce, założono, że w próbie powinni zostać uwzględnieni: Ukraińcy i Wietnamczycy, jako że są najczęściej reprezentowani wśród nieudokumentowanych migrantów[4], oraz obywatele Federacji Rosyjskiej (przede wszystkim narodowości czeczeńskiej) i Gruzini, najliczniejsi wśród osób, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy w Polsce[5]. Początkowo zakładano, że nieudokumentowani migranci będą stanowić 60% próby, a osoby będące w procedurze uchodźczej – 40%. Jednakże ostatecznie liczba respondentów należących do obydwu grup była do siebie zbliżona. W sumie w badaniu wzięło udział 109 respondentów (w tym 58 respondentów, którzy złożyli wniosek o nadanie statutu uchodźcy oraz 51 nieudokumentowanych migrantów).

[4] Statystyki dotyczące programów abolicyjnych skierowanych do osób o nieuregulowanym statusie w Polsce, pokazują, że Wietnamczycy i Ormianie byli dwoma znaczącymi grupami o nieuregulowanym statusie pobytu. Podczas gdy szanse dotarcia do potencjalnych respondentów z Wietnamu przez organizacje biorące udział w badaniu były dość duże, znacznie trudniejsze było dotarcie do obywateli Armenii, jako że nie stanowią oni licznej grupy ani wśród beneficjentów organizacji biorących udział w badaniu (zob. przyp. 60), ani wśród prywatnych kontaktów osób prowadzących wywiady. Ukraińcy stanowią najliczniejszą grupę imigrantów spoza Unii Europejskiej w Polsce. W większości przypadków przebywają w Polsce na podstawie dokumentu uprawniającego do pobytu na terytorium RP. Ponieważ jednak często pracują nielegalnie, a także stają przed problemem wysokiego kosztu ponownego wjazdu do Polski czy też problemem w uzyskaniu dokumentów przedłużających legalny pobyt w Polsce, może to prowadzić do sytuacji, że pozostają w naszym kraju po zakończeniu ważności dokumentów pobytowych lub wizy, a tym samym stają się nieudokumentowanymi migrantami.

[5] Narodowości te były najczęściej reprezentowane wśród osób, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy w latach 2009-2010.

1.3. Dobór respondentów

Strategia doboru opierała się na metodologii wypracowanej przez HUMA network w celu przeprowadzenia badań porównawczych w kilku krajach Unii Europejskiej w zakresie dostępu do służby zdrowia osób objętych postępowaniem o nadanie statusu uchodźcy i nieudokumentowanych migrantów. Jednakże z powodu braku organizacji pozarządowych specjalizujących się we wspieraniu omawianych grup w kwestiach zdrowotnych i medycznych, które zgodnie z założeniami HUMA network miały brać udział w badaniu, w Polsce było konieczne zaangażowanie innych partnerów, a przez to – zmodyfikowanie sposobu doboru respondentów.

W badaniu wzięły udział trzy organizacje pozarządowe[6], które oferują migrantom wsparcie w następujących obszarach: poradnictwo prawne i integracyjne, asysta tłumaczy w czasie wizyt lekarskich (SIP), poradnictwo prawne i wsparcie w innych dziedzinach, m. in. w poszukiwaniu pracy (FROG) oraz działania na rzecz praw człowieka i praw obywatelskich (SWS). Żadna z tych organizacji nie zajmuje się świadczeniem usług medycznych. Co więcej, w Polsce nie działa żadna organizacja, która specjalizowałaby się w świadczeniu usług medycznych osobom ubiegającym się o nadanie statusu uchodźcy, nieudokumentowanym migrantom, jak i innym grupom cudzoziemców. Jedyna pomoc związana z usługami medycznymi, oferowana migrantom za pośrednictwem organizacji, dotyczy następujących kwestii: poszukiwanie odpowiednich specjalistów, placówek medycznych czy źródeł finansowania, z których możliwe jest pokrycie kosztów leczenia; tłumaczenie wizyt lekarskich. Nie jest to jednak główna działalność żadnej z organizacji.

Co ważne, wsparcie oferowane nieudokumentowanym migrantom przez organizacje ma zazwyczaj charakter spontaniczny, nieopierający się na żadnych stałych programach czy finansowaniu, jako że dostępne źródła finansowania w Polsce (z wyjątkiem darowizn i wpłat od osób fizycznych) z założenia są przeznaczane na migrantów, którzy posiadają ważne dokumenty pobytowe lub wizy (w tym osoby, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy).

Respondenci zostali pozyskani przez 8 ankieterek należących do 3 wspomnianych organizacji pozarządowych[7]. Ich rekrutacja odbywała się najpierw wśród beneficjentów organizacji. W niektórych przypadkach wykorzystano

[6] Fundacja Rozwoju „Oprócz Granic" (FROG – w okresie prowadzenia badania FROG współprowadziła projekt pt. „Centrum Powitania w Warszawie" i respondenci byli rekrutowani spośród jego beneficjentów), Stowarzyszenie Interwencji Prawnej (SIP), oraz Stowarzyszenie Wolnego Słowa (SWS).

[7] Jako ankieterki w badaniu udział wzięły: Joanna Bronowicka, Dang Thu Huong, Ewa Grzegrzółka, Oleksandra Gusak, Kseniya Hatalskaya, Olga Hilik, Viktoriya Levandovska, Zuzanna Mączyńska.

także kontakty personalne ankieterów, którzy pozyskali do badania albo osoby znane im osobiście, albo osoby przez nie polecone (tzw. metoda kuli śnieżnej w doborze próby). Ankieterzy pytali każdą osobę, która zgłaszała się do danej organizacji w okresie prowadzenia badania[8], czy nie zechciałaby wziąć w nim udziału. Propozycję poprzedzała weryfikacja, czy dana osoba spełnia przyjęte kryteria uczestnictwa[9]. Osoby rekrutujące respondentów wspominały o odmowach i – w sporadycznych przypadkach – obawie lub braku zaufania, wyrażanych przez potencjalnych respondentów, jako trudnościach związanych z ich doborem. Jednakże specyficzny kontekst (pośrednictwo organizacji pozarządowej) zazwyczaj zachęcał migrantów do wzięcia udziału w badaniu.

1.4. Ograniczenia przeprowadzonego badania

Ze względu na celowy dobór próby, jak i dodatkowe ograniczenia w badaniu (np.: pilotażowy charakter narzędzia, sposób wypełniania kwestionariusza, jak i testowanie sposobu docierania do poszczególnych grup respondentów), rezultaty badania powinny być traktowane z ostrożnością, a całe badanie – jako pilotażowe. Z opisanych wyżej powodów próba badawcza nie jest reprezentatywna dla populacji osób objętych postępowaniem o nadanie statusu uchodźcy i nieudokumentowanych migrantów przebywających w Polsce. Jednakże zebrane dane odzwierciedlają doświadczenia przedstawicieli tych grup w zakresie dostępu do służby zdrowia i mogą być wyjściem do pogłębionych badań w przyszłości w tym zakresie. Dołożono wszelkich starań, by w badaniu wykorzystano ujednolicony kwestionariusz oraz ustandaryzowano sposób zbierania danych, pomimo wykorzystania kilku języków, zaangażowania trzech organizacji oraz znaczących różnic narodowościowych i kulturowych respondentów.

Ponadto należy wziąć pod uwagę, że nie w każdym przypadku uzyskano pewność, że respondenci wypełniając kwestionariusz opisywali sytuacje, których doświadczali, gdy posiadali ten sam status prawny, co w momencie udziału w badaniu (tj. ubiegali się o nadanie statusu uchodźcy lub też nie posiadali ważnych dokumentów pobytowych uprawniających do przebywania na terytorium Polski bądź wiz).

[8] Badanie zostało przeprowadzone w okresie 1 września-31 października 2010 r. w Warszawie, w siedzibach organizacji biorących udział w badaniu, a także w innych miejscach, w których świadczą one swoje usługi (np. w przypadku SIP – w ośrodku dla osób, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy).

[9] Z uwagi na ograniczoną liczbę beneficjentów organizacji biorących udział w badaniu oraz krótki czas jego prowadzenia, nie było możliwe zastosowanie probabilistycznego doboru próby (np. rekrutacja co trzeciego beneficjenta organizacji, spełniającego kryteria uczestnictwa w badaniu).

1.5. Narzędzie uzupełniające – wywiady jakościowe

W celu pogłębienia wiedzy z zakresu dostępu do służby zdrowia w badaniu wykorzystano dodatkowo technikę wywiadu jakościowego. Koordynatorzy badania i osoby przeprowadzające ankiety[10] zapraszali do udziału w wywiadach jakościowych wybranych cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową i nieudokumentowanych migrantów, którzy mieli doświadczenia szczególnie interesujące z punktu widzenia tematu badań. Osoby te proszono o opisanie problemów zdrowotnych i własnych doświadczeń związanych z dostępem do służby zdrowia, a także doświadczeń członków ich rodzin. Wywiady te miały także na celu uwypuklenie doświadczeń migrantów różnych narodowości, stających przed wyzwaniami o różnym charakterze, związanym z ich statusem prawnym, i przyjmujących w związku z tym różne strategie. Ze względu na tak postawione cele, dobór migrantów biorących udział w tych wywiadach był celowy i odbywał się wśród beneficjentów organizacji biorących udział w badaniu, jak i za pomocą personalnych kontaktów osób prowadzących wywiady. W sumie przeprowadzono 15 wywiadów, spośród których 9 dotyczyło doświadczeń nieudokumentowanych migrantów, a 6 – osób objętych postępowaniem o nadanie statusu uchodźcy.

2. Wstęp – historia migracji w Polsce

Zgodnie z danymi szacunkowymi Eurostat Polska (obok Bułgarii, Rumunii i Słowacji) pozostaje w Unii Europejskiej krajem o jednym z najmniejszych odsetków migrantów w populacji. W 2009 roku udział cudzoziemców (zarówno z krajów należących do UE, jak i spoza niej) w populacji szacowany był na 0,1%[11]. Chociaż dane te nie odzwierciedlają w pełni liczby migrantów w Polsce[12], inne źródła potwierdzają, że osoby niebędące obywatelami RP stano-

[10] W tym 4 wywiady z osobami ubiegającymi się o nadanie statusu uchodźcy przeprowadziła Maria Książak z Fundacji Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna.

[11] *Population of foreign citizens in the EU27 in 2009, Foreign citizens made up 6.4% of the EU27 population,* http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-07092010-AP/EN/3-07092010-AP-EN.PDF (dostęp 09.12.2010 r.).

[12] Statystyki podawane przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) oraz Eurostat, opierają się na danych dotyczących osób, które zarejestrowały swój stały pobyt na terytorium RP (zarówno posiadających, jak i nie posiadających polskiego obywatelstwa). Rejestracja ta jest związana z procedurą zameldowania na czas pobytu przekraczający 3 miesiące, której dokonuje się we właściwym urzędzie gminy (bądź dzielnicy). Skutkuje ona przyznaniem cudzoziemcowi numeru PESEL. Choć cudzoziemcy w Polsce są objęci obowiązkiem meldunkowym, a procedura zameldowania jest nieskomplikowana i bezpłatna (a także wymagana w przypadku uzyskania m. in. zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony), cudzoziemcy napotykają liczne problemy z nią związane. Przede wszystkim wiąże się to z koniecznością okazania tytułu prawnego do danego lokalu. Może

wią mały odsetek populacji Polski. Zgodnie z danymi Urzędu do Spraw Cudzoziemców (UdsC)[13] na 31.12.2009 r. w Polsce przebywało 92 574 cudzoziemców posiadających karty pobytu[14]. Choć największy udział w tej liczbie miały karty potwierdzające zezwolenie na osiedlenie się (wydawane na 10 lat), rocznie najczęściej wydaje się karty cudzoziemcom, którzy uzyskali zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony[15]. W 2009 roku zostało wydanych 30 567 takich zezwoleń.

Największe grupy cudzoziemców z krajów nienależących do Unii Europejskiej (zgodnie z danymi na koniec 2009 roku) to: Ukraińcy (29% wszystkich cudzoziemców posiadających karty pobytu), obywatele Federacji Rosyjskiej (14%), Białorusini (9%) i Wietnamczycy (9%). Dane dotyczące kart pobytu obrazują do pewnego stopnia zjawisko migracji w Polsce, jednakże należy pamiętać, że odnoszą się one jedynie do migrantów o uregulowanym i zarejestrowanym pobycie, podczas gdy cudzoziemcy posiadający wizy uprawniające do pobytu w Polsce czy nieudokumentowani migranci nie są uwzględnieni w tych statystykach.

2.1. Migracje w Polsce – rys historyczny

W związku z restrykcyjną polityką paszportową i silnie kontrolowanymi granicami, do 1989 roku Polska była krajem w zasadzie niedostępnym dla migrantów. Po upadku systemu komunistycznego i otwarciu granic, zaszły znaczące zmiany w zjawisku migracji i liczbie cudzoziemców odwiedzających Polskę. Wi-

być nim akt własności lub umowa najmu. Zazwyczaj też osobę do zameldowania powinien zgłosić sam właściciel (ma taki obowiązek). W praktyce jednakże właściciele nie chcą podpisywać umów, obawiając się konieczności odprowadzania podatku od najmu lokalu, niechętnie wyrażają też zgodę na meldowanie (nie tylko na pobyt stały, ale także czasowy – na konkretny okres). Warunkiem zameldowania jest też posiadanie ważnego dokumentu uprawniającego do pobytu na terytorium RP. Więcej na temat wyzwań związanych ze statystykami dotyczącymi migracji w: A. Kicinger, A. Weinar (red.) (2007), *State of the Art of the Migration Research in Poland*, „CEFMR Working Paper" 2007, nr 1; http://www.cefmr.pan.pl/docs/cefmr_wp_2007-01.pdf (dostęp 12.12.2010 r.).

[13] Statystyki postępowań dotyczących cudzoziemców w 2009 r. znajdują się na stronie UdsC: http://www.udsc.gov.pl/Zestawienia,roczne,233.html (dostęp 10.12.2010 r.).

[14] Karta pobytu jest dokumentem wydawanym cudzoziemcowi, który uzyskał: zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenie na osiedlenie się, zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego WE, status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt tolerowany. Karta pobytu potwierdza tożsamość cudzoziemca podczas jego pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz uprawnia, wraz z dokumentem podróży, do wielokrotnego przekraczania granicy bez konieczności uzyskania wizy.

[15] Zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony przyznaje się przede wszystkich obywatelom krajów nienależących do Unii Europejskiej, którzy mają konkretne powody, by przebywać w Polsce dłużej niż 3 miesiące (m. in. w związku z odbywaniem studiów, zatrudnieniem, małżeństwem z polskim obywatelem). Zezwolenie jest wydawane maksymalnie na 2 lata.

dać je w statystykach dotyczących liczby przyjazdów do Polski – w 1989 roku liczba wjazdów osób nieposiadających obywatelstwa polskiego wzrosła o 40% w porównaniu z 1988 roku – do 9 milionów, a w 1990 roku zarejestrowanych zostało już 19 milionów wjazdów cudzoziemców. W statystykach odnotowano wzrost aż do 1999 roku, kiedy to liczba wjazdów osiągnęła prawie 90 milionów[16]. Zgodnie z danymi Straży Granicznej[17] w 2009 roku zarejestrowano ok. 7 milionów wjazdów osób niebędących obywatelami RP[18]. Liczba wjazdów odzwierciedla jednak tylko ruch transgraniczny, nie obrazując w żaden sposób celu i długości pobytu wjeżdżających cudzoziemców.

W okresie komunizmu jedyną znaczącą grupą cudzoziemców przebywających w Polsce byli studenci z Wietnamu. Przybywali oni do Polski na podstawie rządowego programu współpracy z innymi krajami ustroju socjalistycznego lub też w ramach wymiany międzynarodowej. Po ukończeniu studiów, niektóre z tych osób postanowiły zostać w Polsce. Po upadku systemu komunistycznego, nowe grupy Wietnamczyków zaczęły napływać do Polski (głównie w celach ekonomicznych). Niektórzy Wietnamczycy wjechali do Polski, nie posiadając ważnych dokumentów pobytowych lub wizy. Do 1996 roku Wietnamczycy byli drugą największą grupą cudzoziemców (zaraz po Ukraińcach)[19]. Początkowo (po 1990 roku) Ukraińcy przyjeżdżali do Polski na bardzo krótki czas, głównie w celach handlowych. Z czasem zaczęli podejmować krótkoterminowe prace w budownictwie, rolnictwie czy sektorze usług dla gospodarstw domowych, a ich pobyty stawały się coraz dłuższe. Część strumienia migracyjnego z Ukrainy tworzyli też wykwalifikowani migranci, specjaliści oraz studenci.

[16] A. Górny, I. Grabowska-Lusińska, M. Lesińska, M. Okólski (red.), *Immigration to Poland: policy, employment, integration*, Scholar, Warszawa 2010, str. 25-26; A. Grzymała-Kazłowska, M. Okólski, *Influx and Integration of Migrants in Poland in the Early XXI Century*, „CMR Working Papers" 2003, nr 50, str. 4.

[17] Źródło:http://www.strazgraniczna.pl/wps/portal/tresc?WCM_GLOBAL_CONTEXT=pl/serwis-sg/polskie_formacje_graniczne/zestawienie_statystyczne/ (dostęp 11.12.2010 r.).

[18] Po przystąpieniu Polski do Strefy Schengen, odnotowano gwałtowny spadek liczby zarejestrowanych wjazdów zagranicznych, spowodowany zniesieniem rejestracji wjazdów na odcinkach tzw. wewnętrznej granicy, stąd tak znaczna różnica między najnowszymi statystykami a tymi sprzed grudnia 2007 r.

[19] A. Grzymała-Kazłowska, M. Okólski, *op. cit.*, str. 18-19. Więcej informacji na temat Wietnamczyków w Polsce znajduje się także w: K. Iglicka, *Poland: waiting for immigrants. But do we really want them?*, 2008, str. 8-9; A. Górny, I. Grabowska-Lusińska, M. Lesińska, M. Okólski (red.), *op. cit*. oraz T. Halik, *Migrancka społeczność Wietnamczyków w Polsce w świetle polityki państwa i ocen społecznych,* Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2006; MSWiA, *Społeczność wietnamska w Polsce. Polityka migracyjna Wietnamu. Raport*. Warszawa 2007: Departament Polityki Migracyjnej MSWiA.

2.2. Ochrona międzynarodowa w Polsce

2.2.1. Historia ochrony międzynarodowej

W okresie komunizmu Polska nie była krajem przyjmującym wielu uchodźców, nie działały też instytucje wyspecjalizowane w pomocy uchodźcom. Jedyną organizacją aktywną na tym polu był Polski Czerwony Krzyż – najstarsza międzynarodowa organizacja humanitarna. PCK zajął się m. in. w latach 1948-1950 lewicowymi uchodźcami z Grecji, w której toczyła się wojna domowa[20]. Zwiększony napływ cudzoziemców poszukujących ochrony rozpoczął się na początku lat 90. W początkowym okresie decyzja o przyznaniu statusu uchodźcy leżała w gestii Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców (UNHCR) z siedzibą w Genewie, do którego kierowano wnioski[21]. W 1991 roku bezpośrednia opieka nad cudzoziemcami, a następnie prowadzenie postępowań w zakresie udzielania ochrony, zostały przejęte przez utworzoną specjalnie w tym celu jednostkę Ministerstwa Spraw Wewnętrznych[22].

Polska ratyfikowała Konwencję Genewską i Protokół Nowojorski 27 września 1991 roku[23]. Było to posunięcie konieczne w świetle starań Polski o przystąpienie do Unii Europejskiej oraz zwiększającej się liczby osób poszukujących w naszym kraju ochrony, przy jednoczesnym braku procedur dotyczących uchodźców. W 1992 roku otworzono w Polsce przedstawicielstwo UNHCR. W tym samym roku w Dębaku pod Warszawą powstał działający do dziś pierwszy ośrodek dla osób, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy[24].

Na początku lat 90-tych dużą grupę szukającą w Polsce ochrony stanowiły ofiary wojny w Jugosławii, przede wszystkim muzułmanie z Bośni i Hercegowiny. Z kolei w latach 1994-1999 najwięcej osób poszukujących ochrony w Polsce przybywało z Armenii oraz z Afganistanu, Sri Lanki i innych krajów azjaty-

[20] A. Górny, I. Grabowska-Lusińska, M. Lesińska, M. Okólski (red.), *op. cit*.; J. Frelak, W. Klaus, J. Wiśniewski (red.), *Przystanek Polska. Analiza programów integracyjnych dla uchodźców*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2007, str. 31.

[21] J. Frelak, W. Klaus, J. Wiśniewski (red.), *op. cit*., str. 34-35.

[22] Początkowo instytucjami odpowiedzialnymi były różne jednostki Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. W 2001 r. został utworzony Urząd ds. Repatriacji i Cudzoziemców (URiC), przekształcony w 2007 r. w Urząd ds. Cudzoziemców (UdsC).

[23] Konwencja Genewska przyjęta przez ONZ w 1951 r. jest kluczowym dokumentem w zakresie przyznawania statusu uchodźcy. Pełni ona trzy główne funkcje: wprowadza ogólną definicję terminu „uchodźca", określa podstawowy zakres praw przysługujących osobom ze statusem uchodźcy oraz wprowadza klauzule dotyczące praktycznej realizacji postanowień zawartych w Konwencji przez państwa-sygnatariuszy. Protokół Nowojorski przyjęty w 1967 r. znosi ograniczenia geograficzne zapisane w Konwencji Genewskiej.

[24] J. Hryniewicz, *Uchodźcy w Polsce. Teoria a rzeczywistość*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2005, str. 32.

ckich. W okresie 1994-2004 liczba wniosków o nadanie statusu uchodźcy rosła niemalże nieustannie (w przełomowym 1996 roku liczba złożonych wniosków zwiększyła się niemal czterokrotnie w porównaniu z rokiem poprzednim). Od 2000 roku (po rozpoczęciu II wojny czeczeńskiej) największą grupę osób składających wniosek o nadanie statusu uchodźcy stanowią obywatele Federacji Rosyjskiej, przede wszystkim z Czeczenii – właśnie w 2000 roku nastąpił niemal dziesięciokrotny wzrost liczby tych wnioskodawców. W latach 2003-2008 obywatele Federacji Rosyjskiej stanowili ok. 90% wszystkich osób, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy w Polsce[25]. Nawet pomimo gwałtownego napływu obywateli Gruzji w 2009 roku, 54% wszystkich osób objętych wnioskami stanowili obywatele Federacji Rosyjskiej (5726 osób), a w 2010 – 73% (4795 osób).

Zgodnie ze statystykami UdsC w latach 2006-2008 Ukraińcy i Białorusini stanowili drugą i trzecią najważniejszą grupę cudzoziemców, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy, choć ich odsetek względem wszystkich osób, które złożyły wniosek, był niewielki i wynosił mniej niż 2% (366 osób) dla obydwu tych grup łącznie.

Sytuacja ta zmieniła się w 2009 roku, w związku z polityczno-militarnym konfliktem, który rozpoczął się rok wcześniej pomiędzy Gruzją a separatystyczną Republiką Południowej Osetii i Federacją Rosyjską. Wydarzenia, które miały miejsce latem 2008 roku, przyczyniły się do znacznego napływu obywateli Gruzji wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy, którzy w 2009 roku stanowili ok. 40% wszystkich osób objętych wnioskami (4217 osób) i stali się tym samym drugą największą grupą obywateli, występujących o ochronę międzynarodową[26]. Trzecią najważniejszą grupą osób, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy w 2009 roku, byli obywatele Armenii (w 2009 roku było to 147 osób, czyli mniej niż 2% wszystkich wnioskodawców).

Dane statystyczne dotyczące postępowań o nadanie statusu uchodźcy odzwierciedlają istotne momenty w historii Polski, które miały także wpływ na politykę migracyjną, czyli m. in. przystąpienie kraju do Unii Europejskiej 1 maja 2004 roku, a następnie wejście do Strefy Schengen 21 grudnia 2007 roku. Obydwa wydarzenia były poprzedzone znacznym wzrostem liczby wniosków o nadanie statusu uchodźcy.

Od 2007 roku Urząd do Spraw Cudzoziemców[27] jest odpowiedzialny za prowadzenie postępowań w sprawie nadania statusu uchodźcy na terytorium Pol-

[25] Statystyki dotyczące obywatelstw osób, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy w poszczególnych latach są dostępne na stronie Urzędu do Spraw Cudzoziemców: www.udsc.gov.pl.

[26] Dla porównania w 2008 r. stanowili oni zaledwie 1% wszystkich osób wnioskujących (71 osób), a w 2010 r. odsetek ten wyniósł 17% (1082 osoby).

[27] Zob. przyp. 22.

ski. W gestii Urzędu leżą postępowania w zakresie przyznawania cudzoziemcom ochrony przewidzianej w polskim ustawodawstwie[28]. W 2009 roku złożono 6300 wniosków o nadanie statusu uchodźcy obejmujących[29] 10 587 osób[30]. 16% osób, których sprawy rozpatrzone zostały w 2009 roku, (złożone w tym samym roku lub wcześniej), otrzymało jedną z form ochrony międzynarodowej. Przeważająca większość z nich otrzymała ochronę uzupełniającą (15% osób, które otrzymały ochronę). 1% osób otrzymał status uchodźcy. Ponadto 26% otrzymało negatywną decyzję (często było to związane z uznaniem wniosku za oczywiście bezzasadny), a 57% spraw zostało umorzonych[31].

2.2.2. Uprawnienia osób, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy

Cudzoziemiec, który złożył wniosek o nadanie statusu uchodźcy, ma prawo do zakwaterowania. Obecnie (stan na 10.12.2010 r.)[32] w Polsce znajduje się 14 ośrodków dla osób, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy, w tym dwa specjalistyczne ośrodki – dla kobiet z małoletnimi dziećmi oraz dla osób niepełnosprawnych – otwarte pod koniec 2010 roku. Dodatkowo istnieje placówka dla małoletnich bez opieki funkcjonująca w ramach jednego z domów dziecka w Warszawie[33]. Dwa z 14 ośrodków są ośrodkami recepcyjnymi. Trafiają do nich wszyscy cudzoziemcy, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy. W dalszej kolejności (m. in. po przejściu filtra epidemiologicznego),

[28] Zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w Polsce istnieje kilka form ochrony: (1) status uchodźcy, (2) ochrona uzupełniająca (wprowadzona w 2008 r.), (3) ochrona czasowa, (4) azyl, (5) pobyt tolerowany (wprowadzony w 2003 r. i znacznie zmodyfikowany w 2008 r.).

[29] Dane pochodzą z Zestawienia rocznego 2009, dostępnego na stronie www.udsc.gov.pl.

[30] Zgodnie z ustawą o udzielaniu cudzoziemcom ochrony osoba wnioskująca o nadanie statusu uchodźcy może złożyć wniosek także w imieniu towarzyszących mu małoletnich dzieci, pod warunkiem, że nie pozostają w związku małżeńskim i są na jego utrzymaniu (art. 24), jak i w imieniu małżonka (za jego pisemną zgodą), o ile pozostaje na jego utrzymaniu i małoletnich dzieci małżonka niepozostających w związku małżeńskim (art. 25).

[31] Najczęstsze powody umorzeń to: opuszczenie przez cudzoziemca ośrodka dla osób, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy na okres dłuższy niż 7 dni bez usprawiedliwionej przyczyny, opuszczenie przez cudzoziemca terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz złożenie przez cudzoziemca oświadczenia o cofnięciu wniosku.

[32] Liczba ośrodków jest dostosowywana do liczby osób objętych postępowaniem o nadanie statusu uchodźcy w danym momencie.

[33] Ponadto cudzoziemcy mogą być umieszczani w ośrodkach detencyjnych dwóch rodzajów: ośrodkach strzeżonych i aresztach w celu wydalenia. Przebywają w nich cudzoziemcy, którzy zostali zatrzymani podczas próby nielegalnego przekroczenia granicy, jak także osoby, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy w momencie zatrzymania bez ważnych dokumentów pobytowych lub będąc już w podobnym ośrodku (dotyczy to także osób, które otrzymały negatywną decyzję w kwestii nadania statusu).

cudzoziemcy są kierowani do innych ośrodków położonych na terenie całej Polski (choć obecnie głównie w jej centralnej i wschodniej części). Tylko cztery ośrodki są własnością Urzędu do Spraw Cudzoziemców. Reszta jest przez Urząd wynajmowana w przetargach m. in. od prywatnych właścicieli czy spółek państwowych. W ośrodkach tych pracownicy socjalni[34] są zatrudniani przez UdsC, lekarze i pielęgniarki – przez Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie (CSK MSWiA)[35], a reszta personelu zawiera umowy z właścicielem obiektu. Ośrodki mają charakter otwarty dla mieszkańców, jednakże obowiązują bardzo restrykcyjne regulacje dotyczące osób odwiedzających i innych osób wchodzących na teren ośrodka[36].

Cudzoziemcy, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy, mogą skorzystać z ekwiwalentu finansowego i zamieszkać poza ośrodkiem. Pod koniec 2010 roku 1660 osób mieszkało w ośrodkach, podczas gdy 1823 – poza nimi. Wysokość ekwiwalentu różni się w zależności od liczby osób w rodzinie. Dla osoby samotnej wynosi on 25 złotych na dzień, dla 3-osobowej rodziny – 15 złotych dziennie na osobę[37]. Kwota ta jest niewystarczająca, biorąc pod uwagę fakt, jak ciężko jest wynająć mieszkanie „na wolnym rynku". Przede wszystkim oferta mieszkań czy pokoi do wynajęcia z niższego przedziału cenowego (poszukiwanych również przez obywateli polskich) jest ograniczona. Ponadto właściciele mieszkań/pokoi czy też osoby odpowiedzialne za wynajem często nie mają zaufania do cudzoziemców, co dodatkowo utrudnia znalezienie zakwaterowania. Prowadzi to do tego, że cudzoziemcy mieszkają w złych warunkach (m. in. brak podstawowych wygód, przeludnienie).

Zgodnie z polskim prawem[38] poza zakwaterowaniem w ośrodku cudzoziemcowi, który złożył wniosek o nadanie statusu uchodźcy, przysługuje[39]:

- całodzienne wyżywienie zbiorowe (w stołówce prowadzonej w ośrodku; wyżywienie może zostać zastąpione ekwiwalentem pieniężnym w wysokości 9

[34] W Polsce termin pracownik socjalny ma ściśle określone, przewidziane w prawie znaczenie (m. in. dotyczy osób, które mają kierunkowe wykształcenie), jednakże w ośrodkach są zatrudniane także osoby w charakterze pracownika socjalnego, które nie muszą spełniać tych wymogów.

[35] CSK MSWiA jest obecnie koordynatorem programu opieki zdrowotnej dla cudzoziemców, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy.

[36] Więcej szczegółów znajduje się na stronie: http://www.udsc.gov.pl/Osrodki,dla,cudzoziemcow,467.html (dostęp 23.01.2011 r.).

[37] Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 26 maja 2009 r. w sprawie wysokości pomocy dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (Dz. U. z 2009 r., Nr 80, poz. 674).

[38] *Ibid.*

[39] Sporadycznie zdarzają się przypadki, że świadczenia nie zostają przyznane, jeśli UdsC uzna np. że dana osoba posiada inne środki pozwalające jej na utrzymanie się w czasie postępowania o nadanie statusu uchodźcy.

złotych dziennie w określonych przypadkach, m. in. diety zaleconej przez lekarza, dla dzieci do 3 roku życia czy dzieci uczęszczających do szkoły)[40];
- stała pomoc pieniężna w postaci tzw. „kieszonkowego" (50 złotych miesięcznie, dodatkowe 50 złotych cudzoziemiec może uzyskać w przypadku wykonywania drobnych prac, np. prac porządkowych na rzecz ośrodka, tłumaczeń ułatwiających porozumiewanie się między pracownikami ośrodka a cudzoziemcami lub prowadzenia zajęć kulturalno-oświatowych na rzecz innych cudzoziemców przebywających w ośrodku);
- stała pomoc pieniężna na zakup środków higieny osobistej (20 złotych miesięcznie);
- jednorazowa pomoc pieniężna na zakup odzieży i obuwia (140 złotych);
- finansowanie przejazdów środkami komunikacji publicznej w celu wzięcia udziału w postępowaniu o nadanie statusu uchodźcy, stawienia się na badania lekarskie lub szczepienia ochronne lub w innych uzasadnionych przypadkach;
- nauka języka polskiego i zapewnienie podstawowych materiałów niezbędnych do nauki (lekcje prowadzone są w ośrodku zarówno dla dzieci jak i dorosłych);
- zapewnienie małoletnim cudzoziemcom dostępu do szkół publicznych[41].

2.2.3. System zdrowotny dla cudzoziemców, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy

Każdy cudzoziemiec, który złożył wniosek o nadanie statusu uchodźcy, ma również zapewniony dostęp do opieki medycznej. Od 2005 roku opiekę medyczną dla azylantów koordynuje Zespół ds. Świadczeń Medycznych dla Osób Ubiegających się o Nadanie Statusu Uchodźcy Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie (CSK MSWiA) na podstawie umowy podpisanej z Urzędem do Spraw Cudzoziemców. Jednostka ta odpowiada za prowadzenie punktów medycznych we wszystkich ośrodkach. Personel medyczny zatrudniony w ośrodkach odpowiada za udzielanie bezpłatnych konsultacji cudzoziemcom ubiegającym się o nadanie statusu uchodźcy (zarówno tym mieszkających w ośrodkach, jak i poza nimi) oraz w razie potrzeby kierowanie ich na konsultacje, badania lub zabiegi specjalistyczne, świadczone poza ośrodkiem. CSK MSWiA odpowiada ponadto za kontraktowanie jednostek dostarczających wspomniane usługi poza ośrodkami. Część

[40] Dzieci cudzoziemskie, niezależnie od statusu, są w Polsce objęte obowiązkiem szkolnym i mają prawo do edukacji. Więcej na ten temat znajduje się w: W. Klaus, *Prawo cudzoziemców do edukacji w Polsce*, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, 2010, http://www.interwencjaprawna.pl/docs/prawo-do-edukacji-05-2010.pdf.

[41] Źródło: http://www.udsc.gov.pl/Polski,system,opieki,nad,cudzoziemcami,ubiegajacymi,sie,o,nadanie,statusu,uchodzcy,120.html (dostęp 12.12.2010 r.).

usług medycznych jest wyłączona spod koordynacji CSK MSWiA i odpowiada za nią bezpośrednio Urząd do Spraw Cudzoziemców[42]. W tych przypadkach UdsC musi wyrazić każdorazowo indywidualną zgodę na skorzystanie przez cudzoziemca ubiegającego się o nadanie statusu uchodźcy z danej usługi medycznej[43].

2.3. Migracje do Polski z krajów europy wschodniej

Po upadku systemu komunistycznego w Polsce obowiązujące umowy o ruchu bezwizowym z innymi krajami byłego bloku socjalistycznego zostały utrzymane[44]. Było to przejawem polskich interesów narodowych związanych ze wschodnim sąsiedztwem. Wraz z postępującą zmianą sytuacji geopolitycznej konieczne było jednak wprowadzenie zmian dostosowujących prawo krajowe do wymogów Unii Europejskiej. Stąd w 2003 roku wprowadzono wizy dla obywateli Białorusi, Rosji i Ukrainy (wizy dla Ukraińców pozostały bezpłatne do końca 2007 roku). W 2006 roku obywatele Ukrainy, Białorusi i Federacji Rosyjskiej uzyskali możliwość wykonywania pracy na terytorium RP w sektorze rolniczym bez konieczności posiadania zezwolenia na pracę (przez 3 miesiące w ciągu 6 miesięcy). Następnie uprawnienia te zostały rozciągnięte na inne sektory zatrudnienia, a okres dopuszczalnej pracy wydłużono do 6 miesięcy w ciągu kolejnych 12 miesięcy.

Polska przystąpiła do Strefy Schengen pod koniec 2007 roku. Jednakże niezależnie od harmonizacji prawa krajowego ze wspólnotowym, zostały utrzymane odrębne rozwiązania korzystne dla obywateli państw sąsiadujących z Polską na Wschodzie w zakresie zatrudnienia. Dotyczy to szczególnie możliwości pracy bez konieczności posiadania zezwolenia na podstawie tzw. oświadczeń pracodawcy o zamiarze powierzenia pracy cudzoziemcowi[45], które (po zarejestrowaniu oświadczenia w powiatowym urzędzie pracy) umożliwiają uzyskanie w jednostce konsularnej RP wizy do Polski. Wizy te pozwalają przebywać legalnie na terytorium RP przez 6 miesięcy w ciągu kolejnych 12 miesięcy. Wśród cudzoziemców mogących korzystać z oświadczeń są obywatele Ukrainy, Białorusi, Fe-

[42] Dotyczy to usług z zakresu rehabilitacji, protezowania i stomatologii zachowawczej.

[43] Fundacja Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna (2009), *Dostęp do opieki medycznej i psychologicznej kobiet w ciąży, matek, dzieci oraz ofiar tortur i urazów wojennych w ośrodkach dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce. Raport z monitoringu przeprowadzonego w 2009 roku*, str. 27, 40.

[44] K. Iglicka, *Migration movements from and into Poland in the light of the East-West European migration*, Instytut Studiów Społecznych UW, Warszawa 2000, str. 12.

[45] Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykonywania pracy przez cudzoziemców bez konieczności uzyskania zezwolenia na pracę (Dz. U. Nr 236, poz. 1559).

deracji Rosyjskiej (od 2006 r.) oraz Mołdowy i Gruzji (od 2009 r.). W 2009 roku w urzędach pracy w całej Polsce zostało zarejestrowanych 188 414 takich oświadczeń[46]. Statystyki te nie odzwierciedlają faktycznej liczby cudzoziemców, którzy podjęli zatrudnienie na podstawie oświadczeń, jako że zarejestrowanie oświadczenia nie wiąże się z żadnymi czynnościami kontrolnymi ani realnym zobowiązaniem do podpisania umowy o zatrudnieniu (dotyczy to zarówno cudzoziemca, jak i pracodawcy, który podpisał oświadczenie). Zdarza się zatem, że cudzoziemcy wykorzystują oświadczenia, by na ich podstawie uzyskać wizę umożliwiającą wjazd na terytorium RP, a następnie podejmują zatrudnienie u innego pracodawcy niż ten, który wystawił oświadczenie.

Ponieważ na podstawie oświadczenia pracę wykonywać mogą jedynie obywatele niektórych krajów, ważnych informacji na temat skali pracy cudzoziemców w Polsce dostarczają także dane dotyczące zezwoleń na pracę, wymaganych od większości cudzoziemców spoza Unii Europejskiej, którzy chcą podjąć zatrudnienie w Polsce[47]. Zezwolenia na pracę wydawane są przez właściwego wojewodę na czas oznaczony (najdłużej na 3 lata), ich ważność umożliwia podjęcie legalnego zatrudnienia jedynie na stanowisku wskazanym w zezwoleniu. W większości przypadków procedura uzyskania zezwolenia, którą częściowo prowadzą urzędy pracy, wymaga przeprowadzenia tzw. testu rynku pracy, podczas którego urząd sprawdza, czy do pracy na danym stanowisku nie ma chętnego obywatela polskiego[48]. W 2009 roku wydano 28 709 zezwoleń umożliwiających pracę przez ponad 3 miesiące – ponad 30% z nich dotyczyło obywateli Ukrainy[49]. Zezwolenie na pracę może być podstawą uzyskania wizy lub też zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony.

Wśród wiz uprawniających do wjazdu na terytorium RP (m. in. wiz wydanych na podstawie oświadczenia o zamiarze powierzenia cudzoziemcowi pracy, jak i zezwolenia na pracę oraz wiz turystycznych) największy udział mają wizy wydane obywatelom Ukrainy[50]. Niewielka liczba cudzoziemców, którzy wjeżdżają na terytorium RP na podstawie wizy, prawdopodobnie pozostaje w Pol-

[46] Źródło: statystyki Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej: http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=1286.

[47] Zgodnie z art. 87 pkt 2 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z konieczności posiadania zezwolenia wyłączone są, oprócz wspomnianych obywateli uprawnionych do korzystania z oświadczeń pracodawcy, niektóre grupy cudzoziemców, m. in. posiadający Kartę Polaka, będący małżonkami obywateli RP, posiadającymi jakąkolwiek z form ochrony międzynarodowej.

[48] Z testu rynku pracy wyłączone są niektóre zawody, np. pomoc domowa na rzecz osób fizycznych, glazurnik.

[49] Rocznik Demograficzny 2010, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2010, str. 451.

[50] W 2009 r. polskie konsulaty wydały Ukraińcom 403 420 wiz (w porównaniu do 350 710 wydanych w 2008 r.).

sce po upływie ich ważności i staje się w konsekwencji nieudokumentowanymi migrantami.

2.4. Nieudokumentowani migranci

Nie ma wiarygodnych statystyk ani danych szacunkowych dotyczących populacji nieudokumentowanych migrantów w Polsce[51]. Istnieją jednak opracowania omawiające podstawowe powody nielegalności pobytu. Należą do nich przede wszystkim nieopuszczenie terytorium RP w okresie ważności wizy lub innego dokumentu pobytowego (dotyczy to sytuacji, gdy dana osoba wjechała do Polski posiadając takie uprawnienia) oraz nielegalne przekroczenie granicy (dotyczy to zarówno przekroczenia granicy bez ważnych dokumentów umożliwiających wjazd, jak i na podstawie sfałszowanych dokumentów). Wśród nieudokumentowanych migrantów znajdują się także osoby, które uzyskały negatywną decyzję w sprawie nadania statusu uchodźcy i nie opuściły terytorium Polski. W grupie cudzoziemców, którzy przekroczyli ważność dokumentu po legalnym wjeździe do Polski, przeważają obywatele Ukrainy.

Informacji na temat nielegalnego przekroczenia granicy dostarczają statystyki Straży Granicznej. W 2009 roku w takiej sytuacji na granicach zewnętrznych UE zatrzymano 1407 obywateli państw trzecich[52]. Ukraińcy i obywatele Federacji Rosyjskiej (w tym osoby z Czeczenii) stanowili najbardziej znaczące grupy wśród zatrzymanych.

Analiza przeprowadzonych do tej pory dwóch programów regularyzacyjnych (w 2003 r. i w 2007 r.), skierowanych do osób przebywających w Polsce bez ważnych dokumentów, pozwala domniemywać na temat składu narodowościowego tej grupy migrantów. Z powodu restrykcyjnych zasad określonych w obydwu programach jedynie niewielka liczba migrantów mogła z nich skorzystać. Łącznie pozytywną decyzję regulującą pobyt otrzymało niewiele ponad 4000 cudzoziemców (spośród niemal 5500 wnioskujących). Wśród nich najlicz-

[51] Jednocześnie w różnych źródłach pojawiają się próby szacowania skali zjawiska, które oceniane jest w przedziale od 50 do 450 tys. osób, choć dotyczą one różnych kategorii cudzoziemców. Por.: A. Górny, I. Grabowska-Lusińska, M. Lesińska, M. Okólski. *Transformacja nieoczywista. Polska jako kraj imigracji.* Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, str. 272-275; S. Golinowska, *Popyt na pracę cudzoziemców. Polska i sąsiedzi,* Warszawa 2004; K. Iglicka, K. Gmaj, *Undocumented Migration. Counting the Uncountable. Data and Trends cross Europe. Country report: Poland*, listopad 2008 r., str. 18 (dostępny na stronie: http://clandestino.eliamep.gr/wp-content/uploads/2009/10/clandestino_report_poland_final_2.pdf); J. Korczyńska, M. Duszczyk, *Zapotrzebowanie na pracę cudzoziemców w Polsce. Próba analizy i wniosków dla polityki migracyjnej,* Warszawa 2005, str. 21.

[52] Źródło: http://www.strazgraniczna.pl/wps/portal/tresc?WCM_GLOBAL_CONTEXT=pl/serwis-sg/polskie_formacje_graniczne/zestawienie_statystyczne/.

niejsi byli Wietnamczycy i Ormianie[53]. Ponadto w 2003 roku przez 2 miesiące obowiązywała tzw. mała abolicja, dotycząca osób o nieuregulowanym statusie, które podjęły decyzję o opuszczeniu terytorium Polski. Obcokrajowcom, którzy spełnili kryteria uczestnictwa, zagwarantowano, że ich nazwiska nie zostaną wpisane na listę niepożądanych cudzoziemców[54]. W sumie z małej abolicji skorzystało 282 migrantów[55]. Biorąc pod uwagę, że prawdopodobnie największą grupę wśród nieudokumentowanych migrantów stanowią obywatele państw położonych na wschód od Polski, proporcjonalnie mała ich liczba wzięła udział w przeprowadzonych do tej pory programach regularyzacyjnych.

W 2009 roku Komitet „Imigranci na rzecz Abolicji" przy wsparciu organizacji pozarządowych działających na rzecz migrantów, rozpoczął akcję „Jestem za!"[56]. Kampania zdobyła uznanie wśród samych nieudokumentowanych migrantów przebywających w Polsce, co jest nową sytuacją w kraju, gdzie obecność tej grupy migrantów w życiu publicznym i politycznym była do tej pory niezauważalna[57]. Jak poinformował niedawno Urząd do Spraw Cudzoziemców, rządowy projekt nowelizacji ustawy o cudzoziemcach, przewidujący kolejny program regularyzacyjny dla nieudokumentowanych migrantów, ma zostać przekazany do parlamentu w 2011 roku.

3. Opis demograficzny próby

3.1. Płeć i wiek

Tabela 1. Płeć respondentów w odniesieniu do statusu pobytu

Płeć \ Status	Osoby, które złożyły wniosek o SU (n=58)	Nieudokumentowani migranci (n=51)	Wszyscy respondenci (n=109)
Mężczyźni	41%	49%	45%
Kobiety	59%	51%	55%
RAZEM	100%	100%	100%

[53] M. Szulecka, *Ruch imigrantów na rzecz abolicji*, „Biuletyn Migracyjny" 2010, 27, http://sites.google.com/site/biulletynmigracyjny/archiwum-html/biuletyn-migracyjny-27/bm27art6, str. 9 (dostęp 15.12.2010 r.).

[54] Wpisanie na tę listę ogranicza możliwość wjazdu na terytorium RP w kolejnych latach.

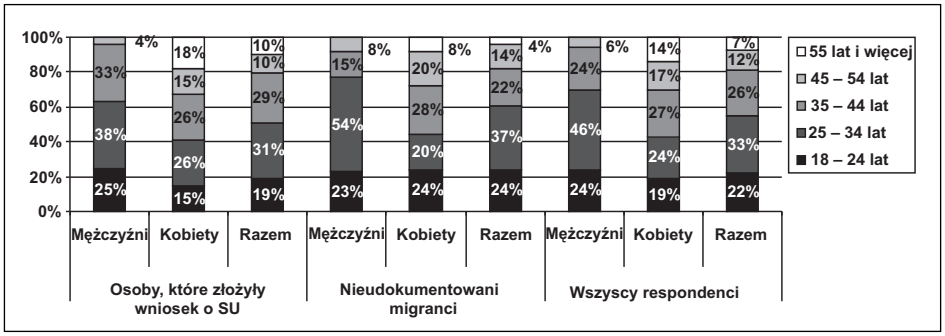
[55] K. Iglicka, *Poland: waiting for immigrants. But do we really want them?,* 2008, str. 11.

[56] Więcej informacji na temat kampanii znajduje się na stronie http://jestemza.blogspot.com/. W związku z działaniami prowadzonymi w ramach kampanii, jedna ze wspierających ją organizacji – FROG opracowała dokument przybliżający zagadnienia związane z nieuregulowanym pobytem cudzoziemców w Polsce: *Nieuregulowane pobyty cudzoziemców w Polsce: próby rozwiązania problemu.* Opracowanie dostępne jest na stronie: www.frog.org.pl.

[57] M. Szulecka, *op. cit*.

Biorąc pod uwagę dostępne statystyki dotyczące cudzoziemców, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy[58], można zauważyć nieznaczną nadreprezentację kobiet wśród respondentów[59]. Jeśli chodzi o grupę nieudokumentowanych migrantów, nie ma możliwości odniesienia danych demograficznych próby do populacji z powodu braku takich danych dotyczących migrantów o nieuregulowanym statusie w Polsce.

Wykres 1. Zestawienie grup wiekowych w odniesieniu do płci i statusu pobytu



Wiek respondentów wahał się od 17 do 80 lat. Kobiety, biorące udział w badaniu, były starsze niż mężczyźni, zarówno w grupie osób, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy, jak i wśród nieudokumentowanych migrantów. Zdecydowana większość badanych mężczyzn miała poniżej 35 lat (wśród osób ubiegających się o ochronę międzynarodową dotyczyło to 77% respondentów, a wśród nieudokumentowanych migrantów – 63%). W przeciwieństwie do mężczyzn, wiek większości respondentek był wyższy niż 35 lat (dotyczyło to 58% kobiet, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy oraz 56% respondentek o nieuregulowanym statusie). Tylko kobiety reprezentowane były w najwyższym przedziale wiekowym (powyżej 55 roku życia).

[58] Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego zawartymi w Roczniku Demograficznym 2010, dostępnymi na stronie http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_sy_demographic_yearbook_2010.pdf, str. 449, w 2009 r. kobiety stanowiły 44% wszystkich osób, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy (dostęp 09.12.2010 r.).

[59] Nadreprezentacja kobiet w badaniu może być częściowo spowodowana tym, że kobiety bardziej otwarcie wypowiadają się na temat swoich doświadczeń (szczególnie, że w niektórych kulturach, np. czeczeńskiej, wypowiadanie się przez mężczyznę na temat problemów medycznych może być postrzegane jako słabość). Nie bez znaczenia przy tym jest prawdopodobnie fakt, że wśród osób przeprowadzających badanie były same kobiety. Ponadto kobiety mogły mieć więcej do powiedzenia jako respondentki badania, jako że prawdopodobnie mają częstszy kontakt ze służbą zdrowia (ze względu na ciąże i opiekę nad dziećmi). A trzeba pamiętać, że jednym z warunków doboru respondentów była chęć lub potrzeba skorzystania z pomocy lekarza.

3.2. Obywatelstwo i narodowość

Pomiędzy krajem pochodzenia a statusem pobytu respondenta istnieje wyraźna zależność. Z wyjątkiem osób pochodzących z krajów afrykańskich, respondenci, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy oraz nieudokumentowani migranci, reprezentują odmienne kraje pochodzenia. W sumie próbą zostali objęci obywatele 21 państw.

3.2.1. Osoby, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy

Kraje pochodzenia respondentów, należących do tej grupy, można przyporządkować do trzech regionów geograficznych. Zdecydowana większość reprezentowała kraje należące do byłego ZSRR (86% respondentów, n=50), niewielki odsetek respondentów pochodził z krajów Afryki i Azji.

Najczęściej występującym krajem pochodzenia wśród respondentów, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy, była Federacja Rosyjska (prawie ¾ respondentów z tej grupy, n=43). Blisko 70% osób z tej grupy (n=29) zadeklarowało czeczeńską narodowość. Pozostali obywatele Federacji Rosyjskiej deklarowali się m. in. jako Ingusze i Dagestańczycy. Narodowości te związane są z regionami należącymi administracyjnie do terytorium Federacji Rosyjskiej, które jednak są zaangażowane w konflikty z władzami federalnymi. Drugim co do liczebności najważniejszym krajem pochodzenia była Gruzja (n=6). Kraje pochodzenia reprezentowane wśród respondentów biorących udział w badaniu są zgodne z ogólnymi statystykami dotyczącymi populacji cudzoziemców, którzy złożyli w Polsce wniosek o nadanie statusu uchodźcy[60].

Ponadto respondenci, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy, pochodzili z państw afrykańskich (n=5). Wszyscy byli mężczyznami średnio w wieku 30 lat, co zdaje się odpowiadać charakterystyce samotnej młodej osoby płci męskiej z tych stron, która złożyła w Polsce wniosek o nadanie statusu uchodźcy. Statystycznie grupa ta jest nadreprezentowana w próbie, jako że w 2009 r. obywatele krajów afrykańskich stanowili zaledwie 1% wszystkich osób wnioskujących o nadanie statusu. Zgodnie z notatkami osób prowadzących badanie, silna reprezentacja przedstawicieli tych krajów w próbie mogła

[60] Krajem pochodzenia, który wydaje się być niewystarczająco reprezentowany w próbie w porównaniu z aktualnymi statystykami dotyczącymi osób będących w procedurze uchodźczej, jest Armenia. Ma to związek prawdopodobnie ze specyfiką społeczności ormiańskiej w Polsce, charakteryzującej się silnym wsparciem dla osób z tej samej grupy etnicznej, a jednocześnie będącej dość zamkniętą na osoby z zewnątrz. Obywatele Armenii nie są też grupą licznie reprezentowaną wśród beneficjentów organizacji pozarządowych, biorących udział w badaniu. Jednocześnie należy zauważyć, że w próbie znaleźli się Ormianie, posiadający inne obywatelstwo (byli to przede wszystkim obywatele Federacji Rosyjskiej).

być związana z personalnymi kontaktami ankieterów, które miały wpływ na dobór respondentów.

Kraje azjatyckie były reprezentowane przez 2 obywateli Wietnamu i 1 obywatela Nepalu. Ponownie liczba respondentów w tej grupie była związana z kontaktami ankieterów, w szczególności współpracujących ze Stowarzyszeniem Wolnego Słowa.

3.2.2. Nieudokumentowani migranci

Kraje pochodzenia respondentów z tej grupy można przyporządkować do 4 regionów geograficznych. Większość osób pochodziła z krajów byłego ZSRR (55% respondentów n=28). W próbie znalazły się też osoby reprezentujące kraje Afryki, południowo-wschodniej Azji i Bliskiego Wschodu.

Blisko połowa respondentów o nieuregulowanym statusie pochodziła z Ukrainy (n=25). Wśród respondentów były reprezentowane także inne kraje Wschodniej Europy i Centralnej Azji (Armenia[61], Białoruś, Uzbekistan). Wśród nieudokumentowanych obywateli krajów byłego ZSRR przeważały kobiety (n=17). Średni wiek wśród tej kategorii respondentów wynosił 36 lat, przy czym kobiety (średnia wieku – blisko 40 lat) były starsze od mężczyzn (średnio 31 lat). Choć brak oficjalnych statystyk dotyczących populacji nieudokumentowanych migrantów, duży udział osób z krajów byłego bloku socjalistycznego (w szczególności z Ukrainy[62]), jest zgodny z rozkładem narodowości w populacji tej grupy migrantów w Polsce.

Drugim najliczniej reprezentowanym krajem wśród respondentów o nieuregulowanym statusie był Wietnam (n=10, w tym sześciu mężczyzn). Migranci z Wietnamu byli przeciętnie młodsi niż osoby pochodzące z krajów byłego ZSRR (średnio 32 lata zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet).

Respondenci z krajów Afryki i Bliskiego Wchodu stanowili najmłodszą grupę nieudokumentowanych migrantów, a ich średni wiek nie przekraczał 29 lat. Przedstawiciele tych krajów byli dość licznie reprezentowani w badaniu, biorąc pod uwagę szacunkowe proporcje dotyczące populacji. Wynika to przede wszystkim z prywatnych kontaktów ankieterów.

[61] Ponownie grupą niewystarczająco reprezentowaną w odniesieniu do populacji migrantów o nieuregulowanym statusie wydają się być obywatele Armenii.

[62] Warto zauważyć, że w przypadku Ukraińców nieuregulowany pobyt jest znacznie rzadziej spotykany niż zjawisko łączenia legalnego pobytu z nielegalnym zatrudnieniem. Choć sytuacje te często są utożsamiane w potocznym rozumieniu, należy pamiętać, że zgodnie z ustawą z 20 kwietnia 2004 r.o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy brak dokumentów uprawniających do pobytu w Polsce jest tylko jedną z przesłanek nielegalnego wykonywania pracy przez cudzoziemca.

4. Doświadczenia migracyjne

4.1. Okres pobytu w Polsce

Tabela 2. Średni okres pobytu w Polsce uwzględniający przerwy w pobycie w odniesieniu do statusu pobytu (w latach)

Średni okres / Status pobytu	Okres od 1. przyjazdu do Polski	Okres od ostatniego przyjazdu do Polski
Osoby, które złożyły wniosek o status u.	2,1	1,9
Migranci o nieuregulowanym statusie	6,3	5
RAZEM	4,2	3,4

4.1.1. Osoby, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy

Respondenci z tej grupy spędzili w Polsce średnio niewiele ponad 2 lata. Co dziesiąty respondent odbył kilka podróży do Polski. Może się to wiązać z faktem, że od czasu przystąpienia Polski do Strefy Schengen nie prowadzi się kontroli na wewnętrznych granicach Strefy, co ułatwia swobodne przekraczanie granic (mimo że osoby objęte postępowaniem o nadanie statusu uchodźcy teoretycznie nie mają prawa opuszczać terytorium RP). Innym wytłumaczeniem wielokrotnych podróży do Polski mogą być procedury związane z wykonaniem Rozporządzenia Dublin II[63].

Niektóre osoby, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy, podróżują z powrotem do swojego miejsca pochodzenia (np. z powodu ważnych względów rodzinnych), po czym wracają z różnych przyczyn do Polski. Ponadto w niektórych sytuacjach może zdarzyć się, że osoba przebywała w Polsce legalnie na podstawie wizy (bądź innej podstawie) i w tym okresie podejmowała podróże do innych krajów, po czym złożyła w Polsce wniosek o status uchodźcy – sytuacja taka niezmiernie rzadko dotyczy jednak obywateli krajów najczęściej reprezentowanych w próbie, tj. obywateli Federacji Rosyjskiej. 22% respondentów należących do tej grupy spędziło w Polsce co najmniej 3 lata od ostatniego wjazdu. Może to być związane z czasem, który zajmują procedury admini-

[63] Rozporządzenie Rady (WE) nr 343/2003 z 18 lutego 2003 r. (tzw. Dublin II) ustanawia kryteria i mechanizmy określania Państwa Członkowskiego, które jest odpowiedzialne za rozpatrzenie wniosku o nadanie statusu uchodźcy złożonego w jednym z Państw Członkowskich UE przez obywatela kraju trzeciego.

stracyjne, ale także odzwierciedlać rozpowszechnioną praktykę wielokrotnego składania wniosku o nadanie statusu uchodźcy przez te same osoby[64].

4.1.2. Nieudokumentowani migranci

Przeciętny cudzoziemiec o nieuregulowanym statusie pobytu, biorący udział w badaniu przebywał w Polsce dłużej niż respondent, który złożył wniosek o nadanie statusu uchodźcy, gdyż spędził w naszym kraju średnio ponad 6 lat (5 lat od ostatniego wjazdu). 1/3 respondentów z tej grupy odbyła kilka podróży do Polski, prawdopodobnie wracając w między czasie do swoich krajów pochodzenia. Taka praktyka jest najbardziej powszechna wśród Ukraińców, których migracja ma zazwyczaj charakter bardziej cyrkulacyjny niż długoterminowy[65].

Analiza poszczególnych narodowości ujawnia dodatkowe różnice w zakresie przyjazdu do Polski. Wietnamczycy i Ukraińcy przyjechali po raz pierwszy wcześniej niż inne grupy migrantów biorących udział w badaniu – często jeszcze przed wstąpieniem Polski do Unii Europejskiej.

4.2. Przyczyny migracji

Analiza porównawcza powodów migracji deklarowanych przez respondentów, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy, i nieudokumentowa-

[64] Wielokrotne składanie wniosku można było zaobserwować przede wszystkim w latach 2003-2008 wśród osób, które otrzymały zgodę na pobyt tolerowany, nie dającą wówczas dostępu do świadczeń w ramach indywidualnego programu integracji. Obecnie praktyka ta jest mniej rozpowszechniona, jako że główną formą ochrony przyznawaną w Polsce jest ochrona uzupełniająca, która daje możliwość udziału w programach integracyjnych (a ponadto zmieniono przepisy, które umożliwiają odmówienie prawa do świadczeń osobie, która ponownie ubiegania się o nadanie statusu uchodźcy). W 2006 r. 46% wniosków złożonych zostało przez osoby, które już wcześniej poszukiwały w Polsce ochrony międzynarodowej. W 2009 r. odsetek ten wynosił 14% (zgodnie z danymi UdsC: Informacja Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców o stosowaniu w 2009 r. *Ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz. U. z 2003 r., Nr 128, poz. 1176 ze zm.) w zakresie realizacji zobowiązań Rzeczypospolitej Polskiej wynikających z *Konwencji Genewskiej dotyczącej statusu uchodźców* oraz *Protokołu Nowojorskiego dotyczącego statusu uchodźcy*, str. 12).

[65] Częste podróże miały miejsce prawdopodobnie w czasie, gdy respondenci przebywali w Polsce legalnie. W miarę możliwości migranci z Ukrainy preferują podejmowanie czasowego zatrudnienia w Polsce i podejmują częste podróże do kraju pochodzenia w celach rodzinnych, ale także zdrowotnych. Taka strategia migracyjna jest zazwyczaj możliwa dzięki bliskości kraju pochodzenia, a także dzięki ułatwionym dla obywateli Ukrainy procedurom związanym z uzyskaniem wizy umożliwiającej wjazd na terytorium Polski. Choć w związku z dostosowaniem polskiego prawa do zachodzących zmian geopolitycznych wprowadzono stałe opłaty, nadal legalny wjazd na teren RP w większości przypadków nie stanowi problemu dla Ukraińców. Z tego też powodu można podejrzewać, że w przypadku Ukraińców to właśnie przekroczenie terminu ważności wizy jest najczęstszym powodem stawania się nieudokumentowanym migrantem.

nych migrantów, pokazuje znaczne różnice w tym zakresie. Około ⅓ respondentów z każdej grupy wybrała więcej niż jedną odpowiedź, należy więc wziąć pod uwagę, że na decyzję o wyjeździe respondentów składały się różne czynniki. Większość respondentów, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy (67%, n=39), jako przyczynę wyjazdu podała względy polityczne, religijne, etniczne, orientację seksualną lub ucieczkę przed wojną. Koresponduje to z motywacjami, które zgodnie z Konwencją Genewską stają się przesłanką do nadania statusu uchodźcy[66]. Powody te zostały podane przez ponad ¾ respondentów narodowości czeczeńskiej, inguskiej i dagestańskiej. 17% respondentów z tej grupy (n=10) wyjechało, by zapewnić lepszą przyszłość swoim dzieciom. Z kolei najwięcej nieudokumentowanych respondentów (znów niezależnie od płci) zadeklarowało, że do migracji nakłoniły ich powody ekonomiczne (69% respondentów z tej grupy, n=35, 73% Ukraińców o nieuregulowanym statusie, n=18). Prawie co czwarty respondent podjął decyzję o migracji, aby zapewnić lepszą przyszłość swoim dzieciom (odsetek ten wyniósł 40% wśród Ukraińców). Powody te mogą być związane z sytuacją (częstą szczególnie wśród Ukraińców), gdy migranci zostawiają w kraju pochodzenia rodziny, by przekazywać z Polski pieniądze na ich utrzymanie. 29% nieudokumentowanych migrantów biorących udział w badaniu (n=15) opuściło swój kraj pochodzenia, by podjąć studia.

5. Warunki życia w Polsce

5.1. Sieci rodzinne i społeczne

5.1.1. Sytuacja rodzinna

47% wszystkich respondentów (n=51) zadeklarowało posiadanie dzieci. Rodzicami częściej były osoby, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy (53% respondentów z tej grupy, n=31), niż nieudokumentowani migranci (39% respondentów z tej grupy, n=20). Blisko 30% respondentów (n=14), którzy mieli dzieci, nie mieszkało z nimi (albo mieszkało jedynie z niektórymi z nich). Zdecydowanie częściej z dziećmi mieszkali w Polsce respondenci, którzy złożyli wiosek o nadanie statusu uchodźcy. W takiej sytuacji znajdowało się 87% respondentów z tej grupy (n=27), wobec jedynie 45% nieudokumentowanych migrantów (n=9). Można wytłumaczyć to częściowo tym, że decyzja o opuszczeniu kraju ojczystego w związku z panującą tam sytuacją jest zazwyczaj zbiorowa i dotyczy całej rodziny. Ponadto całe rodziny mają możliwość rozpoczęcia postępowania o nadanie statusu uchodźcy na podstawie jednego wniosku. Są

[66] Postępowanie o nadanie statusu uchodźcy ma potwierdzić prawdziwość powodów podawanych przez cudzoziemca we wniosku o nadanie statusu uchodźcy.

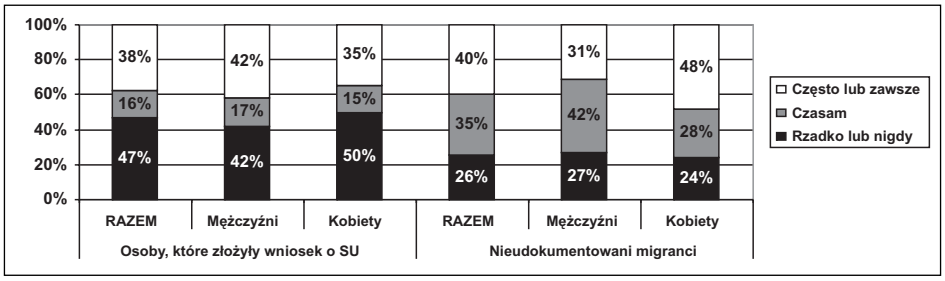
także wspólnie kwaterowane w ośrodku. Rodziny respondentów, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy, są zazwyczaj liczne – w połowie z nich jest troje lub więcej dzieci. Jest to zgodne z tradycyjnym modelem rodzinnym, spotykanym u niektórych grup narodowościowych, przede wszystkim narodów Północnego Kaukazu.

Odmienną charakterystykę ma grupa respondentów o nieuregulowanym statusie pobytu – posiadali oni zazwyczaj jedno lub dwoje dzieci. Analiza grup narodowościowych, do których należeli nieudokumentowani respondenci, pokazuje znaczne różnice w zakresie sytuacji rodzinnej. Ponad połowa badanych Ukraińców żyła w rozłące ze wszystkimi swoimi dziećmi albo częścią z nich. Wytłumaczyć to można m. in. tym, że obywatele Ukrainy, wśród których przeważają kobiety, przybywają do Polski często po to, by zabezpieczyć finansowo los swojej rodziny (w tym także dzieci), która została w kraju pochodzenia.

Z kolei 8 z 9 Wietnamczyków, którzy zadeklarowali się jako rodzice, żyło ze wszystkimi swoimi dziećmi w Polsce. Wiąże się to prawdopodobnie z faktem, iż migranci z Wietnamu zazwyczaj zakładają rodziny, przebywając już na terytorium Polski lub też przywożą rodziny ze sobą (ta strategia jest zdecydowanie trudniejsza do zrealizowania dla nieudokumentowanych migrantów). Dodatkowym czynnikiem mogącym mieć znaczenie, jeśli chodzi o zakładanie rodziny, jest różnica wieku pomiędzy Wietnamczykami i Ukraińcami biorącymi udział w badaniu. W związku z młodszym wiekiem, Wietnamczycy częściej niż ukraińscy respondenci mogli założyć rodziny już w Polsce, co sprawiło, że żyli wspólnie z nimi.

5.1.2. Wsparcie emocjonalne

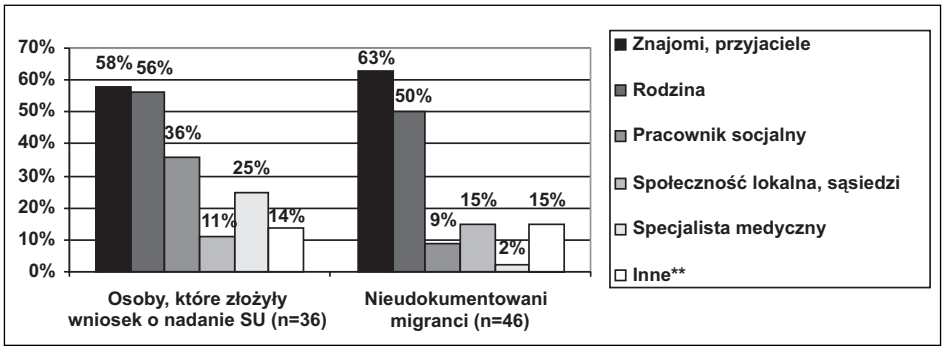
Wykres 2. Częstotliwość wsparcia emocjonalnego w razie potrzeby w odniesieniu do statusu pobytu i płci



Respondenci starający się o nadanie statusu uchodźcy często zgłaszali brak wsparcia emocjonalnego. Blisko połowa z nich stwierdziła, że na wsparcie emocjonalne, gdy odczuwa jego potrzebę, może liczyć rzadko bądź wcale. Podobnej odpowiedzi udzielił co czwarty spośród nieudokumentowanych respondentów.

Różnica między tymi dwiema grupami może z jednej strony wynikać z ciężkich doświadczeń osób, które poszukują ochrony międzynarodowej (np. doświadczenie wojny czy innych sytuacji konfliktu). Z drugiej strony, wpływ na odczuwanie możliwości wsparcia przez respondentów wsparcia emocjonalnego może mieć związek z czasem spędzonym przez nich w Polsce. Przeciętny migrant o nieuregulowanym statusie, który wziął udział w badaniu, przebywał w Polsce dłużej niż respondent, który złożył wniosek o nadanie statusu, w związku z czym być może miał okazję wytworzyć w Polsce nowe sieci wsparcia.

Wykres 3. Źródło wsparcia emocjonalnego w odniesieniu do respondentów, którzy mogli liczyć na wsparcie*



* Dane procentowe przedstawione na wykresie są skumulowane i nie sumują się do 100%, ponieważ w ankiecie była możliwość wybrania więcej niż jednej odpowiedzi. Dane procentowe odnoszą się do liczby respondentów należących do poszczególnych grup, którzy zadeklarowali, że mogą liczyć na emocjonalne wsparcie – niezależnie od częstości. Respondenci, którzy stwierdzili, że nie mogą liczyć na wsparcie tego rodzaju, zostali wyłączeni (n=27).
** Wśród odpowiedzi Inne (n=12) znalazły się: pracodawcy (n=5), członkowie religijnej wspólnoty niebędący pracownikami socjalnymi (n=3), pracownicy organizacji (n=3), oraz osoba/y będąca/e w kraju pochodzenia.

Respondenci z obydwu grup, którzy uznali, że mogą liczyć na wsparcie emocjonalne, deklarowali najczęściej, że otrzymują je od znajomych/przyjaciół (według 58% respondentów ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy i 63% nieudokumentowanych migrantów) lub rodziny (odpowiednio 56% i 50%). Ponadto osoby objęte postępowaniem o nadanie statusu uchodźcy powoływały się na możliwość uzyskania wsparcia od pracowników socjalnych[67] z prywatnych i publicznych instytucji, a także organizacji pozarządowych (36% respondentów z tej grupy). Dotyczy to prawdopodobnie w dużej mierze pracowników

[67] Niektórzy respondenci, wskazując tę odpowiedź, prawdopodobnie mogli mieć na myśli pracowników organizacji czy instytucji pomocowych, którzy formalnie nie mają uprawnień do wykonywania zawodu pracownika socjalnego.

zatrudnionych w każdym ośrodku, jak i pracowników organizacji pozarządowych, prowadzących programy wsparcia dla tej grupy cudzoziemców. Podobne wsparcie nie jest oferowane nieudokumentowanym migrantom w zorganizowanej formie, stąd też odsetek respondentów z tej grupy, który je wskazał, był zdecydowanie niższy (9%).

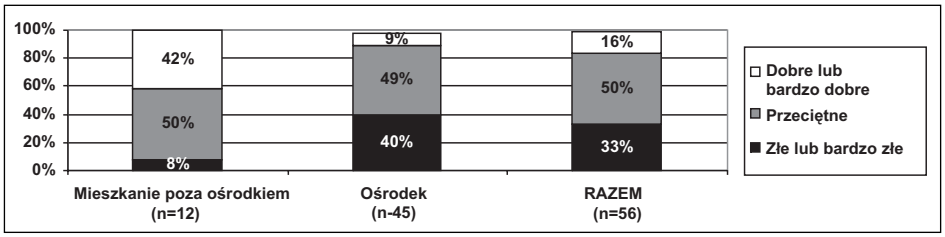
Co czwarty respondent ubiegający się o nadanie statusu uchodźcy, który mógł liczyć na jakiekolwiek wsparcie emocjonalne, powołał się na pomoc specjalisty medycznego (np. lekarza, psychologa). Choć wyniki te nie pozwalają wyciągać daleko idących wniosków na temat systemu opieki psychologicznej, to sugerują, że choć specjalista medyczny może być postrzegany jako osoba przynosząca wsparcie, opieka psychologiczna dla osób, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy nie odpowiada w obecnym kształcie ich potrzebom. Ta kwestia jednak zostanie omówiona bardziej szczegółowo w dalszej części raportu. Natomiast tylko jeden nieudokumentowany respondent wskazał specjalistę medycznego jako źródło wsparcia.

5.2. Zamieszkanie

5.2.1. Warunki mieszkaniowe

Spośród osób aplikujących o nadanie statusu uchodźcy 78% respondentów (n=45) mieszkało w ośrodkach dla uchodźców. Pozostałe (n=12) mieszkały poza ośrodkami, wynajmując mieszkanie lub pokój. W opinii respondentów warunki, w jakich mieszkali, nie były satysfakcjonujące. 84% z nich oceniło swoją sytuację mieszkaniową jako niestabilną i przejściową. W szczególności dotyczyło to osób mieszkających w ośrodkach, spośród których 91% podzielało tą ocenę. Odsetek podobnych odpowiedzi był mniejszy wśród osób mieszkających poza ośrodkiem (58%).

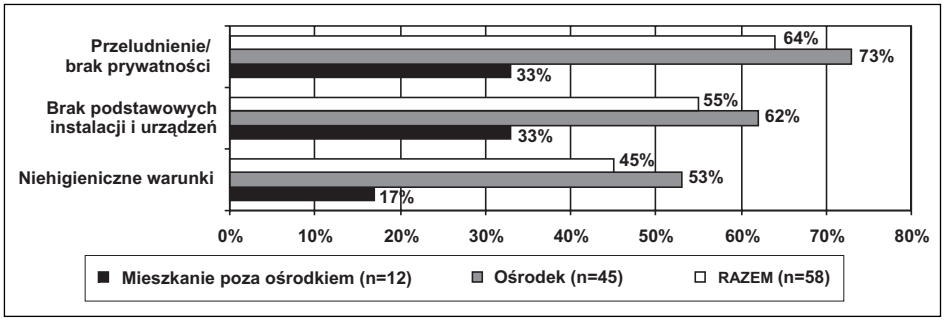
Wykres 4. Ogólna ocena warunków zamieszkania respondentów, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy w odniesieniu do miejsca zamieszkania



Odnosząc się do ogólnej oceny warunków zamieszkania, 40% (n=18) osób mieszkających w ośrodkach stwierdziło, że są one złe lub bardzo złe. Podobną opinię wyraziła zaledwie 1 osoba, która miała okazję wynajmować pokój/mieszkanie samodzielnie. Pokazuje to, że choć dla osób ubiegających się o ochronę międzynarodową znalezienie pokoju/mieszkania do wynajęcia przy niskiej kwocie przeznaczonej na zakwaterowanie poza ośrodkiem jest wyzwaniem, respondenci lepiej oceniają ten typ zamieszkania. Tylko 1 z 10 respondentów nie zgłosił żadnego problemu związanego z warunkami mieszkaniowymi.

Problemy wskazane przez respondentów w związku z zakwaterowaniem można zaliczyć do trzech kategorii: wynikające z przeludnienia i braku prywatności, dotyczące braku podstawowych instalacji i urządzeń (np. bieżącej wody, elektryczności, centralnego ogrzewania) oraz związane z niehigienicznymi warunkami i instalacjami stwarzającymi niebezpieczeństwo (np. grzyb na ścianie, brak dostępu do sprawnie działającej toalety i łazienki, niebezpieczna instalacja elektryczna). Należy przy tym wspomnieć, że respondenci zaznaczali zazwyczaj więcej niż jedną odpowiedź przyporządkowaną do danej kategorii (wówczas kilka odpowiedzi liczono jako jedną).

Wykres 5. Główne problemy związane z warunkami mieszkaniowymi respondentów, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy w odniesieniu do miejsca zamieszkania*



* Dane procentowe przedstawione na wykresie są skumulowane i nie sumują się do 100%, ponieważ możliwe było wybranie więcej niż jednej odpowiedzi. Dane procentowe odnoszą się do wszystkich respondentów, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy (n=58).

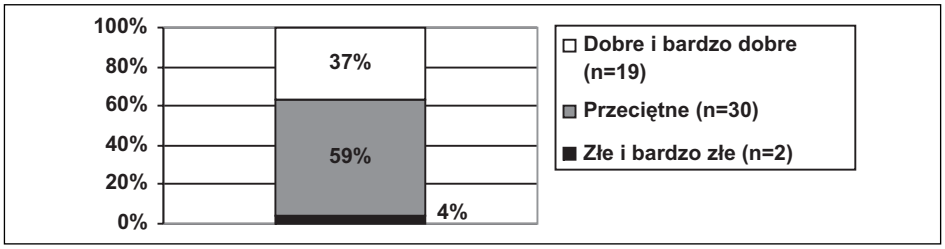
Problemy we wszystkich kategoriach były zgłaszane zdecydowanie częściej przez respondentów mieszkających w ośrodkach niż tych mieszkających poza nimi. Wśród warunków związanych z zamieszkaniem, które mogą mieć niekorzystny wpływ na zdrowie cudzoziemców, należy zwrócić uwagę na przelud-

nienie (co najmniej jedną z odpowiedzi przyporządkowanych do tej kategorii zaznaczyło blisko 75% respondentów zakwaterowanych w ośrodkach). 40% spośród osób mieszkających w ośrodkach zgłosiło brak dostępu do sprawnie funkcjonujących toalet i łazienek, a ponad połowa wspomniała o obecności w pokojach karaluchów czy innych insektów. Takie warunki mieszkaniowe panujące w obiektach zamieszkanych przez dużą liczbę osób nie tylko mają niekorzystny wpływ na standard życia, ale mogą się także przyczyniać do rozpowszechniania chorób[68].

Choć respondenci żyjący poza ośrodkiem postrzegali swoje warunki mieszkaniowe jako korzystniejsze, nadal 10 z 12 wymieniło co najmniej jeden problem, mogący mieć wpływ na stan zdrowia. Trzykrotnie zaznaczono kwestię braku centralnego ogrzewania, po dwa razy zwrócono uwagę na przeludnienie oraz brak prywatności.

Spośród nieudokumentowanych respondentów zdecydowana większość (78%, n=40) mieszkała w wynajmowanym mieszkaniu (lub pokoju). Ponad ¾ osób współdzieliło miejsce zamieszkania (przede wszystkim z przyjaciółmi/członkami społeczności migranckiej, partnerem i/lub dziećmi bądź innymi członkami rodziny). Ponadto 3 respondentów mieszkało u znajomych bądź rodziny bez ponoszenia opłat z tego tytułu, 5 respondentów mieszkało u swojego pracodawcy (z czego trzy osoby pracowały jako pomoce domowe, a dwie jako pracownicy budowlani, co oznacza, że prawdopodobnie mieszkali w zbiorowym lokalu z innymi pracownikami). Pozostałe dwie osoby mieszkały w akademikach.

Wykres 6. Ogólna ocena warunków zamieszkania nieudokumentowanych respondentów

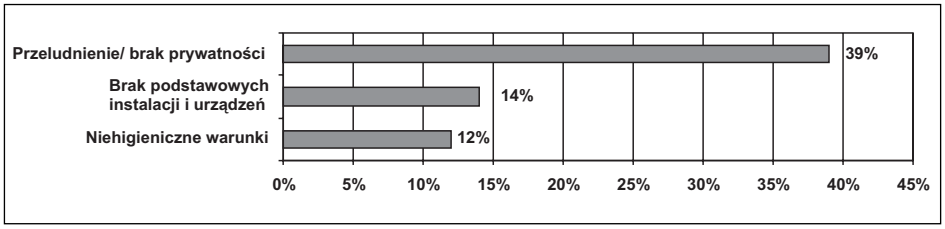


Większość nieudokumentowanych migrantów, którzy odpowiedzieli na to pytanie, stwierdziło, że ich sytuacja mieszkaniowa była niestabilna i tymczasowa (76% respondentów). Jednocześnie respondenci z tej grupy ocenili

[68] Na przykład w 2008 r. w ośrodku w Leonowie zarejestrowano wybuch epidemii żółtaczki: http://polskalokalna.pl/wiadomosci/lubelskie/lublin/news/kwarantanna-w-osrodku-dla-uchodzcow,1161879 (dostęp 14.12.2010 r.).

ogólne warunki mieszkaniowe jako dobre lub bardzo dobre (37% respondentów) bądź jako przeciętne (59%).

Wykres 7. Główne problemy związane z warunkami mieszkaniowymi nieudokumentowanych respondentów*

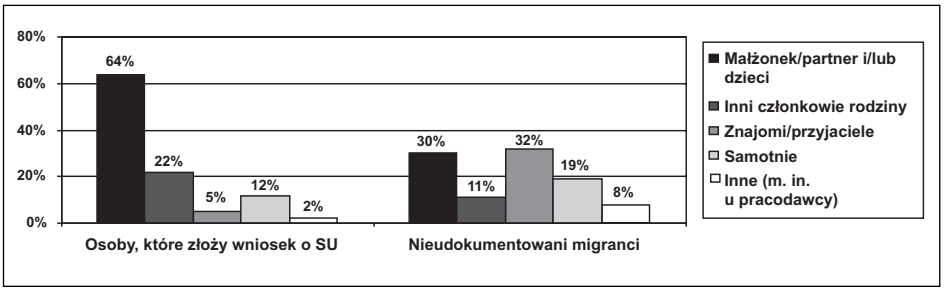


* Dane procentowe przedstawione na wykresie są skumulowane i nie sumują się do 100%, ponieważ możliwe było wybranie więcej niż jednej odpowiedzi. Dane procentowe odnoszą się do wszystkich nieudokumentowanych respondentów (n=51).

29% respondentów nie dostrzegło żadnych problemów związanych z zamieszkaniem, co w znacznym stopniu odróżnia ich od osób wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy. Problemami najczęściej wymienianymi przez respondentów były brak prywatności (wskazany przez 31% nieudokumentowanych respondentów) oraz przeludnienie (24%). Oba, jak zostało już wspomniane, wiążą się z ogólną ciężką sytuacją na rynku mieszkaniowym w zakresie wynajmu pokoi i mieszkań z niższego przedziału cenowego.

5.2.2. Współdzielenie mieszkania

Wykres 8. Współdzielenie miejsca zamieszkania w odniesieniu do statusu pobytu



* Dane procentowe przedstawione na wykresie nie sumują się do 100%, ponieważ możliwe było wybranie więcej niż jednej odpowiedzi. Dane procentowe odnoszą się do respondentów z danej grupy, którzy udzielili odpowiedzi na pytanie.

Większość respondentów ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy mieszkała ze swoją najbliższą rodziną – partnerem i/lub dziećmi (64% respondentów z tej grupy), co ma związek z opisaną powyżej sytuacją rodzinną migrantów należących do tej grupy. Wszystkie osoby objęte postępowaniem o nadanie statusu uchodźcy, które brały udział w badaniu i zadeklarowały, że posiadają małżonka/partnera, mieszkały razem z nim.

Zdecydowanie mniej nieudokumentowanych migrantów zadeklarowało mieszkanie ze swoimi bliskimi (30% respondentów z tej grupy). Jednocześnie więcej niż co piąty respondent, który miał partnera lub małżonka, nie mieszkał z nim, co wskazywać może na sytuację, że migranci należący do tej grupy zostawili rodziny w kraju pochodzenia. W takiej sytuacji, a także, żeby obniżyć koszty, respondenci decydowali się prawdopodobnie na mieszkanie ze znajomymi lub przyjaciółmi (ponad 30% respondentów z tej grupy). Współdzielenie mieszkania ze znajomymi może być też przykładem na działanie sieci migranckiej w sytuacji, gdy ciężko jest znaleźć pokój/mieszkanie, nie mając ważnych dokumentów oraz posiadając ograniczone środki.

5.3. Źródło dochodu i warunki pracy

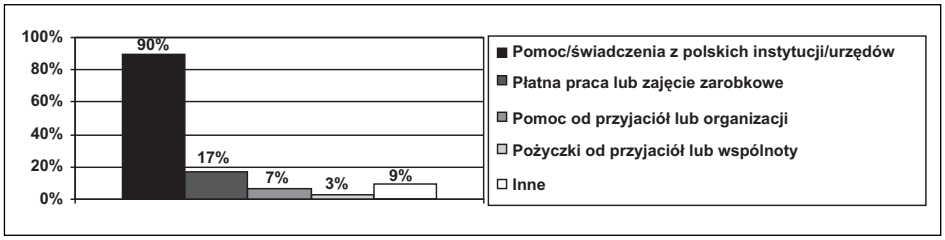
5.3.1. Źródło dochodu

90% respondentów ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy jako źródło swoich dochodów wskazało pomoc/świadczenia z polskich instytucji i urzędów (odsetek ten wyniósł 97% wśród kobiet). Zapewne chodzi tu o świadczenia przyznawane przez Urząd ds. Cudzoziemców. Dla większości osób z tej grupy (84%) świadczenia te były jedynym źródłem dochodu. 10 respondentów z tej grupy zadeklarowało wykonywanie płatnej pracy lub zajęcia zarobkowego – byli wśród nich zarówno mężczyźni, jak i kobiety. Niewielka liczba osób podejmujących się tego rodzaju zajęć wynika z ograniczeń prawnych, które zasadniczo nie zezwalają pracować[69] osobie ubiegającej się o ochronę międzynarodową. Dopuszcza się też możliwość, by cudzoziemiec mieszkający w ośrodku wykonywał drobne prace (np. pomoc tłumaczeniową ułatwiającą komunikację mieszkańców z pracownikami) – w takiej sytuacji może zostać podjęta decyzja o podwyższeniu wysokości miesięcznego świadczenia finansowego (z 50 do maksymalnie 100 złotych miesięcznie). Analiza innych wyników uzyskanych w badaniu pokazuje, że im dłużej osoba ubiegająca się o ochronę międzynaro-

[69] Wyjątkiem jest nieotrzymanie decyzji o nadaniu lub odmowie nadania statusu uchodźcy w I instancji przez Urząd ds. Cudzoziemców w ciągu 6 miesięcy od rozpoczęcia postepowania. Wówczas cudzoziemiec może (po otrzymaniu odpowiedniego zaświadczenia) podjąć legalną pracę, bez zezwolenia.

dową przebywa w Polsce, tym bardziej prawdopodobne jest, że znajdzie ona zatrudnienie: ci, którzy poinformowali o wykonywaniu płatnego zajęcia, przebywali w Polsce ponad 3 lata.

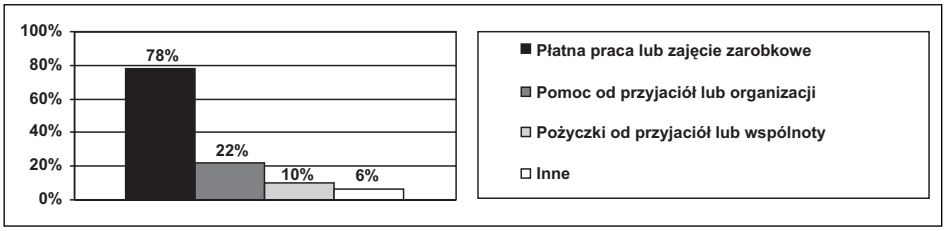
Wykres 9. Źródła dochodu respondentów, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy



* Dane procentowe przedstawione na wykresie są skumulowane i nie sumują się do 100%, ponieważ możliwe było wybranie więcej niż jednej odpowiedzi. Dane procentowe odnoszą się do wszystkich respondentów, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy (n=58).

Ponad ¾ nieudokumentowanych migrantów pracowało lub wykonywało jakieś zajęcie zarobkowe. Jest to zgodne z ekonomicznymi powodami migracji podawanymi przez większość respondentów z tej grupy (szczególnie w przypadku osób pochodzących z krajów byłego ZSRR).

Wykres 10. Źródła dochodów nieudokumentowanych respondentów



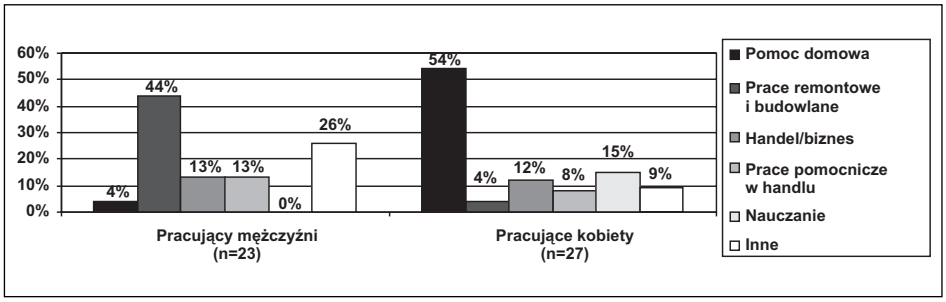
* Dane procentowe przedstawione na wykresie są skumulowane i nie sumują się do 100%, ponieważ możliwe było wybranie więcej niż jednej odpowiedzi. Dane procentowe odnoszą się do wszystkich nieudokumentowanych respondentów (n=51).

5.3.2. Sektor zatrudnienia

Biorąc pod uwagę niewielką liczbę respondentów wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy, którzy wykonywali pracę lub inne zajęcia zarobkowe (n=10), poniżej zostaną opisane łącznie wyniki odnośnie wszystkich pracujących respon-

dentów (n=50). Różnica związana z odmiennym statusem respondentów zostanie uwzględniona w przypadkach, gdy będzie znacząca dla wyników badania.

Wykres 11. Sektor zatrudnienia w odniesieniu do płci*



* Dane procentowe przedstawione na wykresie są skumulowane i nie sumują się do 100%, ponieważ możliwe było wybranie więcej niż jednej odpowiedzi. Dane procentowe odnoszą się do wszystkich respondentów pracujących, którzy udzielili odpowiedzi na pytanie (n=50).

Sektor zatrudnienia związany jest w większym stopniu z płcią respondenta, niż jego statusem pobytu. Ponad połowa kobiet, które wzięły udział w badaniu, pracowała w sektorze pomocy domowej (np. sprzątanie, opieka nad dziećmi i osobami chorymi), podczas gdy mężczyźni częściej znajdowali zajęcie zarobkowe w sektorze usług budowlanych i remontowo-budowlanych (44% mężczyzn, którzy odpowiedzieli na pytanie).

Dodatkowych informacji dostarcza analiza wyników z uwzględnieniem kraju pochodzenia. Wszystkie pracujące Ukrainki (n=13) znalazły zatrudnienie w sektorze pomocy domowej. Praca ta jest wykonywana zazwyczaj w prywatnych domach/mieszkaniach za ustaloną z góry kwotę. Najczęściej kobiety mają kilku stałych pracodawców, u których sprzątają niekiedy przez wiele lat. Zdarza się też, że osoby pracujące w sektorze pomocy domowej mieszkają u swojego pracodawcy, opiekując się domem czy często dzieckiem/dziećmi bądź starszą lub schorowaną osobą. Trzy nieudokumentowane respondentki mieszkały u pracodawcy[70]. Z kolei 9 z 10 pracujących mężczyzn pochodzących z Ukrainy wykonywało prace remontowo-budowlane. Zazwyczaj są to drobne prace (m. in. na budowach), niewymagające wysokich kwalifikacji.

[70] Więcej na temat warunków pracy migrantek z Ukrainy pracujących w sektorze pomocy domowej zob. M. Kindler, *The relationship to the employer in migrant's eyes: the domestic work Ukrainian migrant women in Warsaw*, „Cahiers de l'Urmis", czerwiec 2009, nr 12, http://urmis.revues.org/index853.html.

Większość Wietnamczyków, którzy odpowiedzieli na to pytanie (n=10), pracowało w handlu lub biznesie, w tym wykonując także drobne prace w zawodach pomocniczych (np. tragarz, kierowca). Dotyczyło to zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Jest to zgodne z charakterystyką społeczności wietnamskiej w Polsce, której aktywność zarobkowa koncentruje się głównie w dwóch sektorach gospodarki, a mianowicie w handlu i gastronomii. Co więcej, specyfika działalności handlowej Wietnamczyków polega m. in. na tym, że właściciele punktów handlowych czy hurtownicy to przeważnie migranci dłużej przebywający w Polsce, z uregulowaną sytuacją pobytu, podczas gdy zatrudniani przez nich pracownicy, wykonujący mniej odpowiedzialne, gorzej płatne i często pomocnicze zadania w handlu, to czasem nieudokumentowani migranci. Dostępność odpłatnych zajęć w handlu jest dosyć duża, co wynika z koncentracji działalności handlowej w ramach większych centrów, jak np. centrum w podwarszawskiej Wólce Kosowskiej[71].

Czworo respondentów pochodzących z krajów afrykańskich pracowało jako nauczyciele języka angielskiego. Wszyscy pochodzili z krajów, gdzie angielski jest językiem urzędowym. W wypadku migrantów, zwłaszcza o nieuregulowanym statusie pobytu, nauczanie języka przybiera zazwyczaj formę indywidualnych lekcji prywatnych.

5.3.3. Poczucie stabilności i warunki pracy

72% pracujących respondentów (n=36) z obydwu grup migranckich oceniło swoją sytuację związaną z pracą jako niestabilną. Kwestia ta ulega zróżnicowaniu, jeśli uwzględni się sektor zatrudnienia. 91% respondentów z sektora handlu i biznesu (n=10) oraz z sektora budowlanego (n=10) określiło swoją pracę jako niestabilną. Prace w tych sektorach były wykonywane najczęściej przez Wietnamczyków i Ukraińców.

Z drugiej strony, pracownicy sektora pomocy domowej (n=15), reprezentowani głównie wśród respondentek pochodzących z Ukrainy, najczęściej, na tle innych sektorów, postrzegali swoją pracę jako stabilną. Mimo to jednak 8 osób z tej grupy uznało swoje zatrudnienie za tymczasowe.

[71] I. Mroczek, M. Szulecka, E. Tulińska, *Wólka Kosowska jako miejsce skupiające aktywność ekonomiczną Wietnamczyków*, w: A. Grzymała–Kazłowska (red.), *Między wielością a jednością. Integracja odmiennych grup i kategorii migrantów w Polsce,* OBM UW, Warszawa 2008, str. 165 -196.

Tabela 3. Warunki pracy (długość pracy) w odniesieniu do długości czasu pracy*

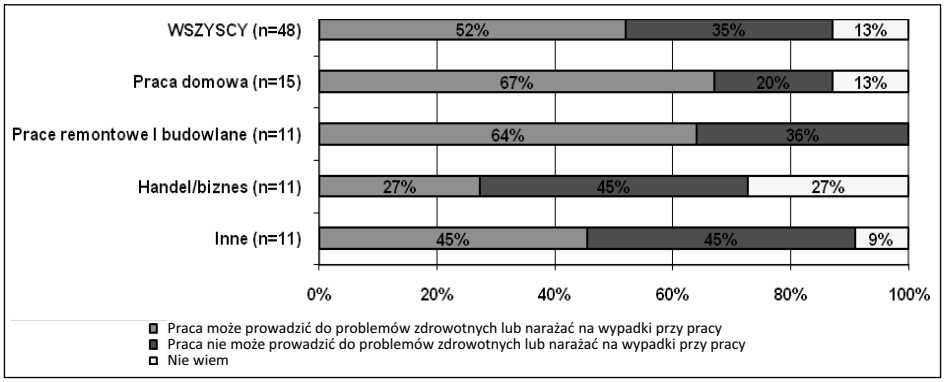
Dni pracy/tydzień / Ilość godzin pracy/dzień	Praca 5 dni w tygodniu lub mniej	6-7 dni pracy w tygodniu	RAZEM
9 godzin pracy dziennie lub mniej	25%	23%	48%
10-11 godzin pracy dziennie	4%	36%	40%
12 lub więcej godzin pracy dziennie	2%	10%	12%
RAZEM	31%	69%	100%

* Dane procentowe odnoszą się do wszystkich respondentów pracujących, którzy udzielili odpowiedzi na pytanie (n=48).

Należy zauważyć, że respondenci, którzy podejmowali zatrudnienie, pracowali w trudnych warunkach. Niemal 70% z nich deklarowało, iż pracują przez 6 lub 7 dni w tygodniu. ⅔ z nich wykonywało pracę dłużej niż 10 godzin dziennie. W sumie niemalże połowa pracujących respondentów (n=22) pracowała 6 lub 7 dni w tygodniu i jednocześnie ponad 10 godzin dziennie. Wśród nich największą grupę stanowili nieudokumentowani migranci (n=20), co pozwala sądzić, że nieuregulowany status wiąże się z cięższymi warunkami pracy, wynikającymi np. z braku możliwości podpisania umowy z pracodawcą i wiążącą się z nią ochroną pracownika.

Opisywane wyżej warunki zatrudnienia mogą narażać migrantów na wypadki przy pracy, co może być szczególnie niebezpieczne w przypadku sektora budowlanego: większość respondentów podejmujących prace budowlane (n=7) pracowała 6-7 dni w tygodniu, a jednocześnie dłużej niż 10 godzin dziennie. Ponadto wszystkie osoby zatrudnione w tym sektorze, które pracowały 5 dni w tygodniu, wykonywały swoje obowiązki 10 godzin dziennie lub dłużej.

Wykres 12. Bezpieczeństwo pracy w odniesieniu do sektora zatrudnienia



Intensywną pracę – wykonywaną ponad 5 dni w tygodniu, a jednocześnie dłużej niż 10 godzin dziennie – zadeklarowali także respondenci zatrudnieni w sektorze pomocy domowej (n=6) oraz respondenci zatrudnieni w handlu (n=8).

Trudne warunki pracy sprawiły, że ponad połowa wszystkich pracujących respondentów uznała, że ich praca może prowadzić do problemów zdrowotnych lub naraża ich na wypadki przy pracy. Pracownicy sektora pomocy domowej oraz budowlanego, stanowiący najbardziej liczną grupę wśród pracujących respondentów, najczęściej oceniali, że warunki, w jakich pracują mogą mieć niekorzystny wpływ na ich zdrowie (odpowiednio 10 i 7 respondentów pracujących w tych sektorach). Niemal połowa osób pracujących w handlu i biznesie (5 z 11 respondentów) oceniła warunki pracy jako bezpieczne, ale ciągle co czwarta z nich uznała, że warunki, w jakich pracuje, mogą szkodzić jej zdrowiu.

6. Stan zdrowia i dostęp do służby zdrowia

6.1. Stan zdrowia respondentów w ich ocenie

Przedstawione poniżej wyniki opierają się na samodzielnej ocenie respondentów ich stanu zdrowia. Jest to wskaźnik subiektywny, jednak większość badań wykazuje zależność (choć niekoniecznie na poziomie indywidualnym) pomiędzy odczuciami badanych w tym zakresie a obiektywnymi, medycznymi wskaźnikami. Stosowanie tej metody pozwala zatem wyciągać wnioski na temat stanu zdrowia badanej populacji ogółem[72].

6.1.1. Ocena kondycji zdrowotnej osób ubiegających się o ochronę międzynarodową

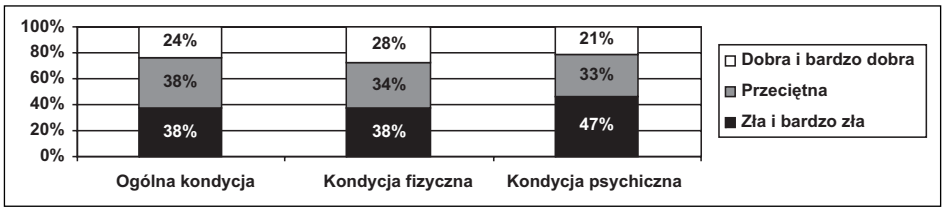
Ocena stanu zdrowia przedstawiona przez respondentów wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy jest niepokojąca. 38% respondentów z tej grupy (n=22) oceniło swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły, zarówno w odniesieniu do ogólnej, jak i fizycznej kondycji zdrowotnej. Dla porównania, zgodnie z danymi Eurostat w 2008 roku 16% Polaków oceniało swój stan zdrowia w ten sposób[73]. Kobiety wnioskujące o status uchodźcy gorzej niż mężczyźni postrzegały stan swojego zdrowia – 44% z nich (n=15) uznało, że jest on zły lub bardzo zły. Wśród mężczyzn odsetek ten wyniósł blisko 30% (n=7). Choć może być

[72] G.A. Kaplan, D.E. Goldberg , S.A. Everson i in., *The perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study*, „Epidemiology", 1996, nr 25, str. 259-265; K.B. DeSalvo, N. Bloser, K. Reynolds., J. He, P. Muntner, *Mortality prediction with a single general self-rated health question a meta-analysis*, *„General Internal Medicine"*, 2005, nr 21, str. 267-275.

[73] http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/serch_database.

to częściowo związane z faktem, że przeciętna kobieta biorąca udział w badaniu jest starsza od mężczyzny, także młodsi respondenci oceniają ogółem swój stan zdrowia jako niezadowalający – blisko 30% badanych poniżej 35 roku życia uznało swoją kondycję zdrowotną za złą lub bardzo złą.

Wykres 13. Stan zdrowia w ocenie respondentów, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy*



* Dane procentowe odnoszą się do wszystkich respondentów, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy (n=58)

Badania medyczne prowadzone w Polsce potwierdzają odczucia osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy[74]. Jak zauważył Koordynator Zespołu ds. Świadczeń Medycznych dla Osób Ubiegających się o Nadanie Statusu Uchodźcy, zły stan zdrowia jest przede wszystkim spowodowany brakami w procesie diagnozy i leczenia w kraju pochodzenia oraz chorobami nieleczonymi wcześniej[75]. Stan ten mogą dodatkowo pogłębiać ciężkie przeżycia (zarówno związane z sytuacją konfliktu i wojny, jak i samymi doświadczeniami migracyjnymi) rzutujące na stan zdrowia. Elementem utrudniającym leczenie jest także brak wcześniejszej dokumentacji medycznej[76], co zdarza się często.

[74] W latach 2004-2005 Polska Misja Medyczna (PMM) przeprowadziła badania wśród tej grupy migrantów w Polsce. Raport podsumowujący ich wyniki podaje, że 375 osobom ubiegającym się o nadanie statusu uchodźcy, które zostały przebadane w ramach projektu badawczego PMM, postawiono łącznie 488 diagnoz. Nawet biorąc pod uwagę, że od tej pory wprowadzono rozwiązania, mające poprawić opiekę zdrowotną dla tej grupy migrantów w Polsce (np. obowiązkowe filtry epidemiologiczne), a także to, że kondycja zdrowotna tej grupy cudzoziemców mogła się zmienić, dane te wskazują na pewne wyzwania związane ze stanem zdrowia osób, które składają wniosek o nadanie statusu uchodźcy. *Raport oceniający stan zdrowia obcokrajowców przebywających w ośrodkach pobytowych Urzędu ds. Repatriacji i Cudzoziemców oraz ich dostęp do diagnostyki i leczenia. Propozycje zmian organizacji opieki zdrowotnej nad obcokrajowcami w ośrodkach,* Polska Misja Medyczna, Warszawa 2005. Raport dostępny na stronie www.pmm.org.pl.

[75] A. Tołkacz, *Program Opieki Medycznej dla cudzoziemców na terenie Polski*, w: E. Wrońska (red.), *Księga ubogich*. *IX Konwencja Ruchu przeciw Bezradności Społecznej, Warszawa, 17 października 2009 roku,* Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2009; http://gospodarkaspoleczna.pl/pliki/badania/inne/Ksiega_Ubogich_2009.pdf, str. 694.

[76] Rozmowa z Zofią Lewińską i Zbigniewem Jesieniem, *Refugee.pl*, Polskie wydanie 5/2007 http://refugee.pl/cms/site.files/File/numery%20archiwalne%20refugee/5_GAZETA-ANG.pdf (dostęp 12.12.2010 r.).

Ocena respondentów stanu ich zdrowia psychicznego jest jeszcze bardziej krytyczna niż ta odnosząca się do zdrowia ogólnego i fizycznego. Blisko połowa respondentów wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy (n=27) odczuwała, że znajduje się w złym lub bardzo złym stanie psychicznym (17 kobiet i 10 mężczyzn). Jedynie 1 z 5 respondentów uznał, że jego stan zdrowia psychicznego jest dobry lub bardzo dobry. Sytuacja ta może być spowodowana ciężkimi doświadczeniami osób wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy. Wiele z nich znajdowało się w sytuacjach wojny lub konfliktu, niektóre doświadczyły prześladowań i przemocy, co odcisnęło piętno na ich psychice. W literaturze konsekwencje zdrowotne zjawiska uchodźstwa są szeroko opisane[77]. Wśród najczęściej obserwowanych symptomów wśród tej grupy cudzoziemców występują: zespół stresu pourazowego (ang. *Post-Traumatic Stress Disorder* – PTSD), depresja, zaburzenia snu, zaburzenia somatyczne. Ponadto na stan zdrowia osób wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy mogą mieć wpływ dodatkowe czynniki, na których działanie migranci są narażeni w nowym kraju (podczas oczekiwania na decyzję w swojej sprawie, jak i w późniejszym okresie): szok akulturacyjny i stres, ale także złe warunki życia, brak poczucia sprawczości itp.

Wpływ warunków życia na stan zdrowia zdają się potwierdzać wyniki przeprowadzonego badania. Połowa respondentów mieszkających w ośrodkach, którzy w większości nie byli usatysfakcjonowani warunkami w nich panującymi, stan swojego zdrowia psychicznego oceniła jako zły lub bardzo zły (n=23), podczas gdy wśród osób mieszkających poza ośrodkiem uważał tak co czwarty respondent (n=3). Niepokojący jest brak wsparcia odczuwany przez osoby oceniające swój stan zdrowia negatywnie. Blisko połowa z nich (n=13) stwierdziła, że w razie potrzeby na wsparcie emocjonalne może liczyć: nigdy, prawie nigdy lub rzadko. Na niskim poziomie pozostaje też dostęp do profesjonalnej pomocy medycznej, która mogłaby mieć pozytywny wpływ na kondycję psychiczną osób ubiegających się o ochronę międzynarodową. Jedynie 4 respondentów oceniających swoje zdrowie psychiczne jako złe lub bardzo złe uznało, że mogą

[77] Zob.: M. Piegat-Kaczmarczyk, Z. Rejmer-Ronowicz, B. Smoter, E. Kownacka, *Podejście wielokulturowe w doradztwie zwodowym. Praktyczny poradnik dla doradcy zawodowego pracującego z klientem odmiennym kulturowo*, Warszawa 2007; A. Bernacka-Langier i in., *Inny w polskiej szkole. Poradnik dla nauczycieli pracujących z uczniami cudzoziemskimi*, Warszawa 2010; R. Tribe, *Mental health of refugees and asylum-seekers, Advances in Psychiatric Treatment*, 2002, 8, str. 240-247, http://apt.rcpsych.org/cgi/content/full/8/4/240#SEC4 (dostęp 09.12.2010 r.); A. Ager, *Mental Health Issues in Refugee Populations: A Review*, „Working paper of the Harvard Center for the Study of Culture and Medicine", Cambridge 1993, http://repository.forcedmigration.org/pdf/?pid=fmo:1082 (dostęp 09.12.2010 r.); World Health Organization, *Mental health of refugees, internally displaced persons and other populations affected by conflict*, Geneva: WHO: http://www.who.int/hac/techguidance/pht/mental_health_refugees/en/ (dostęp 09.12.2010 r.). Patrz także w rozdziale: H. Grzymała-Moszczyńska, *Uchodźcy jako wyzwanie dla polskiego systemu opieki zdrowotnej*, str. 143 i nast.

liczyć na wsparcie profesjonalisty. Odpowiedzi respondentów mogą być zarówno spowodowane niską dostępnością tego typu usług, jak również przeświadczeniem respondentów o ich niskiej jakości.

W Polsce dostęp do pomocy psychologicznej dla osób wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy jest ograniczony. Brakuje przede wszystkim specjalistów medycznych (tj. psychologów, psychiatrów, ale także lekarzy innych specjalizacji), którzy posiadaliby wiedzę i kompetencje w zakresie zjawisk związanych z uchodźstwem i międzykulturowością oraz ich specyficznymi konsekwencjami zdrowotnymi. Przez to dostęp do opieki psychologicznej oferowanej w ośrodkach nie zawsze jest dostosowany do potrzeb grupy docelowej i jej specyficznych problemów. Z kolei organizacje pozarządowe rzadko świadczą takie usługi – zazwyczaj robią to na zasadzie projektowej, która uniemożliwia wprowadzenie stałego programu wsparcia psychologicznego dla aplikujących o status uchodźcy.

W 2009 roku w 20 ośrodkach dla cudzoziemców starających się o nadanie statusu uchodźcy było zatrudnionych 5 psychologów. W ciągu 2008 roku przeprowadzono jedynie 2972 konsultacje psychologiczne i 186 konsultacji psychiatrycznych na 6500 osób objętych w tym czasie postępowaniem o nadanie statusu uchodźcy (oznacza to statystycznie jedną konsultację psychologiczną na 2 lata i dostęp do konsultacji psychiatrycznej dla mniej niż 2% cudzoziemców)[78]. Brakowało także długofalowych programów wsparcia oferowanych tej grupie cudzoziemców. Także sami przedstawiciele instytucji publicznych odpowiedzialnych za prowadzenie ośrodków i zapewnienie dostępu do świadczeń medycznych potwierdzają potrzebę włączenia stałej i kompleksowej opieki psychologicznej i psychiatrycznej do programu ochrony zdrowia dla osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy[79].

Analizując dostęp osób wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy do pomocy psychologicznej, należy wspomnieć o sytuacji cudzoziemców znajdujących się w ośrodkach strzeżonych, gdzie jest on jeszcze bardziej ograniczony[80]:

> *W Belgii spotkałem się z psychiatrą (…), który zdiagnozował u mnie PTSD. Dostałem dobre lekarstwa, które pozwalały mi zasnąć i pomagały na silne bóle głowy. (…) Wkrótce trafiłem jednak do aresztu. (…) Po interwencji mo-*

[78] Fundacja Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna, *op. cit.*, str. 8.

[79] „[Jedną z dobrych praktyk skierowanych do osób objętych postępowaniem o nadanie statusu uchodźcy jest] pomoc psychologiczna odpowiadająca na jedną z najbardziej palących potrzeb zgłaszanych przez cudzoziemców. Wsparcie psychologiczne ma wartość terapeutyczną oraz motywującą dla osób funkcjonujących od niedawna w nowej rzeczywistości" – Sz. Hajduk, *Informacje dotyczące systemu ośrodków dla cudzoziemców ubiegających się* o *nadanie statusu uchodźcy,* w: Księga ubogich*, op. cit.,* str. 69; zob. także: dr Adam Tołkacz, *ibid.,* str. 696.

[80] Więcej na ten temat w zakresie stanu pomocy psychologicznej w polskich ośrodkach strzeżonych patrz w rozdziale: D. Cegiełka, A. Chrzanowska, W. Klaus, K. Wencel, *Przestrzeganie praw cudzoziemców umieszczonych w ośrodkach strzeżonych. Raport z monitoringu*, str. 185 i nast.

jego psychologa, wypuścili mnie z zamknięcia. (…) Kiedy byłem przenoszony do Polski, polska Straż Graniczna asystowała mi w kwestiach medycznych, ponieważ byłem posiniaczony – później skontaktowali się ze szpitalem psychiatrycznym i zostałem tam umieszczony. Chciałem się stamtąd jak najszybciej wydostać, bo byłem zamknięty z tymi wszystkimi chorymi ludźmi i bałem się ich. Wszyscy lekarze byli mili, ale nie mogliśmy się porozumieć z powodu braku tłumacza. (…) Lekarze w szpitalu powiedzieli, że lekarstwa przepisane mi w Belgii nie były właściwe i dali mi inne leki. Ale one nie pomagały, kiedy miałem okropne bóle głowy, problemy ze snem i koszmary. Kiedy wyszedłem ze szpitala, ani razu nie miałem okazji spotkać się z psychologiem albo psychiatrą[81]*. Na szczęście mój przyjaciel z Belgii, który także miał zdiagnozowane PTSD i był na tych samych lekarstwach, podzielił się nimi ze mną, przysyłając je pocztą.*

(mężczyzna ubiegający się o nadanie statusu uchodźcy, 26 lat, Inguszetia[82])

6.1.2. Ocena kondycji zdrowotnej nieudokumentowanych migrantów

Nieudokumentowani migranci rzadziej niż respondenci wnioskujący o nadanie statusu uchodźcy oceniali swoje zdrowie jako złe i bardzo złe (6 badanych z tej grupy w odniesieniu do ogólnej kondycji, a 4 osoby – w zakresie do zdrowia fizycznego). Różnice zaistniałe pomiędzy tymi grupami mogą w pewnym stopniu wyjaśnić powody migracji ich przedstawicieli. W przypadku nieudokumentowanych migrantów główną motywacją do wyjazdu były kwestie ekonomiczne. Można się zatem odnieść do teorii „selektywności w migracji"[83], która sugeruje że przede wszystkim najsilniejsze i najzdrowsze osoby będą skłonne opuścić swój kraj (jeśli nie skłaniają ich do tego obiektywne przyczyny). Nadal jednak niewielki odsetek migrantów z tej grupy ocenia ogólny stan swojego zdrowia jako dobry lub bardzo dobry (45% respondentów, tj. n=23)[84].

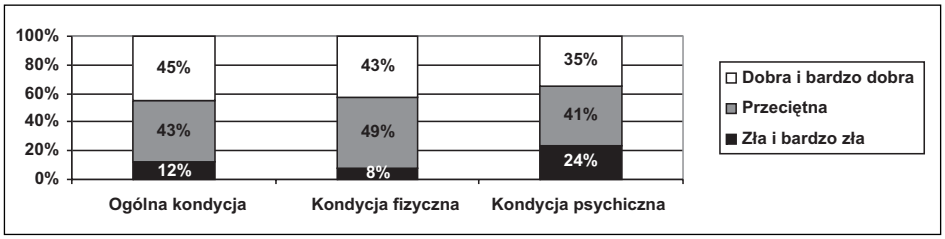
[81] W dokumentacji medycznej respondenta została zapisana rekomendacja, aby był pod dzienną opieką tych specjalistów – przyp. osoby prowadzącej wywiad.

[82] Wszystkie cytowane wypowiedzi cudzoziemców zostały zebrane w trakcie badań w ramach wywiadów jakościowych (więcej na ten temat – patrz uwagi metodologiczne na początku niniejszego rozdziału). Dane respondentów zostały zmienione.

[83] F. Jusot, J. Silva, P. Dourgnon, C. Sermet, *Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effets des conditions de vie ou sélection à la migration?*, „Revue économique" 2009, nr 60 (2), str. 385-411.

[84] Dla porównania, zgodnie z danymi Eurostat wśród Polaków w 2008 r. odsetek ten wyniósł 58%.

Wykres 14. Stan zdrowia w ocenie nieudokumentowanych respondentów*



* Dane procentowe odnoszą się do wszystkich nieudokumentowanych respondentów (n=51).

Także w tej grupie respondentów kobiety oceniały swoje zdrowie gorzej niż mężczyźni. Około ⅓ z nich (n=9) stwierdziła, że ich kondycja zdrowotna jest zła lub bardzo zła. Podobnie jak w przypadku respondentów wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy, różnicę tę można po części wytłumaczyć faktem, iż kobiety objęte próbą są starsze niż mężczyźni.

Podobnie jak respondenci ubiegający się o ochronę międzynarodową, nieudokumentowani migranci najgorzej oceniali swoje zdrowie psychiczne. Blisko ¼ z nich (n=12) uznała, że ich kondycja psychiczna jest zła lub bardzo zła (nie było znaczących różnic między kobietami i mężczyznami). Przyczyny złego samopoczucia można wytłumaczyć opisanym już wcześniej zjawiskiem rozłąki migracyjnej. Potęguje je fakt, że jako osoby bez dokumentów uprawniających do pobytu na terytorium Polski nieudokumentowani migranci nie mogą też swobodnie podróżować przez granicę, muszą prosić osoby trzecie o ewentualne pośrednictwo w załatwianiu formalności związanych z przyjazdem członków ich rodzin. Ponadto warto zauważyć, że 4 respondentów oceniających negatywnie lub bardzo negatywnie swoje zdrowie psychiczne stwierdziło, iż w razie potrzeby może rzadko liczyć na wsparcie emocjonalne. Żadna z tych osób nie wskazała wsparcia specjalisty[85], co jest spowodowane prawdopodobnie tym, iż nieudokumentowani migranci nie mają dostępu do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych (w tym psychologicznych), a decyzja o korzystaniu z porad psychologa bądź też psychiatry wiąże się ze znacznymi wydatkami.

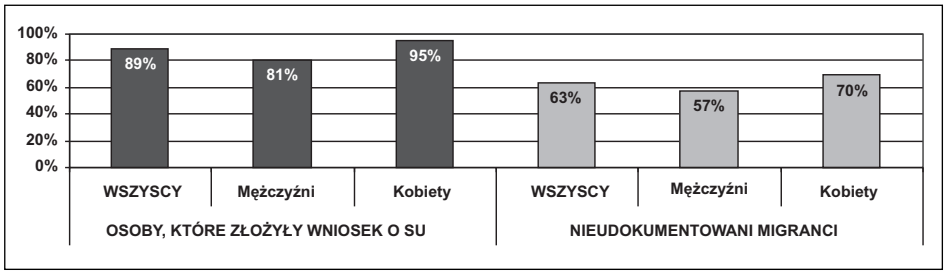
> *Mój partner, który także ma nieuregulowany pobyt, miał poważne załamanie. Przeżył wypadek samochodowy, był zdruzgotany. (…) Chodzimy do prywatnego lekarza, jeśli nas stać, jeśli możemy sobie pozwolić finansowo. Wtedy [mój partner] bierze lekarstwa i od razu widać rezultaty. (…) Nie próbowaliśmy dostać się do publicznego psychiatry, bo wiemy, że albo nie zostaniemy przyjęci, albo będziemy musieli długo czekać.*
> (kobieta o nieuregulowanym statusie pobytu, 42 lata, Ukraina)

[85] Więcej na temat wsparcia emocjonalnego znajduje się na str. 68-70.

6.2. Pomoc w dostępie do opieki zdrowotnej

Blisko 90% respondentów z grupy osób wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy (n=33) oraz ponad 60% respondentów o nieuregulowanym statusie (n=27), którzy odpowiedzieli na to pytanie, zadeklarowało, że w razie potrzeby mogło liczyć na pomoc innej osoby w dostępie do opieki medycznej. Mężczyźni rzadziej od kobiet wspominali o istnieniu tego rodzaju wsparcia.

Wykres 15. Wsparcie innej osoby w dostępie do opieki zdrowotnej w odniesieniu do statusu pobytu i płci*



* Dane procentowe odnoszą się do respondentów, którzy odpowiedzieli na to pytanie (37 osób, które złożyło wniosek o nadanie statusu uchodźcy, oraz 43 nieudokumentowanych migrantów).

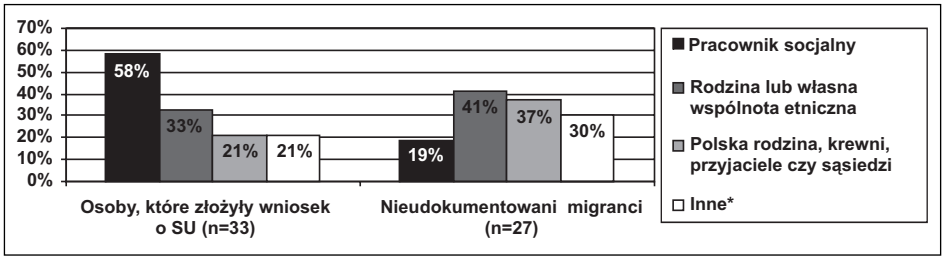
Ponad połowa badanych wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy, którzy mogli liczyć na pomoc w dostępie do opieki zdrowotnej (n=19), jako jej źródło wskazała pracowników socjalnych. O wsparciu z ich strony częściej mówiły kobiety niż mężczyźni. Także pięciu nieudokumentowanych respondentów uważało, że może szukać pomocy wśród pracowników socjalnych[86].

Po 11 osób z obu grup respondentów wskazało na swoją rodzinę i własną wspólnotę etniczną jako źródła pomocy w dostępie do opieki zdrowotnej. Nieznacznie większa liczba nieudokumentowanych respondentów (n=10) niż osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (n=7) uznała, że w razie potrzeby może uzyskać wsparcie od polskiej rodziny, krewnych, przyjaciół lub sąsiadów. Wsparcie takie wynikać może m. in. z faktu założenia rodziny z polskim obywatelem, lub też nawiązania kontaktów/przyjaźni z przedstawicielami polskiego społeczeństwa, co w przypadku niektórych narodowości może być ułatwione

[86] W tej grupie znajdują się prawdopodobnie zarówno pracownicy socjalni zatrudnieni w ośrodkach dla osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy, jak i pracownicy organizacji pozarządowych, oferujący wsparcie migrantom o różnym statusie. Tłumaczyłoby to sytuację, dlaczego nieudokumentowani migranci wskazywali ten rodzaj wsparcia, choć w Polsce nie istnieją programy opieki socjalnej dla tej grupy , a „pracownik socjalny" jest terminem ściśle określonym w prawie. Zob. przyp. 34.

z powodu bliskości kulturowej i językowej (wśród 10 nieudokumentowanych respondentów, którzy wskazali Polaków jako źródło pomocy w dostępie do opieki zdrowotnej 6 pochodziło z Ukrainy).

Wykres 16. Źródło wsparcia w dostępie do opieki zdrowotnej osób, które mogły liczyć na pomoc w tym zakresie w odniesieniu do statusu administracyjnego*



* W opcji „Inne" nieudokumentowani migranci wpisali przede wszystkim pracodawców, a większość osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy – specjalistów medycznych.

Troje nieudokumentowanych respondentów stwierdziło, że może też liczyć na swojego pracodawcę – byłego lub obecnego (odpowiedź podawana w kategorii „inne"). Dwoje z nich pracowało w sektorze pomocy domowej i mieszkało ze swoimi pracodawcami, co może tłumaczyć tego rodzaju wsparcie.

Wydaje się, że istnieje pozytywny związek pomiędzy świadomością istnienia osób lub instytucji, do których można zwrócić się w razie potrzeby skorzystania z opieki medycznej, a rodzajem działań podejmowanych przez respondentów w związku z ich ostatnim problemem zdrowotnym w Polsce. Osoby, które deklarowały, że mają na kogo liczyć, częściej korzystały z porad specjalisty medycznego (73% respondentów z obydwu grup, n=44) i rzadziej decydowały się na radzenie sobie z problemem zdrowotnym na własną rękę lub zaniechanie jakichkolwiek działań (27%, n=16). Z kolei respondenci, którzy uznali, że nie mogą liczyć na czyjąkolwiek pomoc w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej (n=20 w tym 16 nieudokumentowanych respondentów), byli bardziej skłonni do samodzielnego uporania się z ostatnim problemem zdrowotnym, jakiego doświadczyli w Polsce (40% z nich, n=8). Jednocześnie należy pamiętać, że niewielka próba nie pozwala na wyciąganie ogólnych wniosków, a czynników mających wpływ na działanie podejmowane przez respondentów mogło być wiele.

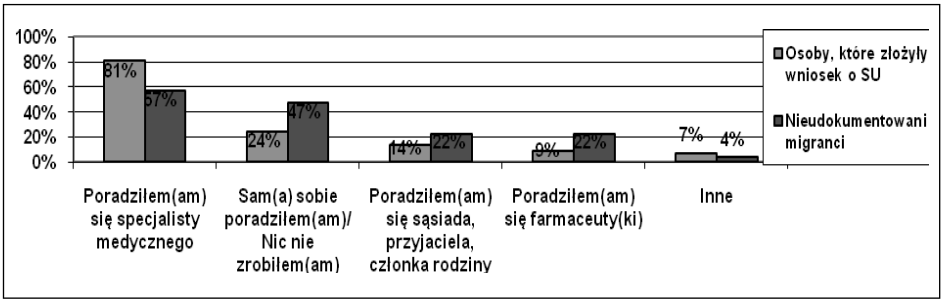
Dopiero kiedy odniesiemy dane dotyczące respondentów, którzy mogą liczyć na wsparcie profesjonalisty w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej (pracownika socjalnego administracji publicznej, organizacji pozarządowej) do wszystkich osób, które wzięły udział w badaniu, zobaczymy, że jedynie około ⅓ osób wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy i mniej niż co dziesiąty migrant o nieuregulowanym statusie deklarowało, że mogą liczyć na wsparcie tego rodzaju.

6.3. Ostatni problem zdrowotny – dostęp do opieki medycznej

W badaniu zadano respondentom pytania o ich doświadczenia w zakresie ostatniego problemu zdrowotnego, który w ich opinii wymagał konsultacji medycznej w Polsce (niezależnie od czasu jego wystąpienia). Większość badanych, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy stwierdziła, że zwróciła się wówczas do lekarza/dentysty/pielęgniarki lub innego specjalisty medycznego (81%, n=47), Dla większości osób, które odpowiedziały na pytanie, było to jedyne źródło informacji w zakresie radzenia sobie z problemem. Jednakże co piąty respondent oprócz zasięgnięcia opinii specjalisty medycznego zwrócił się dodatkowo o poradę do sąsiada/przyjaciela/rodziny lub też farmaceuty (przed lub po konsultacji medycznej ze specjalistą).

Około ¼ respondentów ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (n=14) odpowiedziała, że nie podjęło żadnego działania lub zdecydowało się poradzić sobie z ostatnim problemem zdrowotnym na własną rękę. W rzeczywistości jednak tylko 7 respondentów z tej grupy nie podjęło w ogóle żadnych działań. Reszta w jakiś sposób zareagowała (np. skonsultowała się z lekarzem). Wyniki te mogą odzwierciedlać różne sytuacje, np. gdy dana osoba najpierw próbowała rozwiązać problem zdrowotny sama, a następnie postanowiła zasięgnąć rady specjalisty, gdy sytuacja ulegała pogorszeniu, lub też najpierw poradziła się specjalisty, a następnie nie skorzystała z jego zaleceń, co mogło wynikać z braku zaufania do konkretnego lekarza czy też leku (albo z braku środków czy możliwości wypełnienia zaleceń lekarza).

Wykres 17. Działania podjęte przez respondentów, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy i nieudokumentowanych respondentów podczas ich ostatniego problemu zdrowotnego*



* Dane procentowe przedstawione na wykresie są skumulowane i nie sumują się do 100%, ponieważ możliwe było wybranie więcej niż jednej odpowiedzi. Dane procentowe odnoszą się do wszystkich respondentów, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy (n=58), oraz wszystkich nieudokumentowanych migrantów (n=51).

Analiza odpowiedzi nieudokumentowanych migrantów przynosi bardziej niepokojące wyniki. Jedynie 57% (n=29) zwróciło się do lekarza lub innego specjalisty w związku z ostatnim problemem zdrowotnym. Kobiety częściej niż mężczyźni decydowały się na konsultację medyczną. Ponadto blisko połowa osób z tej grupy respondentów (n=24) zadeklarowała, że nie podjęła żadnych działań lub zdecydowała się poradzić sobie z problemem zdrowotnym na własną rękę. W rzeczywistości 13 osób, czyli ponad ¼ wszystkich nieudokumentowanych respondentów, nie podjęło w ogóle żadnych działań – reszta w jakiś sposób zareagowała (przede wszystkim skonsultowała się z farmaceutą lub sąsiadem/członkiem rodziny).

6.4. Konsultacja u specjalisty medycznego

Poniżej przedstawiono doświadczenia tych respondentów, którzy w związku z ostatnim problemem zdrowotnym zwrócili się z prośbą o pomoc do dowolnego specjalisty medycznego. Wśród nich było 47 respondentów wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy oraz 29 nieudokumentowanych migrantów.

6.4.1. Osoby, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy

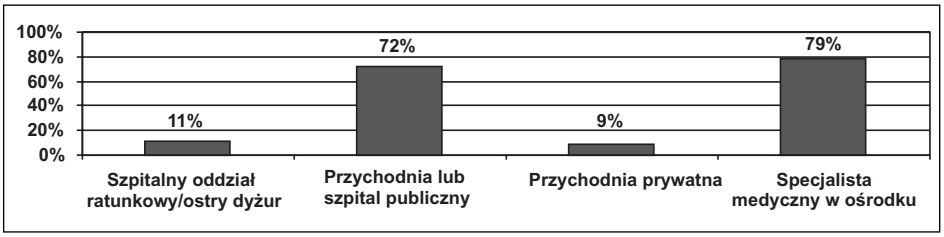
Większość respondentów wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy udała się po poradę do specjalisty medycznego pracującego w ośrodku (79%, n=37) i/lub do publicznej przychodni/szpitala (72%, n=34). W każdym ośrodku jest zatrudniona co najmniej jedna pielęgniarka w pełnym wymiarze czasu pracy i jeden lekarz (zazwyczaj nie na pełen etat)[87]. Lekarz zatrudniony w ośrodku oraz personel medyczny pracujący w siedzibie Urzędu do Spraw Cudzoziemców są dla tej kategorii cudzoziemców lekarzami pierwszego kontaktu, wystawiającymi skierowania do placówek specjalistycznych – dotyczy to zarówno osób mieszkających w ośrodku, jak i poza nim[88]. Skierowanie jest zarazem odpowiednikiem dowodu ubezpieczenia (zawiera także dokładne dane płatnika usług, czyli CSK MSWiA). Aby skorzystać z opieki zdrowotnej poza ośrodkiem, oprócz skierowania należy posiadać także Tymczasowe Zaświadczenie Tożsamości Cu-

[87] Zgodnie z umową zawartą przez UdsC z Centralnym Szpitalem Klinicznym MSWiA koordynującym program pomocy medycznej dla osób wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy, lekarz powinien przyjmować w ośrodku co najmniej 10 godzin w tygodniu. Zob. Fundacja Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna, *op. cit*., str. 26.

[88] Osoba wnioskująca o nadanie statusu uchodźcy, która mieszka poza ośrodkiem, w celu uzyskania skierowania powinna zgłosić się do odpowiedniego ośrodka lub do punktu medycznego zorganizowanego w siedzibie UdsC w Warszawie. Więcej na ten temat patrz w rozdziale: M. Książak, *Dostęp do pomocy medycznej i psychologicznej osób ubiegających się o status uchodźcy w Polsce*, str. 161 i nast.

dzoziemca (TZTC)[89]. Konieczność zgłoszenia się do lekarza w ośrodku przed wizytą u zewnętrznego specjalisty tłumaczy prawdopodobnie fakt, że blisko 60% respondentów (n=28) w związku z ostatnim problemem zdrowotnym zwróciło się do kilku placówek.

Wykres 18. Typ placówki, do której respondenci wnioskujący o nadanie statusu uchodźcy zwrócili się w celu uzyskania konsultacji*



* Dane procentowe przedstawione na wykresie są skumulowane i nie sumują się do 100%, ponieważ możliwe było wybranie więcej niż jednej odpowiedzi. Dane procentowe odnoszą się do liczby respondentów objętych postępowaniem o nadanie statusu uchodźcy, którzy skonsultowali ze specjalistą swój ostatni problem zdrowotny (n=47).

Troje respondentów, którzy zwrócili się po poradę do publicznej placówki ochrony zdrowia, musiało płacić za konsultację czy też za inne czynności związane z rozwiązaniem problemu zdrowotnego. Można znaleźć kilka powodów skorzystania przez cudzoziemców z odpłatnej pomocy medycznej. Może to sygnalizować niepokojącą sytuację, gdy osoby wnioskujące o nadanie statusu uchodźcy nie mogły skorzystać z przysługującej im bezpłatnej pomocy medycznej, a także dotyczyć przypadków, gdy cudzoziemcy zapłacili za usługi medyczne nieobjęte ubezpieczeniem zdrowotnym w Polsce lub też dopłacili do usług finansowanych częściowo, także dla obywateli polskich (np. rehabilitacja, leczenie bezpłodności). Innym wyjaśnieniem może być sytuacja, choć jest rzadko spotykana, gdy osoba ubiegająca się o ochronę międzynarodową decyduje się sama skorzystać z opieki zdrowotnej poza systemem zapewnianym przez UdsC np. z powodu braku zaufania do personelu zatrudnianego w ośrodku (dwoje z trojga respondentów, którzy zapłacili za usługę świadczoną w publicznej placówce, nie zadeklarowało kontaktu z lekarzem pracującym

[89] Jest to dokument wydawany przez UdsC, potwierdzający tożsamość osoby, której został wydany. Uprawnia on ją oraz jej małoletnie dzieci, których dane zostały tam wpisane, do pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W praktyce podczas rejestracji w przychodniach czy szpitalach na równi z TZTC są honorowane przepustki cudzoziemców upoważniające do przebywania na terenie ośrodka, nie będące *de facto* dokumentami potwierdzającymi tożsamość, a jedynie identyfikatorami wydawanymi na wewnętrzne potrzeby ewidencyjne UdsC związane z udzielaniem świadczeń socjalnych.

w ośrodku). Podobnie można wyjaśnić fakt, że czworo respondentów wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy zwróciło się po pomoc do prywatnej przychodni.

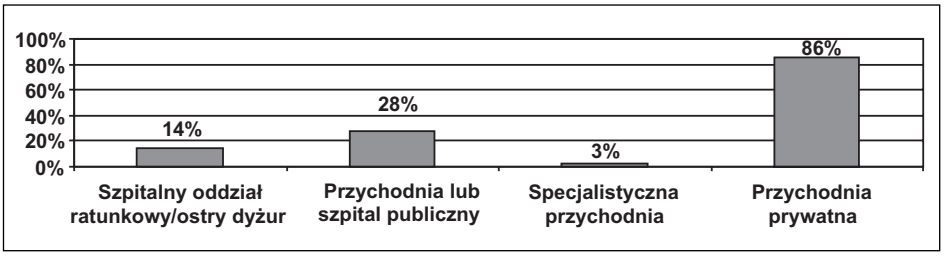
Pięcioro respondentów skorzystało z pomocy szpitalnych oddziałów ratunkowych lub tzw. ostrych dyżurów. Trafiają tam zazwyczaj osoby w nagłych sytuacjach, kiedy nie ma możliwości otrzymania skierowania od lekarza z ośrodka (np. w nocy, gdy nie ma dyżuru w ośrodku). Wówczas udziela im się niezbędnej pomocy medycznej w szpitalu, a skierowanie (traktowane jako odpowiednik dowodu ubezpieczenia) jest dostarczane później.

6.4.2. Nieudokumentowani migranci

Przeważająca większość respondentów o nieuregulowanym statusie, którzy skonsultowali swój ostatni problem zdrowotny ze specjalistą, korzystała z usług prywatnych przychodni (n=25). W sumie 8 nieudokumentowanych respondentów skorzystało z usług przychodni publicznej (z czego 2 osoby skorzystały tylko z tej możliwości). 2 z 4 respondentów, którzy zgłosili się w trybie nagłym do szpitala, konsultowało się także z lekarzami w prywatnych przychodniach. Niekorzystanie z publicznych placówek ochrony zdrowia wynika bezpośrednio ze statusu nieudokumentowanych migrantów. Jako osoby nieobjęte ubezpieczeniem zdrowotnym nie mają oni prawa do dostępu do bezpłatnej opieki zdrowotnej (z wyjątkiem świadczeń udzielanych przez zespoły ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych). W innych sytuacjach nieudokumentowanym migrantom pomoc medyczna jest udzielana tylko w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia i w takim zakresie, który umożliwia wyeliminowanie tego zagrożenia. Jednak po zakończeniu udzielania świadczeń cudzoziemcy są zobowiązani do uregulowania kosztów udzielonej pomocy. Jeśli zgłaszany problem zdrowotny w opinii lekarza nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla życia pacjenta, wówczas nieudokumentowanemu migrantowi jako osobie nieubezpieczonej można odmówić udzielenia świadczeń, chyba że zdecyduje się na ich opłacenie. Odpłatną pomoc medyczną nieudokumentowani migranci mogą otrzymać również w prywatnych placówkach. W związku z tym konsultacje medyczne i leczenie stanowią dla tej grupy migrantów zazwyczaj spory wydatek, co może mieć wpływ na to, że korzystają z nich jedynie w ostateczności.

Wywiady jakościowe pokazują kolejny aspekt niekorzystania z placówek publicznych. Jest to lęk przed wydaleniem. Osoby obawiające się takich sytuacji, lepiej czują się w prywatnej przychodni, gdzie opłacają konkretną usługę, zazwyczaj bez potrzeby okazywania dokumentów.

Wykres 19. Typ placówki, do której nieudokumentowani respondenci zwrócili się w celu uzyskania konsultacji*



* Dane procentowe przedstawione na wykresie są skumulowane i nie sumują się do 100%, ponieważ możliwe było wybranie więcej niż jednej odpowiedzi. Dane procentowe odnoszą się do liczby respondentów o nieuregulowanym statusie, którzy skonsultowali ze specjalistą swój ostatni problem zdrowotny (n=29).

> *Chodzę do dużej prywatnej przychodni – to jest sieć przychodni w całej Polsce. Tam nikogo nie obchodzą moje dokumenty, jeśli płacę. Wystarczy, że pokażę kartę miejską i powiem, że zostawiłam paszport w domu, a że muszę pilnie zobaczyć się z lekarzem. Taka wizyta jest opłacana z góry, tak więc po jej zakończeniu nikt już nie sprawdza dokumentów. Jest anonimowo, sprawnie i bezpiecznie.*
> (kobieta o nieuregulowanym statusie pobytu, 51 lat, Ukraina)

Niezależnie od strachu przed problemami związanymi z brakiem dokumentów, uprawniających do przebywania na terytorium Polski, korzystanie z publicznych placówek w większości przypadków nie wiąże się z żadnymi nieprzyjemnymi konsekwencjami (poza znacznym obciążeniem finansowym):

> *Jeśli cudzoziemcy nie mają ubezpieczenia, muszą za wszystko płacić. Ale usługi medyczne są świadczone także wtedy, jeśli ludzie nie mają pieniędzy. W takich sytuacjach można dostać odroczony termin płatności. Mam dobre doświadczenie z publicznymi szpitalami w Polsce. W razie potrzeby poszedłbym do publicznego szpitala jeszcze raz. Ale wiem, że musiałbym za wszystko płacić.*
> (mężczyzna o nieuregulowanym statusie pobytu, 32 lata, Wietnam)

Większość nieudokumentowanych respondentów musiała zapłacić za konsultację medyczną (n=25). Jednakże 4 osoby stwierdziły, że skorzystały w Polsce z darmowej opieki medycznej w związku ze swoim ostatnim problemem zdrowotnym. Jedna z nich odwiedziła specjalistyczny punkt (przeznaczony dla osób biednych, bezdomnych lub o nieuregulowanym statusie administracyjnym), w którym mogła skorzystać prawdopodobnie z darmowej opieki medycz-

nej[90]. Wszystkie osoby, które nie płaciły za czynności związane z rozwiązaniem ostatniego problemu zdrowotnego, zadeklarowały jednocześnie, że mogły liczyć w razie potrzeby na pomoc innej osoby w dostępie do opieki zdrowotnej. Jest w związku z tym możliwe, że płatność za daną usługę medyczną została uregulowana nie przez samego nieudokumentowanego migranta, a przez inną osobę, lub też że dana usługa medyczna została wykonana za darmo (na odpowiedzialność osoby udzielającej pomocy).

> *Sprzątam w domu pewnego lekarza, więc jeśli mam jakiś poważny problem zdrowotny, konsultuję się z nim. Wcześniej byłam zdrową osobą, ale nieustanny kontakt z detergentami, chemicznymi substancjami do czyszczenia sprawił, że jestem podatna na alergie i częste bóle głowy. Kiedyś uderzyłam się w ucho podczas sprzątania. (…) Po jakimś czasie zorientowałam się, że ucho jest całe sine i mam na nim twardy guz. [Mój pracodawca] sam to zauważył i powiedział mi, że guz powinien zostać wycięty, w przeciwnym razie mogę stracić ucho. (…) Poprosił swojego kolegę z kliniki, żeby jeszcze tego samego dnia wykonał zabieg (to była sobota). W zabiegu asystowała pielęgniarka. Nie musiałam nic płacić za operację.*
> (kobieta o nieuregulowanym statusie pobytu, 28 lat, Ukraina)

6.5. Trudności w dostępie do opieki zdrowotnej

6.5.1. Trudności i wyzwania związane z dostępem do opieki zdrowotnej

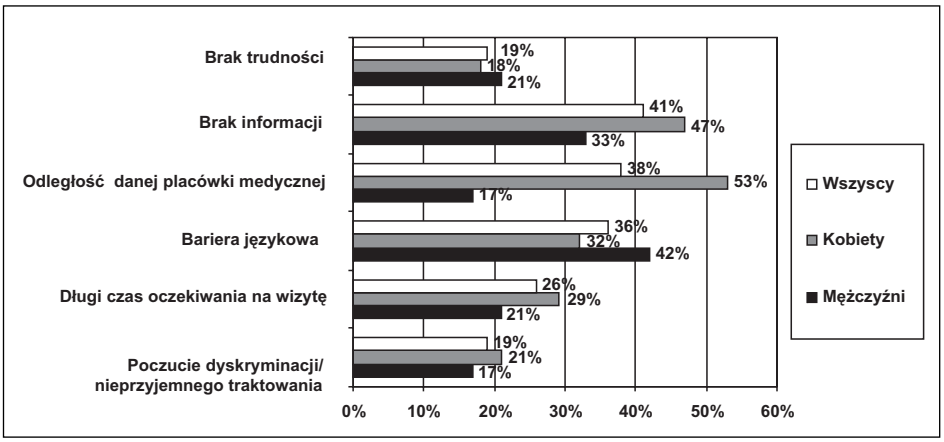
Poniższe dane odnoszą się do doświadczeń respondentów zdobytych w trakcie korzystania (lub jego próby) z opieki zdrowotnej, które miały miejsce nie później niż w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Badani mogli się odnieść do wielokrotnych kontaktów z opieką zdrowotną, jeśli miały one miejsce w tym okresie. Z tego powodu nie powinno się korelować wyników przedstawionych w tej części raportu z wynikami opisanymi w poprzednich częściach, jako że dotyczą one różnych okresów pobytu w Polsce (jednakże wyniki opisane w obydwu częściach raportu uzupełniają się).

[90] Obecnie w Warszawie działa tylko jedna placówka tego typu. Świadczy się w niej bezpłatne usługi medyczne (także specjalistyczne) osobom znajdującym się w ciężkiej sytuacji życiowej (m. in. bezdomnym, nieposiadającym ubezpieczenia). Usługi te są oferowane przede wszystkim obywatelom polskim, jednakże lekarze i pielęgniarki pracujące w punkcie nie odmawiają pomocy żadnemu potrzebującemu, także cudzoziemcom. Wcześniej w Warszawie działała większa liczba podobnych punktów, ale zostały one zamknięte, co wiązało się prawdopodobnie z trudnością w znalezieniu źródeł finansowania ich działalności.

OSOBY, KTÓRE ZŁOŻYŁY WNIOSEK O NADANIE STATUSU UCHODŹCY

⅓ respondentów, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy (n=19), stwierdziła, że nie udało im się skonsultować z lekarzem za każdym razem, gdy próbowali się do niego dostać. 81% respondentów z tej grupy (n=47) napotkało trudności, gdy próbowali skorzystać z opieki zdrowotnej. Dotyczyło to w równym stopniu kobiet, jak i mężczyzn biorących udział w badaniu. Ponad ¾ respondentów, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu, wymieniło więcej niż jedną trudność w dostępie do opieki zdrowotnej. Wyniki te rodzą pytania na temat faktycznego dostępu tej grupy cudzoziemców do opieki zdrowotnej w Polsce.

Wykres 20. Główne trudności napotkane w dostępie do opieki zdrowotnej w Polsce przez respondentów, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy, mające miejsce w ciągu ostatnich 12 miesięcy*



* Dane procentowe przedstawione na wykresie są skumulowane i nie sumują się do 100%, ponieważ możliwe było wybranie więcej niż jednej odpowiedzi. Dane procentowe odnoszą się do wszystkich respondentów ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy (n=58, w tym mężczyźni n=24, i kobiety n=34).
** Wyniki odnoszą się do ostatniego roku/okresu od momentu przyjazdu do Polski respondenta, jeśli był to okres krótszy niż 12 miesięcy.

Brak informacji na temat procedur związanych z dostępem do opieki zdrowotnej był najczęściej poruszanym problemem (wybrany przez 41% osób, n=24). Powyższe wyniki są szczególnie niepokojące, jeśli wziąć pod uwagę, że w ośrodkach dla uchodźców jest zatrudniony zarówno specjalny personel medyczny, jak również inni pracownicy (tzw. socjalni). Ich zadaniem powinno być informowanie osób wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy we właściwy i zrozumiały sposób o szczegółach dostępu do opieki zdrowotnej. Przekaza-

nie tak prostych informacji, jak te dotyczące dojazdu do placówek medycznych nie powinno stanowić najmniejszego problemu i nie powinno być ograniczeniem w dostępie do pomocy medycznej.

Jako główną trudność respondentki z tej grupy cudzoziemców postrzegały duże odległości dzielące placówki medyczne od miejsca zamieszkania i skomplikowany dojazd do nich. Na tę przeszkodę zwróciła uwagę ponad połowa respondentek (n=18). Jest to związane z faktem, iż cudzoziemcy, by skorzystać z opieki medycznej poza ośrodkiem, nie mogą udać się do placówki najbliższej względem miejsca zamieszkania[91]. Są ograniczeni umowami podpisanymi przez CSK MSWiA, koordynującym program opieki zdrowotnej dla osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy, z konkretnymi placówkami świadczącymi usługi medyczne. Zakontraktowane jednostki znajdują się często w znacznej odległości od ośrodków, a z usług innych, położonych bliżej, cudzoziemcy nie mogą korzystać bezpłatnie.

Mężczyźni zwracali szczególną uwagę na barierę językową (42% mężczyzn, n=10). Jednocześnie ich opinię podzielało 32% respondentek (n=11). W kwestii przeszkód językowych warto wspomnieć o tym, że w Polsce brakuje rozwiązań systemowych w tym zakresie, które ułatwiałyby cudzoziemcom dostęp do opieki zdrowotnej. Kilka organizacji pozarządowych oferuje wsparcie tłumaczeniowe, jest to jednak inicjatywa zupełnie oddolna i oparta w dużej mierze na pracy wolontariuszy, która nie gwarantuje ani ciągłości, ani możliwości skorzystania z pomocy wszystkim potrzebującym. W pozostałych przypadkach cudzoziemiec musi liczyć albo na własną znajomość języka polskiego (która szczególnie w początkach pobytu w Polsce nie jest nawet komunikatywna), albo na lekarza i jego znajomość języków obcych (np. rosyjskiego w przypadku osób pochodzących z regionów należących do Federacji Rosyjskiej). Jest to często oczekiwaniem złudnym, ponieważ praktyka pokazuje, że znajomość języków obcych wśród personelu medycznego jest rzadka.

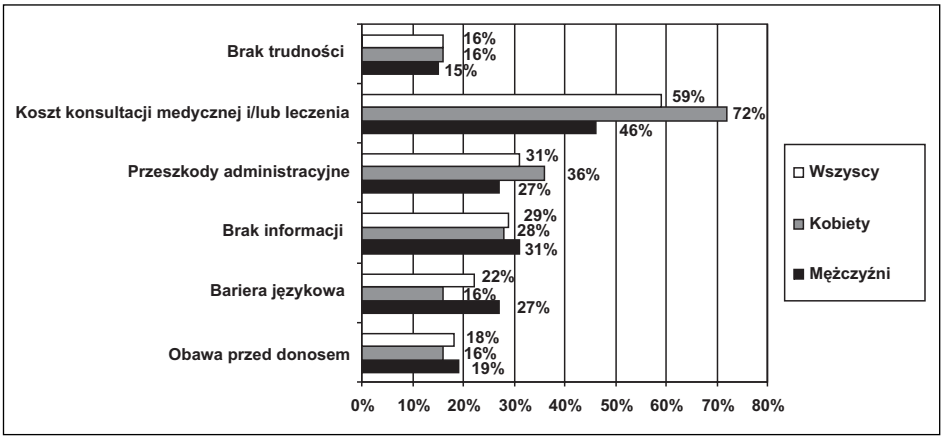
Ponad ¼ respondentów (n=15) wskazała długi czas oczekiwania na wizytę jako przeszkodę w dostępie do opieki zdrowotnej. Problem ten w dużej mierze jest związany z dostępnością lekarzy specjalistów i dotyka także obywateli polskich. Wśród innych problemów wpływających na dostęp do opieki zdrowotnej respondenci wymieniali zarówno te o charakterze systemowym (m. in. brak lekarzy-kobiet – problem zgłoszony przez 6 respondentek, które odpowiedziały na pytanie), jak i indywidualnym (m. in. brak czasu na udanie się do placówki wskazany przez 9 respondentów).

[91] Z wyjątkiem nagłych sytuacji, w których zazwyczaj kieruje się pacjenta do szpitala.

NIEUDOKUMENTOWANI MIGRANCI

Aż 43% respondentów o nieuregulowanym statusie (n=22) stwierdziło, że w ciągu ostatniego roku nie udało im się dostać do lekarza w Polsce za każdym razem, gdy się o to starali. Podobnie jak w przypadku respondentów, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy, większość nieudokumentowanych migrantów odnotowała trudności związane z dostępem do opieki zdrowotnej (niemal 80% respondentów z tej grupy, n=40). Blisko ¾ z osób korzystających z usług medycznych napotkało kilka barier. Trudności wskazywane przez nieudokumentowanych respondentów dotyczyły innych obszarów niż te wspomniane przez osoby ubiegające się o ochronę międzynarodową.

Wykres 21. Główne trudności napotkane przez nieudokumentowanych migrantów w dostępie do opieki zdrowotnej w Polsce w ciągu ostatnich 12 miesięcy*



* Dane procentowe przedstawione na wykresie są skumulowane i nie sumują się do 100%, ponieważ możliwe było wybranie więcej niż jednej odpowiedzi. Dane procentowe odnoszą się do wszystkich nieudokumentowanych respondentów (n=51, w tym mężczyźni n=25 i kobiety n=26).
** Wyniki odnoszą się do ostatniego roku/okresu od momentu przyjazdu do Polski respondenta, jeśli był to okres krótszy niż 12 miesięcy.

Główną przeszkodą w dostępie do opieki medycznej, wskazywaną przez osoby bez ważnych dokumentów uprawniających do pobytu w Polsce, były wysokie koszty konsultacji medycznej lub leczenia. Wspomniało o niej blisko 60% respondentów z tej grupy (n=30). Najlepiej problem ten charakteryzuje wypowiedź jednej z respondentek, która stwierdziła, że „usługi medyczne są dla bogatych ludzi" (kobieta, 51 lat, Ukraina). To właśnie kobiety określały kwestie finansowe jako podstawową barierę w dostępie do opieki zdrowotnej (72% respondentek, n=18). Przeszkody te wiążą się z tym, że nieudokumentowani mi-

granci nie mogą być objęci ubezpieczeniem zdrowotnym, a zatem muszą płacić za wszystkie usługi medyczne. Ponadto można spodziewać się, że ciężka sytuacja ekonomiczna, w jakiej się znajdują, oraz fakt, że często wspierają finansowo rodziny pozostające w kraju pochodzenia sprawiają, iż wydatki na kwestie medyczne nie są traktowane przez nich jako priorytetowe, chyba że chodzi o zagrożenie życia.

> *Prędzej poszłabym do prywatnej kliniki. Ale tylko w kwestii życia i śmierci. Wspieram swoje dzieci, wnuka i swoją matkę. Nie stać mnie na bycie chorym i pójście do prywatnego lekarza.*
> (kobieta o nieuregulowanym statusie pobytu, 40 lat, Ukraina)

> *Moje oszczędności są dla moich dzieci. Nie mogę wydawać ich na dojazdy, badania i leczenie.*
> (mężczyzna o nieuregulowanym statusie pobytu, 42 lata, Ukraina)

Także trudności związane z kwestiami administracyjnymi i brakiem informacji były często wymieniane przez nieudokumentowanych respondentów (wskazane łącznie przez 16 osób). Może być to związane z brakiem wsparcia w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej, ale przede wszystkim – z brakiem uprawnień do przystąpienia do ubezpieczenia zdrowotnego, a przez to – do korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej. Kwestie językowe postrzegało jako barierę ponad ⅕ respondentów (n=11). Ponownie, częściej wskazywali na nie mężczyźni niż kobiety. Może mieć to związek z tym, że większość kobiet nie posiadających ważnych dokumentów uprawniających do pobytu w Polsce, pochodzi z krajów byłego ZSRR, co ułatwia im komunikację.

Obawa przed donosem lub zatrzymaniem jako przeszkoda w dostępie do opieki zdrowotnej została wskazana przez blisko 20% nieudokumentowanych respondentów (n=9). Może być ona postrzegana jako jeden z ważnych czynników zniechęcających osoby o nieuregulowanym statusie pobytu do korzystania z usług medycznych lub też do odkładania ich na ostatnią chwilę. Niektórzy migranci, w obawie przed problemami związanymi z ich nieuregulowanym statusem, szukają takich rozwiązań dostępu do opieki zdrowotnej, które w ich opinii zminimalizowałby ryzyko donosu lub zatrzymania.

> *Mieszkam razem [z innym Nigeryjczykiem] i on zauważył, że jestem chory. Obawiałem się, że to może być rak. Mój przyjaciel posiada ważną wizę. W Polsce ludzie nie odróżniają jednego czarnego człowieka od drugiego. Wszyscy wyglądamy dla nich podobnie. Możesz być wysoki albo niski, duży albo mały, tak już jest. (…) Chciałem pokazać paszport mojego przyjaciela, jeśli spytaliby o dokumenty.*
> (mężczyzna o nieuregulowanym statusie pobytu, 26 lat, Nigeria)

6.5.2. Odmowa dostępu do opieki zdrowotnej

OSOBY, KTÓRE ZŁOŻYŁY WNIOSEK O NADANIE STATUSU UCHODŹCY

Znacząca jest także wysoka liczba odmów dostępu do opieki zdrowotnej wśród respondentów, którzy ubiegają się o nadanie statusu uchodźcy. W sumie blisko 1 na 4 respondentów (n=14) z tej grupy co najmniej raz spotkał się z odmową w czasie próby uzyskania pomocy medycznej w ciągu ostatniego roku. 12 badanych stwierdziło, że odpowiedzialność za to ponosił specjalista medyczny, a 6 respondentów wskazało na pracownika administracji[92].

Choć kwestionariusz nie pozwalał na poznanie przyczyn odmów, jednakże można przypuszczać, że wynikają po części z braku wiedzy wśród pracowników odpowiednich instytucji odnośnie uprawnień w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej osób, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy. Dotyczy to szczególnie pracowników odpowiedzialnych za przyjmowanie pacjentów i rejestrowanie ich na wizytę do konkretnych lekarzy. Ponieważ usługi medyczne poza ośrodkami są świadczone przede wszystkim przez placówki zakontraktowane specjalnie w tym zakresie przez CSK MSWiA, sytuacje takie w ogóle nie powinny mieć miejsca.

Wyniki badania dotyczące odmów, za które odpowiedzialny był specjalista medyczny, prawdopodobnie dotyczą przede wszystkim personelu medycznego zatrudnionego w ośrodkach (jako że poza ośrodkiem pierwszą osobą kontaktu jest zazwyczaj pracownik administracji[93]). Sygnalizowanie braku możliwości dostępu do opieki zdrowotnej może być także związane z subiektywnymi odczuciami cudzoziemców na temat personelu medycznego w ośrodkach i konkretnymi sytuacjami, w których dana osoba odczuwa, że jej potrzeby nie zostały wzięte pod uwagę.

> *To, co martwi mnie najbardziej, to brak szacunku okazywany przez lekarkę pracującą w ośrodku. Ona zawsze wie lepiej, co mi dolega, nie chce przepisywać nam lekarstw ani wydawać skierowań do specjalistów. Ostatnio przyszłam do niej z silnym bólem brzucha – dała mi lek, który w ogóle mi nie pomógł. (…) Poprosiłam ją o skierowanie do na USG, ponieważ ból nie przechodził. Myślałam, że to może nie był zwykły ból brzucha a coś z trzustką, ale skierowania nie dostałam. Powiedziała tylko: 'Wszystko jest z tobą w porządku, po prostu jak wy wszyscy lubisz brać lekarstwa'.*
> (kobieta ubiegająca się o nadanie statusu uchodźcy, 29 lat, Gruzja)

[92] 4 respondenci zadeklarowali zarówno odmowę ze strony specjalisty, jak i administracji.

[93] Są jednak prawdopodobne sytuacje, gdy sam lekarz odmawia wizyty, np. powołując się na przeszkody językowe i wymagając od pacjenta, by przyprowadził ze sobą tłumacza. Takie sytuacje zdarzają się przede wszystkim w placówkach, w których często pacjentom towarzyszą tłumacze-wolontariusze z organizacji pozarządowych. Wówczas lekarz, wiedząc, że może liczyć na wsparcie tłumacza, odmawia konsultacji. Ma to miejsce na początku wizyty, co oznacza, że dana osoba musi się ponownie zapisać na nią i przyjechać kolejny raz.

Zgodnie z polskim prawem podczas trwania postępowania o nadanie statusu uchodźcy cudzoziemcowi powinno zapewnić się dostęp do opieki zdrowotnej w takim samym zakresie jak osobom objętym ubezpieczeniem zdrowotnym. Jednak równocześnie niektóre usługi medyczne – jak np. protezowanie, rehabilitacja czy niektóre usługi wysokospecjalistyczne – są wyłączone spod koordynacji Centralnego Szpitalna Klinicznego MSWiA i dostęp do nich wymaga każdorazowej zgody Urzędu ds. Cudzoziemców, co może utrudniać korzystanie z opieki zdrowotnej w tym zakresie[94].

> *Najgorzej jest w kwestii dostępu do rehabilitacji [dla mojego dziecka]. Musimy czekać bardzo długo. Poprosiłam lekarza pracującego w naszym ośrodku, by wysłał nas na rehabilitację, powiedział jednak, że terminy oczekiwania są bardzo długie i że nie ma możliwości uzyskania wsparcia finansowego dla mojego dziecka, ponieważ jesteśmy w procedurze i nie mamy numeru PESEL. Do tej pory byłyśmy na dwóch turnusach rehabilitacyjnych. Ostatni miał miejsce rok temu. Przez rok czekałam, aż ktoś się z nami skontaktuje i powie, że znalazło się dla nas miejsce, ale nikt się nie odezwał. (…) Jeśli miałabym taki sam dostęp do usług rehabilitacyjnych jak obywatele polscy, moje dziecko dzisiaj mogłoby już siedzieć, a może nawet chodzić. Rehabilitacja jest bardzo droga. (…) Nie mam wystarczających środków, by ją opłacać. Niedawno miałam trochę pieniędzy, więc pojechałam gdzieś na obrzeża miasta – co za koszmar! Zapłaciłam 90 PLN, pokazali mi tylko jedno ćwiczenie i koniec.*
> (kobieta ubiegająca się o nadanie statusu uchodźcy, 29 lat, Czeczenia)

Ponadto należy wziąć pod uwagę, że część odmów w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej może wynikać z zachowania samych respondentów. Jest tak na przykład wtedy, gdy cudzoziemiec przyjechał na wizytę spóźniony. Także inne sytuacje respondenci mogą traktować jako odmowę, np. gdy dany lekarz był na zwolnieniu i odwołano jego dyżur, o czym nie został poinformowany ośrodek, a przez to i sam pacjent[95].

NIEUDOKUMENTOWANI MIGRANCI

22% respondentów o nieuregulowanym statusie (n=11) stwierdziło, że co najmniej raz odmówiono im dostępu do opieki zdrowotnej w czasie próby uzyskania pomocy medycznej w ciągu ostatniego roku. Sytuację tej grupy migrantów można tłumaczyć częściowo tym, że nie mogą być oni objęci ubezpieczeniem zdrowotnym. Nie posiadają też ważnych dokumentów uprawniają-

[94] Fundacja Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna, *op. cit*., str. 27, 40.

[95] Również takie sytuacje powinny zostać ograniczone do minimum. Normą, wynikającą szacunku dla pacjenta, powinno być telefoniczne informowanie punktu medycznego w danym ośrodku, z którego kierowany jest pacjent, o odwołaniu wizyty.

cych do pobytu w Polsce, które są często wymagane przez administrację placówek medycznych. Wówczas, jeśli dana osoba uda się w celu uzyskania pomocy do przychodni publicznej, najprawdopodobniej spotka się z odmową udzielenia pomocy bezpłatnie. Jednocześnie wiele przychodni, oprócz świadczenia bezpłatnych usług medycznych dla osób objętych ubezpieczeniem z Narodowego Funduszu Zdrowia, oferuje usługi medyczne na zasadzie odpłatności, z których powinni móc skorzystać także nieudokumentowani migranci. Zasady przyjęć są wówczas określane przez konkretną jednostkę. Nieudokumentowani migranci mają prawo do skorzystania z bezpłatnych świadczeń udzielanych przez zespoły ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych. Ponadto zazwyczaj nikomu nie odmawia się dostępu do opieki medycznej w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia. Jednak koszt udzielonego świadczenia powinien zostać uregulowany przez daną osobę po jego zakończeniu[96].

6.5.3. Rezygnacja z konsultacji medycznej lub leczenia

Trudności napotykane przez respondentów w dostępie do opieki zdrowotnej mogą skutkować rezygnacją z korzystania ze świadczeń zdrowotnych. 17% osób wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy (n=10) oraz ponad 25% nieudokumentowanych migrantów (n=13) stwierdziło, że w określonym momencie zrezygnowało z konsultacji medycznej lub leczenia. Wszyscy respondenci, którzy podjęli taką decyzję, napotkali przeszkody związane z korzystaniem z usług medycznych w ciągu minionego roku.

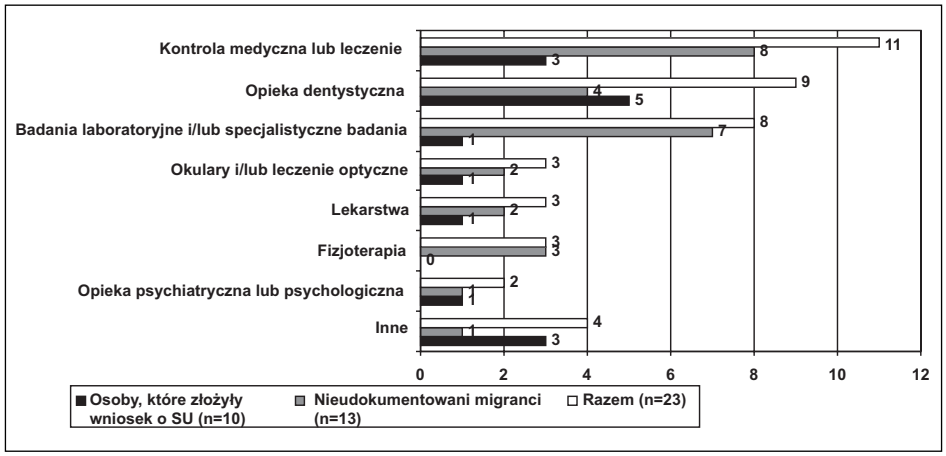
Można też zaobserwować związek pomiędzy odmowami doświadczonymi przez respondentów w dostępie do opieki zdrowotnej a rezygnacją z ubiegania się o nią. 9 z 14 respondentów wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy oraz 9 z 11 nieudokumentowanych respondentów, którym odmówiono konsultacji czy też leczenia, zrezygnowało z nich, podczas gdy wśród osób, którym nie odmówiono dostępu do opieki zdrowotnej, decyzję o rezygnacji podjęło zdecydowanie mniej respondentów.

Osoby ubiegające się o ochronę międzynarodową najczęściej rezygnowały z opieki dentystycznej (5 osób). Chociaż cudzoziemcy, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy, są uprawnieni do bezpłatnej opieki stomatologicznej, to jednak wymaga się od nich skierowania do dentysty wystawionego przez lekarza z ośrodka dla uchodźców. Podobnie jak w przypadku innych usług, usługi stomatologiczne są im oferowane tylko w placówkach, które pod-

[96] Więcej na temat kwestii prawnych związanych z dostępem do służby zdrowia różnych grup cudzoziemców patrz w rozdziale: K. Maśliński, *Prawne regulacje w zakresie dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce*, str. 23 i nast.

pisały stosowną umowę. W związku z tym pacjent nie ma możliwości wyboru lekarza dentysty. Może się także zdarzyć, że skierowania do dentysty wystawiane przez lekarza w ośrodku są limitowane[97].

Wykres 22. Rodzaje opieki zdrowotnej, z której zrezygnowali respondenci w odniesieniu do statusu pobytu*



* Wykres odnosi się do liczby respondentów

Nieudokumentowani respondenci najczęściej rezygnowali z kontroli medycznej (n=8) bądź leczenia czy z badań laboratoryjnych (n=7) – odpowiedzi te wskazało w sumie 15 cudzoziemców o nieuregulowanym pobycie. Jest to prawdopodobnie związane z omówioną już kwestią, że migranci należący do tej grupy często znajdują się w ciężkiej sytuacji finansowej i w związku z tym nie uznają konsultacji medycznych czy badań, szczególnie tych profilaktycznych, za priorytet podczas pobytu w Polsce.

7. Dostęp do opieki zdrowotnej kobiet w ciąży i dzieci

Polskie prawo przewiduje wyjątkowe uprawnienia dla kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu, którym zapewnia się bezpłatny dostęp do świadczeń publicznej służby zdrowia. Jednak uprawnienie to przyznano wyłącznie kobietom

[97] Usługi dentystyczne należą do usług wyłączonych spod koordynacji Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA i należą do bezpośrednich kompetencji Urzędu ds. Cudzoziemców, który podpisuje umowy z gabinetami stomatologicznymi. Możliwe jest, że wykonywanie tych usług zostanie ograniczone przez Urząd z powodów finansowych (dotyczy to np. liczby konsultacji dentystycznych dla jednej osoby, jak i wysokości dofinansowania).

posiadającym polskie obywatelstwo i miejsce zamieszkania w Polsce[98]. Zgodnie z przepisami Unii Europejskiej kobiety ciężarne poszukujące ochrony międzynarodowej, uznaje się za grupę osób wymagających szczególnego wsparcia (choć powinno to być potwierdzone oceną ich indywidualnej sytuacji)[99]. Jednocześnie art. 24 Konwencji Praw Dziecka ONZ mówi o tym, że każde dziecko – a zatem niezależnie od statusu prawnego – powinno mieć zapewniony dostęp do opieki zdrowotnej i rehabilitacji na jak najwyższym poziomie. Poniżej przedstawiamy wyniki badań, które odnoszą się do dostępu do opieki zdrowotnej dla kobiet w ciąży i dzieci obydwu grup migranckich.

7.1. Dostęp do opieki prenatalnej, porodu i opieki okołoporodowej

W badaniach szczególną uwagę poświęcono tym spośród 59 respondentek, które w trakcie pobytu w Polsce były w ciąży. W sytuacji tej znalazło się w sumie 16 kobiet, w tym 11 respondentek wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy. 4 z nich były w ciąży w czasie udziału w badaniu (3 kobiety – we wczesnej, poniżej 10 tygodnia, a 1 kobieta – powyżej 29 tygodnia). 8 kobiet było w ciąży wcześniej (z czego 1 także w czasie badania), 7 z nich urodziło w Polsce[100]. Wszystkie kobiety będąc w ciąży, były objęte postępowaniem o nadanie statusu uchodźcy. Spośród nieudokumentowanych migrantek, 5 respondentek podczas ciąży przebywało w Polsce, mając w tym czasie nieuregulowany status prawny. Wszystkie urodziły w Polsce.

Ze względu na niewielką liczbę respondentek biorących udział w badaniu, jego wyniki analizowane w tej części nie mogą być traktowane jako reprezentatywne w odniesieniu do trudności doświadczanych przez cudzoziemki w ciąży. Jednak zebrane dane mogą dostarczyć ważnych informacji na polu analizy wyzwań związanych z dostępem do opieki zdrowotnej tej szczególnie wrażliwej grupy.

7.1.1. Dostęp do opieki przedporodowej

Wśród 11 respondentek aplikujących o status uchodźcy, które przebywały w Polsce podczas ciąży, 2 nie uzyskały dostępu do opieki prenatalnej. Jedna z nich zadeklarowała, że miało to związek z odległością do placówki medycznej. Wskazuje to na opisany powyżej szerszy problem, poruszany przez osoby ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy niezależnie od płci, mianowicie duże

[98] Art. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Więcej na ten temat w rozdziale: K. Maśliński, *Prawne regulacje w zakresie dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce*, str. 23 i nast.

[99] Art. 17 Dyrektywy Rady 2003/9/EC z 27 stycznia 2003 r. ustanawiającej minimalne standardy przyjęcia osób ubiegających się o azyl.

[100] Jedna respondentka nie donosiła ciąży.

odległości pomiędzy miejscem zamieszkania a wyznaczonymi placówkami medycznymi. Trudność ta może być szczególnie uciążliwa dla kobiet w zaawansowanej ciąży.

Druga z respondentek, które spotkały się z odmową dostępu do opieki prenatalnej, w momencie badania była w 9 tygodniu ciąży. Wskazała ona na nieotrzymanie skierowania od lekarza z ośrodka. Jednak w związku z wczesnym etapem ciąży można podejrzewać, że uzyskała później dostęp do pomocy medycznej, bądź odmowa leczenia, o której wspominała, dotyczyła innej usługi medycznej, niezwiązanej bezpośrednio z opieką prenatalną.

8 z 9 respondentek, które były w ciąży w Polsce i uzyskały dostęp do opieki przedporodowej, wskazało na trudności w tym zakresie (w 5 przypadkach kobiety mówiły o większej liczbie przeszkód). Problemy wskazywane przez respondentki były zbliżone do opisanych powyżej kłopotów z dostępem do ogólnej opieki zdrowotnej tej grupy migrantów. Większość kobiet wspomniała o barierze językowej (7 respondentek), odległości do placówki medycznej (3 respondentki) oraz braku dostępu do informacji (3 respondentki).

Wszystkie 5 badanych nieudokumentowanych migrantek, które były w ciąży w Polsce nie mając zalegalizowanego pobytu, uzyskało dostęp do opieki przedporodowej – choć 4 z nich musiały zapłacić za te usługi. Wszystkie respondentki napotkały trudności na tym etapie – 4 z nich wymieniły więcej niż jeden problem. 4 respondentki, które zapłaciły za usługi opieki prenatalnej, za problem uznały ich wysoki koszt. Inne przeszkody wymienione przez kobiety to: bariera językowa, brak informacji i trudności administracyjne (każdy z nich przytoczony został przez 3 badane). Pojedyncze wskazania dotyczyły trudności związanych z brakiem czasu lub też posiadaniem ważniejszych problemów niż wizyta lekarska w danym momencie, a także niedogodnym grafikiem przyjęć w placówce medycznej.

7.1.2. Poród

Dwanaście respondentek (7 aplikujących o status uchodźcy i 5 o nieuregulowanym statusie), które miały doświadczenia porodu w polskich placówkach, zostały zapytane o dostęp do opieki zdrowotnej w czasie porodu. Wszystkie urodziły dzieci w szpitalach publicznych. 6 z 7 cudzoziemek ubiegających się o ochronę międzynarodową, które urodziły w Polsce, nie musiało płacić za opiekę podczas porodu. Jedna respondentka (z Wietnamu) zadeklarowała konieczność opłacenia usług świadczonych podczas porodu, chociaż rodziła w publicznej placówce. Brakuje jednak dodatkowych informacji na ten temat (mogła np. dopłacić za konkretną usługę dodatkową podczas porodu)[101].

[101] Nie była to ta sama respondentka, która nie uzyskała dostępu do bezpłatnej opieki prenatalnej.

W kwestii płatności za poród proporcje dotyczące nieudokumentowanych respondentek są odwrotne – 4 z 5 respondentek płaciły za poród w placówce publicznej. Nieodpłatność usług nie oznacza jednak braku problemów związanych z porodem.

> *Podczas pierwszej wizyty ostrzegłam lekarza, że z powodu operacji mam uszkodzony kręgosłup i że nie mogę samodzielnie urodzić, tylko przez cesarskie cięcie. Lekarze byli bardzo agresywnie nastawieni, (…) byli źli, że nie możemy zapłacić w czasie porodu za żadne dodatkowe usługi. Jeśli jesteś cudzoziemką, to koniec. Czujesz, że jesteś inaczej traktowana niż polskie kobiety, że nie jesteś mile widziana. Podczas samego porodu (…) nie zgodzili się na cesarskie cięcie. Nie mogłam urodzić. Wyciągnęli dziecko szczypcami i uszkodzili jego główkę. Teraz wymaga nieustannej rehabilitacji i opieki wielu specjalistów".*
>
> (kobieta ubiegająca się o nadanie statusu uchodźcy, 29 lat, Czeczenia).

11 z 12 respondentek z obydwu grup migranckich, które wypowiadały się na temat porodu, powoływało się na co najmniej jedną trudność na tym etapie dostępu do pomocy medycznej. Jednocześnie należy zauważyć, że pomimo wielu przywołanych problemów, wszystkie rodzące kobiety, z obu grup cudzoziemców, miały dostęp do opieki zdrowotnej w czasie porodu. Wszystkie respondentki urodziły w publicznych placówkach. Jest to szczególnie ważne w przypadku nieudokumentowanych migrantek, które nie wspominały o żadnych problemach związanych ze zgłoszeniem ich nielegalnego pobytu na policję czy innych trudnościach spowodowanych brakiem ważnych dokumentów. Nawet tym kobietom, które powoływały się na problemy administracyjne, nie odmówiono pomocy.

Kobiety z obydwu grup migranckich, które rodziły w Polsce, wśród podstawowych problemów na etapie porodu wymieniały barierę językową i brak tłumacza (4 azylantki i 3 nieudokumentowane migrantki) oraz odległość placówki medycznej od miejsca zamieszkania (odpowiednio 3 i 1 respondentka). Pomimo tego, że kobiety ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy powinny rodzić w CSK MSWiA, to w przypadku nagłego porodu mogą zgłosić się do każdego szpitala i powinny zostać przyjęte. Po dwie respondentki o nieuregulowanym statusie jako trudność podały konieczność płacenia za poród oraz problemy administracyjne w trakcie opieki porodowej.

7.1.3. Dostęp do szczepień dla noworodka

Spośród urodzonych w Polsce noworodków 10 z 11 zostało zaszczepionych w szpitalu od razu po przyjściu na świat lub też w przychodni. Jedno dziecko

nie zostało zaszczepione, mimo przysługujących uprawnień (jego matka ubiegała się o nadanie statusu uchodźcy), brakuje jednak informacji, z jakiego powodu zabieg ten nie został wykonany[102]. 3 z 4 nieudokumentowanych kobiet musiały zapłacić za szczepionki dla swoich dzieci.

Tabela 4. Dostęp do szczepień dla noworodków według statusu pobytu

Status administracyjny / Dostęp do szczepień	Osoby, które złożyły wniosek o nadanie SU	Nieudokumentowani migranci	RAZEM
Dziecko zostało zaszczepione od razu po urodzeniu (w szpitalu)	2	0	2
Dziecko zostało zaszczepione później (w przychodni)	4	4	8
Dziecko nie zostało zaszczepione	1	0	1
RAZEM	7	4	11

7.2. Trudności w dostępie do opieki zdrowotnej dla dzieci

W czasie prowadzenia badania 39 respondentów należących do obydwu grup migranckich mieszkało w Polsce z dziećmi. Wśród nich było 28 osób, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy oraz 11 nieudokumentowanych migrantów. Status pobytowy dzieci mieszkających w Polsce w większości przypadków był taki sam, jak rodziców biorących udział w badaniu. Jednak w 9 przypadkach sytuacja prawna dzieci była inna niż ich rodziców. Ponieważ status prawny dziecka wiąże się ze statusem jednego z rodziców, to w sytuacjach, gdy dzieci są w odmiennym położeniu niż ich rodzice, musi to mieć związek z sytuacją administracyjną drugiego rodzica (nie respondenta).

Wśród osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy dwoje respondentów (spośród 26, którzy odpowiedzieli na to pytanie) deklarowało, że ich dziecko ma odmienną sytuację prawną. W pierwszym przypadku dziecko posiadało obywatelstwo niepolskie (jednak niezwiązane z obywatelstwem respondenta), w drugim – nie posiadało dokumentów pobytowych. Obydwoje respondenci pochodzili z Wietnamu. Wśród nieudokumentowanych migrantów w 4 przypadkach dzieci miały polskie obywatelstwo[103] (co oznaczało, że drugi z rodziców je posiadał) – wszyscy respondenci, którzy wskazali tę odpowiedź, pochodzili z Wietnamu. Troje dzieci posiadało zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony.

[102] Rodzic odpowiadający na to pytanie mógł też nie wiedzieć, że dziecko zostało zaszczepione.

[103] W tej sytuacji powinny mieć one zapewniony dostęp do bezpłatnej opieki zdrowotnej – zgodnie z art. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

7.2.1. Socjo-ekonomiczna sytuacja osób z dziećmi

5 z 39 respondentów mieszkających z dziećmi w Polsce, wychowywało je samotnie. Dotyczyło to 4 respondentek wnioskujących o nadanie statusu uchodźcy (pochodzących z Czeczenii i Dagestanu), które twierdziły równocześnie, że nie posiadają partnera, oraz 1 nieudokumentowanej respondentki z Wietnamu, która miała partnera – przebywał on jednak poza Polską. Pozostałe 34 osoby mieszkały z dziećmi i z małżonkami lub partnerami.

Większość rodziców starających się o ochronę międzynarodową otrzymywała od państwa pomoc socjalną i nie miała dodatkowych dochodów (n=18). Dotyczyło to także 5 respondentów, którzy posiadali pięcioro lub więcej dzieci. Większość rodziców o nieuregulowanym statusie pobytu pracowała, przy czym aż 10 z 11 respondentów średnio 10 godzin dziennie przez 6 dni w tygodniu. Na ciężką sytuację życiową składały się także warunki mieszkaniowe – ponad 90% respondentów (n=36), którzy wychowywali swoje dzieci w Polsce, stwierdziło, że mieszka w warunkach niestabilnych i tymczasowych. Respondenci jako trudności wymieniali najczęściej przeludnienie i brak prywatności, które mogą mieć negatywny wpływ na rozwój dziecka (m. in. brak miejsca do nauki) – na te problemy zwróciły uwagę 24 osoby. Ponadto rodzice wymieniali niehigieniczne warunki mieszkalne i brak dostępu do podstawowych instalacji (m. in. ogrzewania):

> *W czasie zimy w ośrodku jest bardzo zimno. Żeby zaoszczędzić, wyłączają nam ogrzewanie i pilnują, żebyśmy sami go nie używali, bo zużywa to za dużo prądu. Na korytarzach panuje przeraźliwe zimno. Wszystkie dzieci nieustannie chorują.*
> (kobieta ubiegająca się o nadanie statusu uchodźcy, 29 lat, Gruzja)

7.2.2. Trudności w dostępie do opieki zdrowotnej dla dzieci

Aż 36 respondentów mieszkających w Polsce z dziećmi próbowało uzyskać dla nich dostęp do opieki zdrowotnej w ciągu ostatniego roku (25 osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy i 11 nieudokumentowanych migrantów). Dziesięciorgu z nich nie udało się dostać do lekarza za każdym razem, gdy usiłowali (7 azylantów, 3 nieudokumentowanych migrantów). Oznacza to, że co czwarta osoba aplikująca o status uchodźcy i mieszkająca w Polsce ze swoimi dziećmi nie uzyskała dla nich dostępu do opieki zdrowotnej, kiedy zaistniała taka potrzeba. Miało to różne przyczyny, nie zawsze była to odmowa udzielenia świadczenia.

Jedną z przeszkód wymienianych najczęściej przez respondentów wnioskujących o status uchodźcy, którym nie udało się dostać do lekarza, był brak do-

stępu do informacji w zakresie obowiązujących procedur oraz wiedzy, dokąd należy udać się po pomoc (5 wskazań). Ewentualne konsekwencje takiej sytuacji obrazują słowa jednej z osób, z którą przeprowadzono wywiad jakościowy:

> *Czasami kierują nas do przychodni, których nie znamy i nie zawsze wyjaśniają nam, jak możemy się do nich dostać. Ostatnio nie zabrałam mojego dziecka na szczepienie, ponieważ miałam tylko skierowanie z adresem, ale nikt nie powiedział mi, gdzie znajduje się miejsce, do którego mamy jechać, jak tam dojechać autobusem, a ja nie miałam pieniędzy, żeby wziąć taksówkę*.
> (kobieta ubiegająca się o nadanie statusu uchodźcy, 29 lat, Gruzja)

Ponadto respondenci wymieniali: obawę przed badaniem lekarskim lub leczeniem – w tym niechęć dzieci do wizyt lekarskich (5 wskazań), zbyt duże oddalenie placówki medycznej (4 wskazania) oraz długi czas oczekiwania na wizytę (4 wskazania). Respondenci wnioskujący o nadanie statusu uchodźcy, którym udało się dostać do lekarza, podzielali te odczucia, wymieniając ponadto barierę językową.

Z powodu opisanych trudności i przeszkód 5 respondentów ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy zrezygnowało z opieki zdrowotnej dla swoich dzieci. Jeden z rodziców zasygnalizował, że jego dziecko cierpiało na poważne zaburzenia psychiczne i wymagało opieki specjalistycznej. Dziecko to znajdowało się w ośrodku detencyjnym i jego ojciec zwrócił uwagę, że dziecku został odmówiony dostęp do opieki zdrowotnej. Wydaje się, że sytuacja dzieci znajdujących się w zamkniętych ośrodkach powinna w szczególnym stopniu być wzięta pod uwagę[104].

> *Decyzja o tym, żeby skierować mnie tutaj [do strzeżonego ośrodka] na 90 dni została przedłużona i jesteśmy już tutaj z córką [6 lat] prawie 5 miesięcy. (…) Kiedy trafiłyśmy do ośrodka, moja córka zaczęła się moczyć zarówno w dzień jak i w nocy. Stała się bojaźliwa, bała się zasnąć bez zapalonego światła, budziła się gwałtownie w środku nocy. (…) Często jest rozdrażniona i płacze. (…) Stała się też agresywna względem innych dzieci. Często choruje – ostatnio w szpitalu zbadali jej nerki, ale nie dali mi żadnej dokumentacji ani wyjaśnienia. To było straszne – moja córka musiała przejść przez te wszystkie bolesne badania, a potem nawet nie wyjaśniono nam, co jest nie w porządku – w szpitalu nie było z nami tłumacza.*
> (kobieta ubiegająca się o nadanie statusu uchodźcy, 25 lat, Gruzja)

[104] Więcej na temat dostępu do ochrony zdrowia w strzeżonych ośrodkach dla cudzoziemców w rozdziale: D. Cegiełka, A. Chrzanowska, W. Klaus, W. Wencel, *Przestrzeganie prawa cudzoziemców umieszczonych w ośrodkach strzeżonych. Raport z monitoringu*, str. 185 i nast.

10 rodziców o nieuregulowanym statusie starało się uzyskać dostęp do opieki zdrowotnej dla swoich dzieci w ciągu ostatniego roku. Trojgu z nich (wszyscy pochodzą z Wietnamu) nie udało się dostać do lekarza za każdym razem, gdy próbowali, mimo że w dwóch przypadkach dzieci posiadały polskie obywatelstwo, które teoretycznie uprawniało je do korzystania z bezpłatnych usług medycznych. Przyczyny nieudanych prób dostania się do lekarza za każdym razem, gdy nie było żadnych przeszkód formalnych, jest zastanawiające. Możliwe, że te nieudane próby wynikały z problemów systemowych, które dotykają też ogromną większość polskich dzieci. Zarówno respondenci, którym udało się zapewnić opiekę zdrowotną swoim dzieciom, jak i ci, którym się nie powiodło, wskazywali na te same problemy: trudności administracyjne (brak odpowiednich dokumentów)[105] oraz bariery językowe (dotyczyło to głównie respondentów z Wietnamu). Żaden z nieudokumentowanych respondentów nie spotkał się jednak z odmową ze strony specjalisty medycznego lub pracownika administracji udzielenia pomocy lekarskiej. Żaden też nie zrezygnował z opieki zdrowotnej.

8. Konkluzje

8.1. Potrzeba dalszych badań

Kontynuacja badania w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową oraz nieudokumentowanych migrantów jest potrzebna. Wyniki badania odmienne dla tych dwóch grup oraz ich różna sytuacja prawna w zakresie dostępu do pomocy medycznej pokazują, że dalsza, pogłębiona analiza powinna być prowadzona dla tych grup oddzielnie. W badaniach w tym zakresie należy wziąć także pod uwagę zmienność statusu prawnego respondenta w czasie jego przebywania w Polsce, a także – jeśli jest to wskazane z punktu widzenia celu badania – jego najbliższej rodziny. Wydaje się, że podobne badania powinny być prowadzone z użyciem metod jakościowych, co pozwoli m. in. uwzględnić zmiany w statusie migranta. Zwłaszcza, że w przypadku nieudokumentowanych migrantów przeprowadzenie reprezentatywnej analizy ilościowej jest niemożliwe.

Badania o charakterze pilotażowym, których wyniki zostały przedstawione w raporcie, powinny być traktowane jako postęp w dziedzinie pracy na rzecz migrantów – zwłaszcza, że dotychczasowy stan wiedzy na temat dostępu do opieki zdrowotnej opisywanych grup cudzoziemców jest skromny.

[105] Więcej o uprawnieniach nieudokumentowanych migrantów w Polsce patrz w rozdziale: K. Maśliński, *Prawne regulacje w zakresie dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce*, str. 23 i nast.

Warto, aby kolejne badania w tym obszarze miały poszerzony zakres. Powinny uwzględniać perspektywę zarówno cudzoziemców, którzy złożyli wniosek o nadanie statusu uchodźcy oraz nieudokumentowanych migrantów, jako osób korzystających z opieki zdrowotnej, jak i dostarczycieli usług medycznych oraz decydentów odpowiedzialnych za strukturę systemu opieki zdrowotnej i określanie dostępu do niej.

Cenne i zarazem interesujące byłoby też przeprowadzenie podobnych badań w innych miastach niż Warszawa. Jest ona bowiem miejscem specyficznym, jako siedziba instytucji administracyjnych odpowiedzialnych za postępowania o nadanie statusu uchodźcy oraz jako największe miasto, przyciągające migrantów ekonomicznych, silnie reprezentowanych wśród nieudokumentowanych cudzoziemców.

8.2. Osoby, ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy

8.2.1. Dostęp do służby zdrowia

Większość respondentów ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy korzysta z przysługującego im dostępu do bezpłatnej opieki zdrowotnej. Zgodnie z zasadami obowiązującymi tę grupę cudzoziemców, w pierwszej kolejności zwracają się oni po pomoc do personelu medycznego zatrudnionego w ośrodku dla osób, które złożyły wniosek o nadanie statusu uchodźcy. Dotyczy to zarówno osób przebywających w ośrodkach, jak i mieszkających poza nimi. Równocześnie jednak blisko ⅓ respondentów z tej grupy stwierdziła, że w ciągu ostatniego roku nie udało im się dostać do lekarza za każdym razem, gdy tego potrzebowali. Aż ¾ badanych wymieniło wiele trudności, które miały wpływ na realne korzystanie z zapewnionego im dostępu do opieki zdrowotnej. Wśród nich najczęściej wskazywano brak dostępu do informacji, zarówno w zakresie uprawnień związanych z korzystaniem ze służby zdrowia, jak i dotyczących dojazdu do placówek medycznych. Jest to szczególnie niepokojące, zwłaszcza, że osoby ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy w pierwszej kolejności udają się do lekarza zatrudnionego w ośrodku. Ponadto wydaje się, że powinny móc skorzystać w tym zakresie z pomocy zatrudnionych w ośrodkach pracowników socjalnych. Ich obecność, a także to, że konsultacje i leczenie poza ośrodkiem odbywają się tylko określonych placówkach (ich liczba jest ograniczona) posiadających umowy z Centralnym Szpitalem Klinicznym MSWiA, powinny minimalizować problemy tej grupy cudzoziemców z dostępem do informacji. Ponadto blisko ¼ respondentów zadeklarowała, że odmówiono im dostępu do opieki zdrowotnej. Choć charakter ilościowy badań nie pozwolił zgłębić przyczyn tej sytuacji, należy uznać ją za niepokojącą.

8.2.2. Odległość placówek medycznych

Zbyt duże oddalenie placówek medycznych udzielających specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, było jedną z najczęściej wymienianych przez osoby ubiegające się o ochronę międzynarodową trudności w korzystaniu z opieki zdrowotnej. Problem ten wynika z obowiązującego dla tej grupy cudzoziemców systemu opieki zdrowotnej – każdy pacjent powinien zgłosić się najpierw do lekarza przyjmującego w ośrodku (z wyjątkiem sytuacji nagłych). Lekarz z ośrodka udziela podstawowej konsultacji medycznej, jest też odpowiedzialny za wystawianie skierowania na badania czy konsultację specjalistyczną. Dalsze usługi są świadczone poza ośrodkiem. Realizują je placówki zdrowia które podpisały umowy z Centralnym Szpitalem Klinicznym MSWiA, koordynującym program opieki zdrowotnej dla azylantów. Sytuacja ta może być szczególnie uciążliwa dla osób mieszkających poza ośrodkiem – często muszą one najpierw udać się do jednego z odległych od ich miejsca zamieszkania ośrodków po skierowanie, a następnie – do wyznaczonej placówki medycznej.

Drugą grupą, dla której szczególnie uciążliwa jest konieczność długich dojazdów, są kobiety. Ponad połowa respondentek uznała oddalenie placówek za największą trudność w dostępie do opieki zdrowotnej. Wysoki odsetek kobiet postrzegających ten problem za kluczowy z jednej strony wynika prawdopodobnie z faktu, że dostęp do placówek zdrowia jest dla kobiet trudniejszy, gdy są w ciąży. Może mieć to także wpływ na częstotliwość korzystania przez nie z opieki prenatalnej. Z drugiej strony – to właśnie kobiety zajmują się zazwyczaj zapewnieniem opieki zdrowotnej dzieciom. Rozwiązaniem w tym zakresie mogłoby być wyposażenie gabinetów lekarskich w ośrodkach w aparaty USG. Pozwoliłoby to wykonywać rutynowe badania w czasie prowadzenia ciąży oraz wprowadzić w ośrodkach konsultacje ginekologiczne prowadzone przez kobiety.

Choć możliwość korzystania z opieki zdrowotnej świadczonej przez personel medyczny zatrudniony w ośrodkach ma niewątpliwe zalety (m. in. pomoc językowa w umawianiu wizyt specjalistycznych, szybki dostęp do podstawowych konsultacji medycznych dla osób mieszkających w ośrodkach czy też doświadczenie lekarzy w zakresie pracy z cudzoziemcami), nie powinna to być jedyna możliwość. Szczególnie w przypadku osób mieszkających poza ośrodkiem, których liczba wzrasta.

8.2.3. Bariera językowa w dostępie do opieki zdrowotnej

Cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową (szczególnie mężczyźni) bardzo często wskazywali barierę językową jako trudność w dostępie do opieki zdrowotnej. Podczas gdy cudzoziemcy z tej grupy mają zagwaranto-

wany dostęp do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, nie mogą liczyć na żadną usystematyzowaną pomoc w kwestii tłumaczenia wizyt lekarskich, za wyjątkiem wsparcia oferowanego przez wybrane organizacje pozarządowe. Zwykle jednak pomoc ta bazuje na pracy wolontariuszy, co nie gwarantuje jej ciągłości ani możliwości zapewnienia jej wszystkim potrzebującym. W związku z tym powinno się wprowadzić skuteczne rozwiązania systemowe w tym zakresie, które zapobiegałyby sytuacjom, gdy cudzoziemiec rezygnuje z konsultacji lub leczenia z powodu braku pomocy tłumacza. Byłoby to także gwarancją zrozumienia diagnozy i zaleceń lekarskich przez pacjenta cudzoziemskiego.

8.2.4. Pomoc psychologiczna

Niemal połowa respondentów ubiegających się o ochronę międzynarodową oceniła swoją kondycję psychiczną jako złą lub bardzo złą. Biorąc pod uwagę specyficzne i często traumatyczne doświadczenia cudzoziemców w krajach ich pochodzenia, przeżycia związane z migracją i wyzwania wynikające ze znalezienia się w zupełnie nowym, zazwyczaj odmiennym kulturowo środowisku, szczególnie niepokojący jest fakt, że jedynie niewielki procent respondentów mógł liczyć na wsparcie profesjonalisty w tym zakresie. Wskazuje to na ograniczony dostęp do pomocy psychologicznej.

Konieczne jest zatem wprowadzenie rozwiązań, które dostosowałyby system opieki psychologicznej, gwarantowany w ramach opieki zdrowotnej oferowanej osobom ubiegającym się o nadanie statusu uchodźcy, do ich potrzeb. Wiąże się to z jednej strony z koniecznością przeszkolenia i zatrudnienia specjalistów posiadających kompetencje w zakresie pracy z migrantami przymusowymi (dotyczy to m. in. znajomości języków obcych, wiedzy z zakresu symptomów i zaburzeń psychicznych, często dotykających migrantów). Z drugiej strony, potrzebne jest wprowadzenie długofalowej oferty terapeutycznej jako uzupełnienia konsultacji psychologicznych czy pojedynczych interwencji. Należy także rozważyć umożliwienie korzystania z pomocy psychologicznej również poza ośrodkami (jako uzupełnienie pomocy oferowanej w ośrodkach). Dałoby to dostęp do pomocy osobom, które nie korzystają ze wsparcia z powodu negatywnej presji ze strony innych cudzoziemców, a także tym, które obawiają się, że informacje przekazywane w czasie konsultacji psychologicznych prowadzonych w ośrodkach, dotrą do osób trzecich. Takie rozwiązania korzystnie wpłyną na procesy integracji. Będą one miały także większy oddźwięk niż pozytywny wpływ na cudzoziemca korzystającego z pomocy psychologicznej (m. in. zmniejszenie przemocy w rodzinie, rozładowanie napiętej nieraz sytuacji w ośrodku). Ponadto profesjonalny system pomocy psychologicznej na etapie postępowania o nadanie statusu uchodźcy pozwoli zidentyfikować osoby, które doświadczyły prze-

mocy – zgodnie z przepisami należą one do grupy szczególnie chronionej, wobec której powinno się stosować specjalne procedury administracyjne.

8.3. Nieudokumentowani migranci

8.3.1. Dostęp do opieki zdrowotnej

Jedynie niewiele ponad połowa respondentów o nieuregulowanym statusie zwróciła się do specjalisty medycznego w związku ze swoim ostatnim problemem zdrowotnym w Polsce. Tak niewielki odsetek odzwierciedla fakt, że ta grupa nie jest uprawniona do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych (za wyjątkiem niektórych sytuacji związanych z ratowaniem życia), ani nie ma możliwości wykupienia ubezpieczenia zdrowotnego. W związku z tym nieudokumentowani migranci są zmuszeni każdorazowo korzystać z odpłatnych świadczeń zdrowotnych, co stanowi poważną przeszkodę w dostępie do opieki zdrowotnej: ponad połowa osób z tej kategorii respondentów wskazała, że kwestie finansowe były największą trudnością w tym zakresie. Ponieważ zdecydowana większość nieudokumentowanych migrantów przyjechała do Polski w celach ekonomicznych i często łoży na utrzymanie swoich rodzin, które pozostały w ich kraju pochodzenia, można spodziewać się, że usługi medyczne (szczególnie z zakresu profilaktyki) nie będą traktowane przez nich jako wydatek priorytetowy. Wydaje się to potwierdzać fakt, że blisko połowa nieudokumentowanych respondentów na jednym z etapów rozwiązywania ostatniego problemu zdrowotnego postanowiła zaniechać działań lub poradzić sobie z nim na własną rękę. Ponadto wskazane świadczenia zdrowotne, z których migranci rezygnowali najczęściej (badania laboratoryjne i kontrole medyczne), pokazuje, że grupa ta zaniedbuje działania profilaktyczne. Może mieć to negatywny wpływ na stan zdrowia nieudokumentowanych migrantów w dłuższej perspektywie czasowej, a przez to – na koszty opieki zdrowotnej ponoszonej przez państwo w sytuacjach ratowania życia. Aby zapobiec tym konsekwencjom, należy włączyć migrantów o nieuregulowanym statusie w akcje zdrowotne o charakterze profilaktycznym skierowane do obywateli polskich (m. in. bezpłatne badania mammograficzne czy cytologiczne, badania serca dla osób znajdujących się w grupie ryzyka, np. tzw. białe niedziele).

W wypadku nieudokumentowanych migrantów kluczowe jest jednak to, że główną barierą w dostępie do opieki zdrowotnej jest ich status prawny. Stworzenie mechanizmów umożliwiających zmianę tego statusu oraz pozwalających migrantom na uzyskanie prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych przy jednoczesnym nałożeniu na nich obowiązków w zakresie regulowania składek wydaje się więc podstawowym krokiem na drodze do poprawiania dostępu nieudokumentowanych migrantów do opie-

ki zdrowotnej. Bez umożliwienia zmiany statusu prawnego postulowanie rozwiązań zakładających udzielanie bezpłatnych świadczeń tej kategorii cudzoziemców wydaje się nieuzasadnione w kontekście permanentnego niedoboru funduszy na ochronę zdrowia w Polsce i ciągle rosnących kosztów świadczenia tych usług.

8.3.2. Dostęp do opieki prenatalnej i okołoporodowej

Wszystkie nieudokumentowane respondentki, które urodziły dzieci w Polsce, miały dostęp do opieki porodowej w publicznym szpitalu – w większości przypadków jednak odpłatnie. W przypadku zapewnienia dostępu do opieki zdrowotnej nieudokumentowanym małoletnim dzieciom oraz ciężarnym należy zwrócić uwagę na zobowiązania państwa w tym zakresie. Odmowa dostępu do publicznej służby zdrowia narusza przepisy Konwencji Praw Dziecka Organizacji Narodów Zjednoczonych, której Polska jest stroną, jak i Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej[106]. Zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych dostęp do bezpłatnej opieki medycznej, bez względu na status ubezpieczeniowy, jest zapewniony dzieciom do 18 roku życia oraz kobietom podczas ciąży, porodu i połogu. Jednak prawo to przysługuje jedynie osobom posiadającym polskie obywatelstwo oraz mającym miejsce zamieszkania w Polsce. W myśl Konstytucji RP oraz Konwencji Praw Dziecka te same prawa powinny przysługiwać wszystkim dzieciom oraz kobietom ciężarnym, bez względu na ich status prawny w Polsce, co wymaga wprowadzenia odpowiednich zapisów do ustawodawstwa.

[106]Więcej na ten temat patrz w rozdziale: K. Maśliński, *Prawne regulacje w zakresie dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce*, str. 23 i nast.

Sara Collantes
tłum. Dagmara Kulis

Czy osoby ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy oraz nieudokumentowani migranci mają dostęp do opieki medycznej w krajach Unii Europejskiej? Porównanie sytuacji w 16 krajach[1]

1. O publikacji

Raport został przygotowany na podstawie publikacji HUMA network pt. „Dostęp do opieki medycznej w 10 krajach Unii Europejskiej dla nieudokumentowanych[2] migrantów oraz osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy”[3] oraz wyników nowych badań przeprowadzonych przy wsparciu partnerów HUMA network w sześciu innych państwach unijnych. Publikacja dotyczy więc szesnastu państw członkowskich Unii Europejskiej: Belgii, Cypru, Czech, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Malty, Niemiec, Polski, Portugalii, Rumunii, Słowenii, Szwecji, Wielkiej Brytanii oraz Włoch.

[1] Raport powstał we współpracy z działem koordynacji HUMA network; Międzynarodową Organizacją Lekarze Świata; delegacjami Lekarzy Świata w Belgii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Portugalii, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Włoszech; oraz partnerami HUMA network: ARCA (Rumunia), KISA (Cypr), Multikulturni Center Praha (Czechy), Slovenska Philantropija (Słowenia) oraz Stowarzyszeniem Interwencji Prawnej (Polska). Raport w wersji oryginalnej (angielskiej) dostępny na stronie: www.huma-network.org

[2] Nieudokumentowani migranci – cudzoziemcy nie posiadający dokumentów uprawniających do pobytu w Polsce. Są to np. osoby przebywające w Polsce po upływie terminu ważności stosownych dokumentów; osoby, które przybyły do Polski nielegalnie i nie zalegalizowały swojego pobytu; osoby, które nie składały wniosku o nadanie statusu uchodźcy bądź składały taki wniosek, ale postępowanie administracyjne zakończyło się decyzją negatywną oraz nakazem opuszczenia Polski lub decyzją o wydaleniu poza granice kraju, a mimo to osoby te pozostają na terytorium Polski.

[3] HUMA network „Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries”, 2009 r.

Raport, dostępny w trzynastu językach, jest przeznaczony głównie dla organizacji i osób zawodowo zajmujących się prawami migrantów, w tym prawem do opieki medycznej, a także dla europejskich i krajowych organów ustawodawczych.

Z uwagi na charakter prawny tego raportu, dane w nim zawarte mogą ulegać zmianom, które zależą od zmian legislacyjnych wprowadzanych w poszczególnych krajach. Z tego powodu należy mieć na uwadze, że informacje dotyczące Belgii, Francji, Hiszpanii, Holandii, Malty, Niemiec, Portugalii, Szwecji, Wielkiej Brytanii oraz Włoch odnoszą się do rozporządzeń prawnych obowiązujących w tych państwach we wrześniu 2009 roku. Dane z pozostałych krajów (Cypr, Czechy, Grecja, Polska, Rumunia i Słowenia) dotyczą stanu prawnego w tych państwach z września 2010 roku.

2. Wprowadzenie

Obecnie na terytorium Unii Europejskiej przebywa znacząca liczba nieudokumentowanych migrantów, którzy są jedną z najbardziej dyskryminowanych grup społecznych. Wykluczenie migrantów dotyczy m. in. kwestii ochrony zdrowia – są oni bowiem często pozbawieni dostępu do opieki medycznej. Migranci zmagają się więc nie tylko z takimi ograniczeniami, jak brak znajomości swoich praw, bariery językowe i kulturowe, itp., które stanowią problem całej tej grupy, ale także ponoszą konsekwencje swojego niskiego statusu społecznego i „niewidzialności" w społeczeństwie. Okoliczności takie jak tymczasowość uprawnień, obwarowania administracyjne, ciągła obawa przed denuncjacją, brak środków finansowych i dostępu do informacji powodują, że wizyta u lekarza bądź w szpitalu to ostateczność, na którą decydują się tylko w najpoważniejszych przypadkach.

Sytuacja osób starających się o nadanie statusu uchodźcy w kwestii opieki medycznej jest także problematyczna, chociaż ze względu na ich uregulowany status prawny w wielu krajach nie przedstawia się krytycznie. Jednak faktyczny dostęp do opieki medycznej zależy w dużym stopniu od praw przyznanych tym osobom przez państwo je przyjmujące, od wymogów administracyjnych oraz polityki, której celem jest ułatwienie dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej.

Kolejna ważna różnica między tymi dwiema wykluczonymi społecznie grupami dotyczy stosunku Unii Europejskiej do kwestii dostępu do opieki medycznej dla każdej z nich. O ile istnieje unijna dyrektywa regulująca w minimalnym stopniu standardy przyjmowania osób starających się o nadanie statusu uchodźcy oraz określająca minimalny zakres opieki zdrowotnej, którą kraj członkowski powinien im zagwarantować, to nie ma żadnych

postanowień na szczeblu europejskim, które regulowałyby dostęp nieudokumentowanych migrantów do opieki zdrowotnej lub gwarantowałyby zaspokojenie ich innych, podstawowych potrzeb społecznych. W Unii Europejskiej debata dotycząca nieudokumentowanych migrantów koncentruje się nadal wokół walki z nielegalną imigracją. Ponadto na szczeblu unijnym do tej pory nie podjęto rozmów na temat potrzeby ich ochrony ani nie rozpoczęto ratyfikacji Międzynarodowej Konwencji o Ochronie Praw Wszystkich Pracowników-Migrantów i Członków Ich Rodzin. Ten instrument prawny, który ma za zadanie zagwarantować respektowanie praw wszystkich migrantów niezależnie od ich statusu administracyjnego, nie został jeszcze przyjęty przez żaden kraj członkowski Unii Europejskiej.

W konsekwencji kraje członkowskie Unii Europejskiej posługują się opieką medyczną jako instrumentem służącym do kontroli migracji. Tymczasem należy ją postrzegać jako prawo, którego te kraje, zgodnie z międzynarodowymi zobowiązaniami w dziedzinie praw człowieka, powinny bronić. Z uwagi na to, że każdy kraj członkowski Unii Europejskiej wprowadził własny system regulujący dostęp nieudokumentowanych migrantów oraz osób starających się o nadanie statusu uchodźcy do opieki medycznej, prawa i warunki administracyjne, którym podlegają te grupy społeczne, różnią się znacznie w poszczególnych krajach.

Głównym celem tej publikacji jest ogólne przedstawienie sytuacji prawnej dotyczącej dostępu do opieki medycznej w danym kraju dla nieudokumentowanych migrantów oraz osób starających się o nadanie statusu uchodźcy. Dane zestawiono w trzech tabelach porównawczych, które dotyczą odpowiednio: dorosłych nieudokumentowanych migrantów, dorosłych ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy oraz dzieci i kobiet w ciąży. Raport uwzględnia także kraje, w których istnieją mechanizmy prawne chroniące poważnie chorych, przebywających nielegalnie cudzoziemców przed deportacją oraz kraje nakładające obowiązek denuncjacji i penalizujące pomoc okazywaną nieudokumentowanym migrantom.

Raport przedstawia dowody na to, że na terytorium Unii Europejskiej dostęp do opieki medycznej dla nieudokumentowanych migrantów oraz osób starających się o nadanie statusu uchodźcy – choć w przypadku tej drugiej grupy w mniejszym stopniu – nie jest zagwarantowany. Standardy przewidziane przez główne traktaty międzynarodowe nie są przestrzegane w praktyce, a kraje członkowskie zamiast stopniowo je wprowadzać coraz częściej używają ich jako narzędzia zniechęcającego nowych migrantów do przyjazdu.

Tę restrykcyjną tendencję widać w całej Europie. Coraz bardziej zagraża ona efektywności polityki zdrowotnej w ogóle, ponieważ duża grupa społeczna przebywająca na terytorium Unii Europejskiej jest wykluczona z ogólnego systemu opieki medycznej.

Na podstawie wyników przeprowadzonych badań HUMA network udziela szczegółowych rekomendacji instytucjom Unii Europejskiej, a także jej państwom członkowskim, w kwestii poprawy warunków dostępu do opieki medycznej – tak, aby unikać dyskryminacji ze względu na status prawny danej osoby.

3. Sytuacja w poszczególnych krajach

BELGIA
(system ubezpieczeniowy)

W Belgii osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy mają dostęp praktycznie do wszystkich typów opieki lekarskiej i profilaktyki zdrowotnej. W kwestii zakresu opieki medycznej nie są więc dyskryminowane w porównaniu z obywatelami belgijskimi. Jednak jest inaczej, kiedy weźmiemy pod uwagę kroki administracyjne niezbędne do otrzymania pomocy medycznej.

Z kolei nieudokumentowanym migrantom poza opieką lekarską w nagłych przypadkach przysługuje darmowo tzw. *Aide Médicale Urgente* (nagła pomoc medyczna), która przewiduje dosyć szeroki zakres usług medycznych z wyjątkiem takich jak: niektóre protezy i urządzenia oraz niektóre rodzaje leków. Nadawanie migrantom uprawnień do korzystania z opieki medycznej odbywa się w ramach specjalnie stworzonego systemu administracyjnego, w którym obowiązują skomplikowane procedury. Zalicza się do nich m.in. wizytę pracowników opieki społecznej w miejscu pobytu danej osoby oraz certyfikat lekarski potwierdzający „nagłą konieczność" udzielenia pomocy medycznej, o którą ubiega się dana osoba. System ten jest bardzo zbiurokratyzowany, a stosowanie przez władze lokalne przewidzianych w nim rozwiązań różni się w praktyce w zależności od regionu.

Tylko niewielka liczba osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy i nieudokumentowanych migrantów (są to dzieci bez opieki) ma dostęp do opieki zdrowotnej na jednakowych zasadach jak obywatele belgijscy. Dotyczy to nie tylko zakresu usług, ale także spełniania niezbędnych wymogów administracyjnych.

CYPR
(połączenie czterech różnych systemów)

W przeciwieństwie do sytuacji w innych krajach, których dotyczy raport, na Cyprze dostęp do opieki medycznej dla przebywających tam legalnie pracowników-migrantów zależy od sektora ich działalności i jest dość ograniczony.

Na przykład kobiety będące pracownikami domowymi muszą same pokrywać 50% kosztów prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, a pakiet dostępnych usług medycznych nie gwarantuje im nawet opieki ginekologicznej i położniczej.

Osoby ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy mogą bezpłatnie korzystać z opieki medycznej w nagłych przypadkach oraz z „niezbędnej" opieki medycznej, jednak tylko wtedy, gdy mieszkają w ośrodkach dla uchodźców, otrzymują świadczenia socjalne, mogą udokumentować brak środków niezbędnych do życia lub należą do grupy wymagającej szczególnego wsparcia. Pozostałe osoby muszą ponosić pełne koszty usług medycznych. „Niezbędna" opieka medyczna jest rozumiana szeroko. Zalicza się do niej podstawową i specjalistyczną opiekę lekarską oraz leczenie poważnych chorób zakaźnych takich jak HIV. Zgodnie z prawem grupy wymagające szczególnego wsparcia to: niepełnoletni, osoby wymagające specjalnej opieki, kobiety w ciąży oraz ofiary przemocy. Osoby te mają także prawo do darmowego dostępu do „innej opieki w każdej sytuacji".

Na Cyprze nie ma postanowień prawnych regulujących dostęp do opieki medycznej dla nieudokumentowanych migrantów. Wydano jedynie kilka ministerialnych okólników, według których każda osoba ma prawo do bezpłatnej opieki w nagłych przypadkach, pod warunkiem, że interwencja medyczna nie wiąże się z hospitalizacją. Ponadto jedynym rodzajem opieki lekarskiej dostępnej dla nieudokumentowanych migrantów (dorosłych i dzieci), teoretycznie bezpłatnym, jest diagnostyka i leczenie HIV oraz innych chorób zakaźnych.

CZECHY
(system ubezpieczeniowy)

Osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy mają prawo do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W ten sposób zyskują też prawo dostępu do takich samych rodzajów opieki medycznej i profilaktyki zdrowotnej, jak obywatele Czech. Mimo zwolnienia z obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie, osoby te, gdy chcą skorzystać z usług służby zdrowia, muszą wnieść – podobnie jak wszyscy inni ubezpieczeni – „opłatę regulacyjną". Mimo że wynosi ona tylko 1,20 euro, to jednak stanowi przeszkodę w uzyskaniu dostępu do opieki medycznej. W rzeczywistości bowiem osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy nie mają pozwolenia na pracę w pierwszym roku pobytu w Czechach ani nie pobierają świadczeń socjalnych z instytucji publicznych. Ponadto nie otrzymują powszechnie obowiązującej karty ubezpieczenia, a jedynie papierowy certyfikat, przeważnie nieznany pracownikom opieki medycznej. To także utrudnia korzystanie z usług medycznych. System ten dotyczy także wszystkich dzieci pozbawionych opieki. Wyjątek stanowi „opłata regulacyjna". Pokrywa ją zwykle ośrodek, w którym dzieci przebywają.

Nieudokumentowani migranci oraz grupy osób wymagające szczególnego wsparcia (np. dzieci, kobiety w ciąży) nie mają w Czechach bezpłatnego dostępu do żadnych usług medycznych. Ponoszą pełne koszty leczenia w każdym przypadku. Jednak jeśli nie stać ich na pokrycie kosztów leczenia, nie wolno odmówić im natychmiastowej pomocy (rozumie się przez to głównie pomoc niezbędną w sytuacjach zagrażających życiu) oraz leczenia chorób zakaźnych, w tym HIV. Te rodzaje usług medycznych są dostępne nieudokumentowanym migrantom (prawo zobowiązuje pracowników opieki medycznej do udzielenia pomocy w nagłych przypadkach wszystkim oraz do leczenia wszystkich chorych na choroby zakaźne), jednak odpłatnie.

Jedynym sposobem zyskania dostępu do opieki medycznej jest prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Spośród dwóch rodzajów polis ubezpieczeniowych pierwsza jest stosunkowo łatwo dostępna, ale obejmuje tylko „natychmiastową opiekę medyczną" i w rezultacie ma nikłe zastosowanie. Druga polisa ubezpieczeniowa ma szersze zastosowanie w praktyce, ale nieudokumentowani migranci wybierają ją rzadziej ze względu na brak informacji, brak dobrego stanu zdrowia wymaganego w chwili wykupu ubezpieczenia, wysokie koszty i ograniczony zakres dostępnych usług.

Jeszcze do niedawna w Czechach nie dyskutowano na temat bardzo problematycznej kwestii dostępu do opieki medycznej dla nieudokumentowanych migrantów. Ponadto nie ma żadnych programów ani inicjatyw publicznych na poziomie lokalnym, które zajmowałyby się tym problemem. Z kolei usługi medyczne świadczone przez organizacje społeczeństwa obywatelskiego są nadal znikome.

FRANCJA
(system ubezpieczeniowy)

Osoby starające się o uzyskanie statusu uchodźcy mają prawo do opieki medycznej na takich samych zasadach, jak obywatele francuscy, zarówno w kwestii ubezpieczenia jak i warunków dostępu. Dotyczy to także dzieci pozbawionych opieki, o ile są objęte wsparciem w ramach systemu pomocy społecznej.

Nieudokumentowani migranci mają bezpłatny (z kilkoma wyjątkami) dostęp do opieki medycznej w ramach systemu administracyjnego *Aide Médicale État* (państwowa pomoc medyczna). Jednak, żeby korzystać z *AME*, nieudokumentowani migranci muszą spełnić dwa warunki: przebywać we Francji przez co najmniej trzy miesiące oraz mieć dochód nieprzekraczający określonego poziomu. Żeby wykazać, że spełnia się te wymogi, trzeba podjąć określone kroki administracyjne, a czasem także przedstawić dodatkowe dokumenty. Wszystko to stanowi poważną przeszkodę w uzyskaniu dostępu do opieki zdrowotnej.

Wszyscy pozostali nieudokumentowani migranci mogą korzystać bezpłatnie z opieki medycznej w nagłych przypadkach, a ponadto z: opieki przed- i poporodowej, aborcji i zakończenia ciąży za wskazaniem lekarskim oraz leczenia HIV i innych chorób zakaźnych, np. gruźlicy.

Propozycja nowego prawa, które mogłoby wejść w życie w 2011 roku, nakłada na dorosłych nieudokumentowanych migrantów obowiązek opłacenia rocznej składki zdrowotnej w wysokości 30 euro, aby mogli korzystać z *AME*. Oznaczałoby to koniec bezpłatnej opieki medycznej dla nieudokumentowanych migrantów we Francji.

GRECJA

(połączenie państwowej służby zdrowia z systemem ubezpieczeniowym)

Osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy są uprawnione do bezpłatnego dostępu do prawie wszystkich rodzajów opieki medycznej i lekarstw pod warunkiem, że nie posiadają wystarczających środków do zapłacenia za leczenie (leczenie HIV jest wyjątkiem). Mogą korzystać z tych usług w publicznych placówkach zdrowia jednak tylko wtedy, gdy nie są nigdzie zatrudnione. Jeśli pracują, są zobowiązane do członkostwa w jednym z funduszy ubezpieczeniowych, co oznacza konieczność opłacania składek i dopłaty do niektórych usług – podobnie jak w przypadku wszystkich innych ubezpieczonych obywateli Grecji. Regulacje prawne dotyczące dostępu osób starających się o nadanie statusu uchodźcy do opieki medycznej mają raczej małe zastosowanie w praktyce, ponieważ rząd grecki ma trudności z rozpatrywaniem wniosków o nadanie statusu uchodźcy oraz z wprowadzaniem minimalnych standardów ochrony dla osób ubiegających się o ochronę międzynarodową.

Nieudokumentowani migranci zmagają się w Grecji z poważną dyskryminacją. Prawo pod groźbą kary zabrania instytucjom publicznym, łącznie z zakładami opieki zdrowotnej i szpitalami, świadczenia im jakichkolwiek usług. Wyjątek stanowią dzieci oraz dorośli potrzebujący opieki w nagłych przypadkach, którzy jednak mogą pozostawać pod opieką lekarską tylko do czasu, kiedy ich stan zdrowia się ustabilizuje. Oznacza to, że dorośli nieudokumentowani migranci nie są upoważnieni do korzystania bezpłatnie ani ze świadczeń w ramach ubezpieczenia, ani do jakichkolwiek innych usług medycznych. Jednak w praktyce pracownicy służby zdrowia często interpretują ten zapis dość swobodnie.

Biorąc pod uwagę rozporządzenia, można stwierdzić, że prawo nie zabrania udzielania pomocy medycznej jedynie dzieciom nieudokumentowanych migrantów. W Grecji przekonanie, że wszystkie dzieci mają prawo dostępu do bezpłatnej opieki zdrowotnej, jest powszechne. Jednak faktyczna dostępność opieki medycznej jest niepewna, ponieważ nie istnieją regulacje ani wy-

tyczne, które mogłyby wypełnić lukę w informacjach na temat prawa do opieki medycznej i warunków jej udzielania. Prawo chroni dzieci bez opieki tak długo, jak wspomina o nich ustawa regulująca warunki przyjmowania osób starających się o nadanie statusu uchodźcy.

HISZPANIA
(państwowa służba zdrowia)

W Hiszpanii nieudokumentowani migranci i osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy mają prawo korzystania z opieki medycznej na takich samych zasadach, jak obywatele hiszpańscy, zarówno w kwestii ubezpieczenia jak i warunków dostępu. Problem stanowią jednak wymogi administracyjne stawiane nieudokumentowanym migrantom, a zwłaszcza tzw. *empadronamiento* czyli obowiązek rejestracji w odpowiednim urzędzie, oznacza to bowiem konieczność posiadania ważnego dokumentu tożsamości oraz stałego miejsca zamieszkania.

Dzieci i kobiety w ciąży nie podlegają żadnym wymogom administracyjnym. Co najmniej cztery spośród siedemnastu regionów Hiszpanii zmieniły swoje rozporządzenia na bardziej przyjazne. Przyjęły one formę „karty zdrowia", która jest wydawana wszystkim nieudokumentowanym migrantom bez konieczności spełnienia jakichkolwiek wymogów administracyjnych.

HOLANDIA
(system ubezpieczeniowy)

Osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy mają prawo do korzystania ze wszystkich rodzajów opieki zdrowotnej bezpłatnie – z nielicznymi wyjątkami. W kwestii warunków uzyskania opieki medycznej system obowiązujący osoby starające się o ochronę międzynarodową różni się od tego, który dotyczy obywateli holenderskich. Osoby te bowiem nie mogą wybierać firmy ubezpieczeniowej. Jednakże ta różnica nie ma dużego wpływu na przysługujące im usługi medyczne i warunki opieki. Nieudokumentowani migranci uzyskują dostęp do opieki lekarskiej tylko po uprzedniej konsultacji z lekarzem, który musi każdorazowo stwierdzić, że dany przypadek kwalifikuje się jako „medycznie konieczny". Zgodnie z prawem migranci ponoszą koszty opieki medycznej z wyjątkiem sytuacji, w których udowodnią, że nie są w stanie tego zrobić. Wówczas pracownicy przychodni, szpitali i aptek wykonują swoje obowiązki w zakresie opieki medycznej lub leczenia, a następnie występują do specjalnego funduszu publicznego o zwrot poniesionych kosztów.

Mimo korzystnej interpretacji prawnej, a zwłaszcza praktyki (wraz z leczeniem HIV i opieką przed- i poporodową), system holenderski nie gwarantuje rzeczywistego dostępu do opieki zdrowotnej, ponieważ dużo zależy od subiektywnej oceny lekarza. Ponadto wiele placówek medycznych nie jest zmotywowanych do udzielania pomocy, bowiem mogą otrzymać co najwyżej zwrot 80% kosztów.

MALTA
(państwowa służba zdrowia)

Zakres usług, jakie według maltańskiego prawa przysługują nieudokumentowanym migrantom oraz osobom starającym się o nadanie statusu uchodźcy, nie odbiega od średniej europejskiej. Taką sytuację wyjaśnia w dużej mierze brak ram prawnych, które definiowałyby różne grupy cudzoziemców przebywających na terytorium kraju oraz ich podstawowe prawa.

Istnieje ustawa, która daje osobom starającym się o nadanie statusu uchodźcy prawo dostępu do „państwowej opieki medycznej i usług" (bez dodatkowych szczegółów). Jednak żadne rozporządzenie nie odnosi się do nieudokumentowanych migrantów i ich dostępu do opieki zdrowotnej. Istnieje tylko jeden dokument stwierdzający, że wszyscy cudzoziemcy pozbawieni wolności uprawnieni są do „bezpłatnej państwowej opieki medycznej i usług". Nie jest on jednak wiążący w świetle prawa. Interpretacja tego zapisu jest dość swobodna, a praktyka pokazuje, że faktyczny dostęp tych grup społecznych do opieki zdrowotnej i leków w dużym stopniu zależy od indywidualnych decyzji szpitali. W tej sytuacji mają duże znaczenie także dobre chęci opiekunów ośrodków, w których przebywają migranci, a które mają ograniczone możliwości medyczne.

W przypadkach, kiedy nieudokumentowanym migrantom i osobom starającym się o nadanie statusu uchodźcy zezwolono korzystać z usług medycznych, zyskują oni dostęp do głównego systemu opieki zdrowotnej na podstawie wydanego im dokumentu tożsamości.

NIEMCY
(system ubezpieczeniowy)

Osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy są wyraźnie dyskryminowane przez niemiecką legislację przez cztery pierwsze lata ich pobytu w Niemczech. W tym okresie są uprawnione jedynie do bezpłatnego dostępu do leczenia w przypadku „poważnej choroby lub ostrego bólu" oraz opieki, która „jest konieczna w rekonwalescencji, doprowadzeniu do poprawy lub ulgi w chorobie

i w jej następstwach" (m. in. wraz z opieką przed- i poporodową oraz leczeniem HIV). Tylko wobec dzieci zakres świadczeń zdrowotnych jest rozszerzony.

W świetle prawa nieudokumentowani migranci dysponują takimi samymi uprawnieniami. Jednak podobieństwo pomiędzy uprawnieniami osób starających się o nadanie statusu uchodźcy przebywających w Niemczech krócej niż czterdzieści osiem miesięcy oraz nieudokumentowanych migrantów nie ma odzwierciedlenia w codziennej praktyce. Dzieje się tak z powodu obowiązku denuncjacji, nałożonego przez niemieckie prawo na instytucje administracji publicznej i ośrodki pomocy społecznej, które posiadają kompetencje w kwestiach administracji medycznej. Dopiero niedawno uchwalona przez niemiecki Parlament regulacja wyłączyła ośrodki pomocy społecznej z obowiązku denuncjacji w sytuacji, kiedy placówki świadczące usługi medyczne zwracają się do nich z prośbą o refundację kosztów pomocy w nagłych przypadkach.

Te surowe przepisy „udało się obejść" tylko w kilku inicjatywach na szczeblu lokalnym, które miały na celu zapewnienie nieudokumentowanym migrantom podstawowej opieki medycznej i zagwarantowanie im w tym celu anonimowości.

POLSKA
(system ubezpieczeniowy)

Osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy nie są uprawnione do ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, jednak mogą korzystać z bezpłatnych „usług zdrowotnych" w wyznaczonych placówkach medycznych. Nie ma żadnej oficjalnej interpretacji tego przepisu, ale ogólnie rozumie się go jako obejmujący wszystkie usługi medyczne dostępne dla ubezpieczonych.

Nieudokumentowani migranci są w Polsce wyraźnie dyskryminowani. Do tego stopnia, że opieka, do której mają bezpłatny dostęp, ogranicza się do pomocy w nagłych przypadkach udzielanej przez ratowników medycznych poza szpitalem oraz do leczenia chorób zakaźnych, do którego zobowiązuje prawo (łącznie z leczeniem poekspozycyjnym ze styczności z wirusem). Zważywszy na obowiązek spoczywający na pracownikach służby zdrowia, aby nigdy nie odmawiać pomocy w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia, nieudokumentowani migranci mogą być leczeni na oddziałach ratunkowych, jednak muszą ponieść całkowity koszt opieki medycznej.

Sytuacja dzieci nie posiadających pozwolenia na pobyt (zarówno przebywających pod opieką rodziców/opiekunów, jak i pozbawionych opieki) jest nieznacznie lepsza niż dorosłych. Jeśli uczęszczają one do szkół państwowych, wówczas są objęte bezpłatną profilaktyką zdrowotną i stomatologiczną, łącznie z obowiązkowymi szczepieniami, kontrolami stanu zdrowia i badaniami przesiewowymi.

PORTUGALIA
(państwowa służba zdrowia)

Osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy mają prawo dostępu do opieki medycznej na takich samych zasadach, jak obywatele portugalscy, zarówno w kwestii ubezpieczenia jak i warunków dostępu. Zgodnie z prawem szeroki pakiet usług medycznych jest dostępny nieudokumentowanym migrantom, jeśli udowodnią, że przebywają w Portugalii od co najmniej dziewięćdziesięciu dni. Jednak potrzeba udokumentowania czasu pobytu często stanowi barierę uniemożliwiającą skorzystanie z tego prawa. Dostęp do pomocy medycznej uzyskuje się dzięki tymczasowej rejestracji w przychodniach, którą powtarza się zwykle za każdym razem, kiedy dana osoba zgłasza się po pomoc medyczną. Za większość usług pacjenci muszą wnieść opłatę manipulacyjną, chyba że dysponują certyfikatem o braku środków finansowych.

Nieudokumentowani migranci, przebywający w Portugalii krócej niż dziewięćdziesiąt dni, są traktowani jak turyści i mają ograniczone ubezpieczenie, które jednak przewiduje m. in. leczenie HIV oraz opiekę przed- i poporodową.

RUMUNIA
(system ubezpieczeniowy)

Teoretycznie osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy uprawnione są do ustawowej opieki zdrowotnej, jeśli pracują lub zdecydują się na „ubezpieczenie fakultatywne". Jednak niezdolność do wnoszenia składek oznacza, że mogą korzystać tylko z uprawnień zdefiniowanych przez prawo uchodźcze. Prawo to gwarantuje im bezpłatny dostęp do podstawowej opieki medycznej, opieki w nagłych przypadkach oraz leczenia bardzo poważnych schorzeń przewlekłych, które mogą stanowić bezpośrednie zagrożenie życia (zazwyczaj do tej kategorii zalicza się HIV). Ponadto prawo stanowi, że ci, którzy mają „specjalne potrzeby", otrzymają „odpowiednią pomoc medyczną", jednak ustawa nie podaje więcej szczegółów na ten temat. Oprócz tego osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy podlegają także ogólnej ustawie o opiece zdrowotnej i dzięki temu mogą bezpłatne korzystać z leczenia chorób potencjalnie epidemicznych, z opieki przed- i poporodowej oraz usług w zakresie planowania rodziny.

Te ogólne zasady dotyczą też nieudokumentowanych migrantów oraz wszystkich innych osób, których nie obejmuje ubezpieczenie. W Rumunii, przynajmniej teoretycznie, każdy ma prawo uzyskać bezpłatną pomoc w nagłych przypadkach, w razie zachorowania na chorobę potencjalnie epidemiczną, w przypadku ciąży oraz z usług w zakresie planowania rodziny. Pozostałe usługi medyczne świadczy się tylko za pełną opłatą. Jedyny odstępstwo dotyczy dzie-

ci poniżej osiemnastego roku życia, które – niezależnie od statusu prawnego – są traktowane na równi z dziećmi obywateli Rumunii.

Niektórzy nieudokumentowani migranci otrzymują zgodę na „pobyt tolerowany" z racji tego, że nie mogą być deportowani. Do tej pory taki status nie gwarantował żadnych praw, jednak obecnie władze rumuńskie biorą pod uwagę możliwość nadania osobom posiadającym taki status prawa do pracy, a tym samym prawa do ubezpieczenia pod warunkiem opłacania składek.

SŁOWENIA
(system ubezpieczeniowy)

Zgodnie z obowiązującym w Słowenii prawodawstwem osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy oraz nieudokumentowani migranci mają takie same prawa. Mogą korzystać bezpłatnie z „opieki w nagłych przypadkach i niezbędnego leczenia". Oprócz usług medycznych w bardzo poważnych sytuacjach są uprawnieni do: opieki przed- i poporodowej, aborcji oraz usług w zakresie planowania rodziny. Choć prawo podaje wyczerpującą definicję pojęcia „niezbędne leczenie", zaznacza także, że termin ten będzie podlegał każdorazowo interpretacji lekarza. Ponadto osoby ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy pozostające w trudnej sytuacji i wymagające szczególnego wsparcia (łącznie z dziećmi, nieletnimi pozbawionymi opieki, kobietami w ciąży oraz ofiarami przemocy) oraz inni wnioskodawcy w wyjątkowych sytuacjach mają prawo do „dodatkowych usług medycznych", zdefiniowanych przez specjalną komisję, którą powołało Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.

Niektórzy nieudokumentowani migranci, którzy nie mogą być deportowani ze Słowenii, otrzymują zgodę na „pobyt tolerowany". Status ten jest jedynie upoważnieniem do pozostania w kraju (niejednoznacznym z pozwoleniem na pobyt), przyznawanym głównie osobom, którym odmówiono statusu uchodźcy oraz osobom opuszczającym izbę zatrzymań lub więzienie. Takie osoby mają prawo do takiej samej opieki medycznej, jak osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy oraz nieudokumentowani migranci.

SZWECJA
(państwowa służba zdrowia)

W Szwecji osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy i nieudokumentowani migranci są wyraźnie dyskryminowani przez obowiązujące prawo w kwestii dostępu do opieki medycznej. Jedyny wyjątek stanowią dzieci osób starających się o nadanie statusu uchodźcy, dzieci starające się o nadanie takiego statusu oraz dzieci, których rodzicom odmówiono statusu uchodźcy.

Dorosłe osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy mają prawo do bezpłatnego dostępu jedynie do „opieki, która nie może zostać odłożona w czasie", opieki przed- i poporodowej, usług w zakresie planowania rodziny i aborcji. Muszą wnieść opłatę nakładaną na pacjentów za niektóre z tych usług.

Przez długi czas prawo nie zajmowało się nieudokumentowanymi migrantami. Dopiero od niedawna prawo szwedzkie się porusza kwestię dorosłych, którym nie przyznano statusu uchodźcy, jednak tylko w celu wykluczenia ich poza zdefiniowane kategorie cudzoziemców mających określony dostęp do systemu zdrowotnego. A więc nieudokumentowani migranci w Szwecji, łącznie z dziećmi (innymi niż dzieci, których rodzicom nie przyznano statusu uchodźcy), kobietami w ciąży oraz osobami w nagłych przypadkach lub z poważnymi chorobami zakaźnymi, nie mają bezpłatnego dostępu do żadnych usług medycznych. Dodatkowo są narażeni na duże trudności w opłacaniu wysokich kosztów leczenia. Jednak odkąd nie istnieje formalny zakaz leczenia nieudokumentowanych migrantów, a niektóre rady regionalne oraz szpitale publiczne podjęły nieśmiało inicjatywę, aby choć w ograniczonym stopniu objąć opieką medyczną tę wyjątkowo zmarginalizowaną grupę społeczną.

WIELKA BRYTANIA
(państwowa służba zdrowia)

Osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy mają prawo dostępu do opieki medycznej na takich samych zasadach, jak obywatele brytyjscy, zarówno w kwestii ubezpieczenia, jak i warunków dostępu. Zasada ta dotyczy także dzieci pozbawionych opieki.

Nieudokumentowani migranci (dorośli i dzieci bez opieki) mają bezpłatny dostęp tylko do opieki medycznej w podstawowym zakresie, do opieki w nagłych przypadkach, do usług w zakresie planowania rodziny, leczenia chorób zakaźnych (oprócz HIV) oraz w przypadku poważnych zaburzeń psychicznych. Od 2004 roku muszą opłacać pełne koszty wszystkich innych zabiegów przeprowadzanych w szpitalu oraz ponosić koszty diagnostyki, łącznie z opieką specjalistyczną, hospitalizacją, opieką przed- i poporodową w szpitalu, lekami oraz leczeniem HIV. Ponadto mogą nie uzyskać dostępu do tych usług, jeśli nie wpłacą zaliczki. Dotyczy to jednak tylko sytuacji, kiedy leczenie może zostać odłożone do chwili, kiedy pacjent powróci do swojego kraju ojczystego.

Dużą przeszkodę, którą napotykają nieudokumentowani migranci, stanowi zasada, że lekarze rodzinni w Wielkiej Brytanii mają prawo do subiektywnej decyzji o wpisaniu pacjenta na listę *National Health System* (narodowego systemu zdrowia) lub o odrzuceniu jego wniosku. Wpisanie na tę listę daje niewielkie prawa, jakie przyznaje się nieudokumentowanym migrantom.

WŁOCHY
(państwowa służba zdrowia)

Osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy mają prawo dostępu do opieki medycznej na takich samych zasadach, jak obywatele włoscy, zarówno w kwestii ubezpieczenia jak i warunków dostępu. Zasada ta dotyczy także dzieci pozbawionych opieki.

Nieudokumentowani migranci mają dość szeroki dostęp do świadczeń zdrowotnych (wypunktowanych i opisanych szczegółowo w ustawie) dzięki specyficznemu systemowi nazwanemu *Stranieri Temporamente Presenti* (cudzoziemcy przebywający tymczasowo). W ramach tego systemu wszyscy nieudokumentowani migranci mogą łatwo uzyskać tymczasowy, ale odnawialny, anonimowy kod. Choć w ramach tego systemu nieudokumentowani migranci są zazwyczaj objęci obowiązkiem uiszczenia symbolicznej opłaty za usługi medyczne, główną barierą jest brak prawa do wizyt u lekarza rodzinnego, co z kolei prowadzi do wielu przeszkód w uzyskaniu pomocy specjalisty.

4. Tabele porównawcze

W poniższych tabelach przedstawiono podsumowanie wyników raportów krajowych zawartych w publikacji HUMA network pt. „Dostęp do opieki medycznej w 10 krajach Unii Europejskiej dla nieudokumentowanych migrantów oraz osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy" oraz rezultatów badań przeprowadzonych później, w kolejnych sześciu państwach Unii Europejskiej czyli na Cyprze, w Czechach, Grecji, Polsce, Rumunii i Słowenii. Tabele przedstawiają główne cechy poszczególnych systemów opieki zdrowotnej i pozwalają je porównać. Jednak złożoność każdego systemu nie została w nich uwzględniona. Aby uzyskać pełen obraz praw przysługujących nieudokumentowanym migrantom i osobom starającym się o przyznanie statusu uchodźcy oraz warunków niezbędnych do uzyskania pozwolenia na pobyt ze względów medycznych, warto zapoznać się z informacjami zawartymi we wspomnianej publikacji HUMA network.

4.1. Dostęp do opieki medycznej dla dorosłych nieudokumentowanych migrantów w zależności od obowiązującego prawodawstwa krajowego

Legenda

Brak dostępu	Dostęp pełnopłatny	Dostęp częściowo płatny	Dostęp bezpłatny	Brak regulacji prawnych

	DOSTĘP DO OPIEKI ZDROWOTNEJ					DOSTĘP DO LECZENIA		
	Podstawowa	Specjalistyczna (ambulatoryjna)	Hospitalizacja	W nagłych przypadkach	Przed i poporodowa	Lekarstwa	HIV	Inne choroby zakaźne
Belgia	Jeśli mają prawo i otrzymali *AMU* (a więc: i) odbyła się wizyta pracowników pomocy społecznej i stwierdzono brak środków; oraz ii)„nagły”[4] charakter).	Jeśli mają prawo i otrzymali *AMU* (a więc: i) odbyła się wizyta pracowników pomocy społecznej i stwierdzono brak środków; oraz ii) „nagły” charakter).	Jeśli mają prawo i otrzymali *AMU* (a więc: i) odbyła się wizyta pracowników pomocy społecznej i stwierdzono brak środków; oraz ii) „nagły” charakter).		Jeśli mają prawo i otrzymali *AMU* (a więc: i) odbyła się wizyta pracowników pomocy społecznej i stwierdzono brak środków; oraz ii) „nagły” charakter).	Jeśli mają prawo i otrzymali *AMU* (a więc: i) odbyła się wizyta pracowników pomocy społecznej i stwierdzono brak środków; oraz ii) „nagły” charakter).	Jeśli mają prawo i otrzymali *AMU* (a więc: i) odbyła się wizyta pracowników pomocy społecznej i stwierdzono brak środków; oraz ii) „nagły” charakter).	Jeśli mają prawo i otrzymali *AMU* (a więc: i) odbyła się wizyta pracowników pomocy społecznej i stwierdzono brak środków; oraz ii) „nagły” charakter).
Cypr[5]				Jeśli nie trzeba hospitalizować[6].				
Czechy				[7]			[8]	[9]

[4] Termin „nagły” jest interpretowany bardzo swobodnie i obejmuje większość rodzajów opieki medycznej i profilaktyki zdrowotnej.

[5] Nie istnieje ustawodawstwo dotyczące dostępu do opieki zdrowotnej dla nieudokumentowanych migrantów, a jedynie ogólne postanowienia oraz okólnik Ministerstwa Zdrowia, w którym stwierdza się, że „uregulowania powinny być stosowane tak, aby udostępnić bezpłatną opiekę medyczną wszystkim osobom, o ile nie wymagają hospitalizacji”.

[6] Wydano tylko ministerialne okólniki odnoszące się do tej kwestii.

[7] Jednak nie można odmówić dostępu, ponieważ prawo nakazuje udzielić pomocy w nagłych przypadkach.

[8] *Ibid*.

[9] *Ibid*.

Francja	Jeśli mają prawo i otrzymali *AME* (a więc: i) poświadczony pobyt ponad trzy miesiące; oraz ii) poświadczony brak środków).	Jeśli mają prawo i otrzymali *AME* (a więc: i) poświadczony pobyt ponad trzy miesiące; oraz ii) poświadczony brak środków).	Jeśli mają prawo i otrzymali *AME* (a więc: i) poświadczony pobyt ponad trzy miesiące; oraz ii) poświadczony brak środków).		Jeśli mają prawo i otrzymali *AME* (a więc: i) poświadczony pobyt ponad trzy miesiące; oraz ii) poświadczony brak środków)[10].	Jeśli mają prawo i otrzymali *AME* (a więc: i) poświadczony pobyt ponad trzy miesiące; oraz ii) poświadczony brak środków).	Jeśli mają prawo i otrzymali *AME* (a więc: i) poświadczony pobyt ponad trzy miesiące; oraz ii) poświadczony brak środków)[11].	Jeśli mają prawo i otrzymali *AME* (a więc: i) poświadczony pobyt ponad trzy miesiące; oraz ii) poświadczony brak środków)[12]
Grecja	Prawo zabrania (pod groźbą kary) instytucjom publicznym, zakładom opieki zdrowotnej i szpitalom świadczenia tych usług nieudokumentowanym migrantom.				Prawo zabrania (pod groźbą kary) instytucjom publicznym, łącznie z zakładami opieki zdrowotnej i szpitalami, świadczenia tych usług nieudokumentowanym migrantom.			
Hiszpania[13]	Jeśli otrzymali „*empadronamiento*" i na tej podstawie „kartę zdrowia".	Jeśli otrzymali „*empadronamiento*" i na tej podstawie „kartę zdrowia".	Jeśli otrzymali „*empadronamiento* "i na tej podstawie „kartę zdrowia".			Jeśli otrzymali „*empadronamiento*" i na tej podstawie „kartę zdrowia".	Jeśli otrzymali „*empadronamiento*" i na tej podstawie „kartę zdrowia".	Jeśli otrzymali „*empadronamiento*" i na tej podstawie „kartę zdrowia".
Holandia	Jeśli „medycznie konieczne " i udowodniono brak środków.	Jeśli „medycznie konieczne" i udowodniono brak środków.	Jeśli „medycznie konieczne" i udowodniono brak środków.	Jeśli „medycznie konieczne" i udowodniono brak środków.	Jeśli „medycznie konieczne" (zawsze oceniane w praktyce) i udowodniono brak środków.	Jeśli „medycznie konieczne" i udowodniono brak środków.	Jeśli „medycznie konieczne" (zawsze oceniane w praktyce) i udowodniono brak środków.	Jeśli „medycznie konieczne" (zawsze oceniane w praktyce) i udowodniono brak środków.
Malta	Brak regulacji prawnych, jedynie niewiążący w świetle prawa dokument, który dotyczy nieudokumentowanych migrantów i osób starających się o nadanie statusu uchodźcy, przebywających w ośrodkach detencyjnych[14].							
Niemcy	Nie ma dostępu z powodu istniejącego obowiązku denuncjacji nieudokumentowanych migrantów, którzy naruszają prawo			[15]	Nie ma dostępu z powodu istniejącego obowiązku denuncjacji nieudokumentowanych migrantów, którzy naruszają prawo			

[10] Jednak nieudokumentowani migranci, którzy nie spełniają tych warunków, mają prawo do bezpłatnego dostępu do niektórych szpitali.

[11] *Ibid*.

[12] *Ibid*.

[13] Te informacje dotyczą sytuacji w większości regionów Hiszpanii. Jednak niektóre spośród nich zniosły wszystkie warunki administracyjne konieczne do spełnienia w celu otrzymania „karty zdrowia".

[14] Zgodnie z tym dokumentem nieudokumentowani migranci mają prawo do „bezpłatnej państwowej opieki medycznej i usług".

[15] We wrześniu 2009 r. nowa regulacja uchwalona przez niemiecki Parlament wyłączyła ośrodki pomocy społecznej (mające kompetencje w kwestii administracji medycznej) z obowiązku denuncjacji w sytuacji, kiedy ośrodki świadczące usługi medyczne zwracają się do nich z prośbą o refundację kosztów opieki w nagłych przypadkach.

Polska				Tylko pomoc udzielana przez ratowników medycznych poza szpitalem[16].			[17]	Jeśli wpisane na listę chorób, które wymagają obowiązkowego leczenia.
Portugalia[18]	Jeśli poświadczono pobyt powyżej 90 dni i brak środków.	Jeśli poświadczono pobyt powyżej 90 dni i brak środków.	Jeśli poświadczono pobyt powyżej 90 dni i brak środków.	Jeśli poświadczono pobyt powyżej 90 dni i brak środków.		Jeśli poświadczono pobyt powyżej 90 dni i brak środków[19].		
Rumunia								Jeśli potencjalna choroba epidemiczna.
Słowenia								Jeśli trzeba zapobiec rozprzestrzenianiu się infekcji, która może prowadzić do stanu septycznego.
Szwecja				[20]				[21]

[16] Pracownicy zakładów opieki zdrowotnej są zobowiązani do udzielenia pomocy w przypadkach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia, lecz nieudokumentowani migranci są obciążani kosztami leczenia na oddziałach ratunkowych w szpitalach.

[17] Mają jednak bezpłatny dostęp do leczenia poekspozycyjnego ze styczności z wirusem.

[18] Warto zauważyć, że w Portugalii opłata manipulacyjna wnoszona przez osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy i nieudokumentowanych migrantów jest symboliczna. Nieudokumentowani migranci są często z niej zwalniani, jeśli otrzymają certyfikat poświadczający niepewną sytuację ekonomiczną.

[19] Dostęp bezpłatny lub częściowo płatny w zależności od rodzaju leku.

[20] Jednak nieudokumentowani migranci, którzy nie spełniają tych warunków, mają prawo do bezpłatnego dostępu do niektórych szpitali.

[21] Ogólne prawodawstwo dotyczące chorób zakaźnych zdaje się być stosowane w stosunku do wszystkich poprzez kliniki specjalizujące się w chorobach przenoszonych drogą płciową.

Wlk. Brytania	Jeśli osoba wpisana na listę *NHS* przez lekarza rodzinnego.				[22]	Jeśli osoba wpisana na listę *NHS* przez lekarza rodzinnego.		Jeśli to jedna z 35 wyszczególnionych chorób i jeśli osoba wpisana na listę *NHS* przez lekarza rodzinnego[23].
Włochy[24]	Jednak nie mają dostępu do lekarza rodzinnego.					[25]		

[22] Określoną pomoc w prowadzeniu ciąży mogą jednak uzyskać od położnych środowiskowych. Nawet jeśli poród jest odpłatny, jest zawsze dostępny.

[23] Leczenie jest jednak w pewnym stopniu dostępne bez konieczności spełniania określonych warunków w wyznaczonych poradniach zdrowia seksualnego.

[24] System opiera się na anonimowym kodzie swobodnie przyznawanym nieudokumentowanym migrantom (kod *STP*). Warto zauważyć, że we Włoszech współpłacenie i koszty leczenia ponoszone przez nieudokumentowanych migrantów są często symboliczne. Czasem migranci są od nich całkiem zwolnieni.

[25] Dostęp bezpłatny lub częściowo płatny zależnie od rodzaju leków.

4.2. Dostęp do opieki medycznej dla dorosłych osób starających się o nadanie statusu uchodźcy w zależności od obowiązującego prawodawstwa krajowego

Legenda

Brak dostępu	**Dostęp pełnopłatny**	Dostęp częściowo płatny	Dostęp bezpłatny	Brak regulacji prawnych

	DOSTĘP DO OPIEKI ZDROWOTNEJ					DOSTĘP DO LECZENIA		
	Podstawowa	Specjalistyczna (ambulatoryjna)	Hospitalizacja	W nagłych przypadkach	Przed i poporodowa	Lekarstwa	HIV	Inne choroby zakaźne
Belgia	Jeśli najpierw wystąpią o *„réquisitoire”*[26].	Jeśli najpierw wystąpią o *„réquisitoire”*.	Jeśli najpierw wystąpią o *„réquisitoire”*.		Jeśli najpierw wystąpią o *„réquisitoire”*.	Jeśli najpierw wystąpią o *„réquisitoire”*.	Jeśli najpierw wystąpią o *„réquisitoire”*.	Jeśli najpierw wystąpią o *„réquisitoire”*.
Cypr	Jeśli mieszkają w ośrodku dla uchodźców, otrzymują świadczenia socjalne, udowodniły brak wystarczających środków lub należą do grupy znajdującej się w trudnej sytuacji[27].	Jeśli mieszkają w ośrodku dla uchodźców, otrzymują świadczenia socjalne, udowodniły brak wystarczających środków lub należą do grupy znajdującej się w trudnej sytuacji.	Jeśli mieszkają w ośrodku dla uchodźców, otrzymują świadczenia socjalne, udowodniły brak wystarczających środków lub należą do grupy znajdującej się w trudnej sytuacji.			Jeśli mieszkają w ośrodku dla uchodźców, otrzymują świadczenia socjalne, udowodniły brak wystarczających środków lub należą do grupy znajdującej się w trudnej sytuacji.	Jeśli mieszkają w ośrodku dla uchodźców, otrzymują świadczenia socjalne, udowodniły brak wystarczających środków lub należą do grupy znajdującej się w trudnej sytuacji.	Jeśli mieszkają w ośrodku dla uchodźców, otrzymują świadczenia socjalne, udowodniły brak wystarczających środków lub należą do grupy znajdującej się w trudnej sytuacji.
Czechy[28]								

[26] Warunek ten dotyczy tylko osób starających się o nadanie statusu uchodźcy, które nie mieszkają w państwowych ośrodkach dla uchodźców.

[27] Nawet jeśli sa uprawnieni do bezpłatnej opieki, w praktyce muszą zapłacić 2 euro jako składkę nominalną – z wyjątkiem niektórych usług medycznych i niektórych poważnych schorzeń chronicznych, które wymagają leczenia.

[28] Tak jak wszystkie inne osoby objęte ubezpieczeniem starający się o nadanie statusu muszą wnieść „opłatę regulacyjną”. Choć jest ona dość mała (1,20 euro), to jednak stanowi przeszkodę dla osób starających się o nadanie statusu uchodźcy, ponieważ nie otrzymują one świadczeń socjalnych ani nie mogą pracować w pierwszym roku pobytu.

Francja[29]								
Grecja	Jeśli brak środków.	Jeśli brak środków.	Jeśli brak środków.		Jeśli brak środków.	Jeśli brak środków.		
Hiszpania[30]	Jeśli otrzymały *„empadronamiento”* i na tej podstawie „kartę zdrowia”[31].	Jeśli otrzymały *„empadronamiento”* i na tej podstawie „kartę zdrowia”.	Jeśli otrzymały *„empadronamiento”* i na tej podstawie „kartę zdrowia”.			Jeśli otrzymały *„empadronamiento”* i na tej podstawie„kartę zdrowia”.	Jeśli otrzymały *„empadronamiento”* i na tej podstawie „kartę zdrowia”.	Jeśli otrzymały *„empadronamiento”* i na tej podstawie „kartę zdrowia”.
Holandia								
Malta	Jedna regulacja prawna, dająca ogólne prawo do “państwowej opieki medycznej i usług”, oraz niewiążący w świetle prawa dokument, który dotyczy osób starających się o nadanie statusu uchodźcy i nieudokumentowanych migrantów, przebywających w ośrodkach detencyjnych[32].							

[29] Zazwyczaj uprawnieni są do „dodatkowego *CMU*” (tak długo, jak pozostają poniżej określonego progu ekonomicznego), co pozwala na bezpłatny dostęp do wszystkich rodzajów opieki i leczenia.

[30] Dla osób starających się o nadanie statusu uchodźcy warunek posiadania oficjalnych dokumentów tożsamości, aby otrzymać *empadronamiento* (obowiązek rejestracji w odpowiednim urzędzie) nie stanowi poważnej bariery.

[31] Dla osób starających się o nadanie statusu uchodźcy otrzymanie *empadronamiento* (obowiązek rejestracji w odpowiednim urzędzie) jest tak łatwe, jak dla obywateli hiszpańskich.

[32] Zgodnie z tym dokumentem osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy mają prawo do „bezpłatnej państwowej opieki medycznej i usług”.

Niemcy	Jeśli pobyt powyżej 48 miesięcy, w przeciwnym wypadku tylko jeśli „poważna choroba lub ostry ból" i jeśli dostały wcześniej *„Krankenschein"*.	Jeśli pobyt powyżej 48 miesięcy, w przeciwnym wypadku tylko jeśli „poważna choroba lub ostry ból" i jeśli dostały wcześniej *„Krankenschein"*.	Jeśli pobyt powyżej 48 miesięcy, W przeciwnym wypadku tylko jeśli „poważna choroba lub ostry ból" i jeśli dostały wcześniej *„Krankenschein"*.		Jeśli pobyt powyżej 48 miesięcy, W przeciwnym wypadku jeśli dostały wcześniej *„Krankenschein"*.	Jeśli pobyt powyżej 48 miesięcy, w przeciwnym wypadku jeśli dostały wcześniej *„Krankenschein*[33]*"*.	Jeśli pobyt powyżej 48 miesięcy, w przeciwnym wypadku tylko jeśli „poważna choroba lub ostry ból" i jeśli dostały wcześniej,*„Kran kenschein"*.	Jeśli pobyt powyżej 48 miesięcy, w przeciwnym wypadku tylko jeśli „poważna choroba lub ostry ból" i jeśli dostały wcześniej *„Krankenschein"*.
Polska								
Portugalia						[34]		
Rumunia[35]								Jeśli choroba stanowi bezpośrednie zagrożenie życia.
Słowenia								Jeśli trzeba zapobiec rozprzestrzenianiu się infekcji, która może prowadzić do stanu septycznego.
Szwecja	Jeśli opieki „nie można odłożyć w czasie".	Jeśli opieki „nie można odłożyć w czasie".	Jeśli opieki „nie można odłożyć w czasie".	Jeśli opieki „nie można odłożyć w czasie".		Jeśli leczenia „nie można odłożyć w czasie".		Jeśli choroba wpisana na listę w ramach ustawy.

[33] Osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy, które przebywają w Niemczech krócej niż 4 lata i otrzymają wcześniej tzw. *Krankenschein* (książeczkę ubezpieczeniową), dostają leki bezpłatnie.

[34] Dostęp bezpłatny lub częściowo płatny zależnie od rodzaju leków.

[35] Osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy mają w Rumunii prawo do ubezpieczenia zdrowotnego, jeśli pracują (rok po złożeniu wniosku o nadanie statusu uchodźcy) lub jeśli podpisały „zgodę na ubezpieczenie dodatkowe". Ta możliwość nie została przedstawiona w tabeli z uwagi na rzadkie zastosowanie w praktyce (trudności w opłacaniu składek).

Wlk. Brytania	Jeśli osoby wpisane są na listę *NHS* przez lekarza rodzinnego.	Jeśli osoby wpisane są na listę *NHS* przez lekarza rodzinnego.	Jeśli osoby wpisane są na listę *NHS* przez lekarza rodzinnego.		Jeśli osoby wpisane są na listę *NHS* przez lekarza rodzinnego.[36]	Jeśli osoby wpisane są na listę *NHS* przez lekarza rodzinnego.	Jeśli osoby wpisane są na listę *NHS* przez lekarza rodzinnego.
Włochy							

[36] Dostęp bezpłatny lub częściowo płatny zależnie od kategorii leków.

4.3. Dostęp do opieki medycznej dla dzieci i kobiet w ciąży w zależności od obowiązującego prawodawstwa krajowego

Poniższa tabela pokazuje, czy dzieci oraz kobiety w ciąży należące do grupy osób starających się o nadanie statusu uchodźcy lub nieudokumentowanych migrantów są dyskryminowane przez obowiązujące prawodawstwo w stosunku do obywateli danego kraju. W ramach przypomnienia zgodnie z art. 24 międzynarodowej Konwencji o Prawach Dziecka „Państwa-Strony uznają prawo dziecka do najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej. Państwa-Strony będą dążyły do tego, aby żadne dziecko nie było pozbawione prawa dostępu do tego rodzaju opieki zdrowotnej". Również kobiety w ciąży są chronione przez tę Konwencję, która stwierdza, że „Państwa-Strony (...) podejmą niezbędne kroki w celu (…) zapewnienia matkom właściwej opieki zdrowotnej w okresie przed i po urodzeniu dziecka".

W żadnym z analizowanych krajów kobietom w ciąży nie odmawia się dostępu do opieki medycznej w momencie porodu, ponieważ jest to sytuacja ogólnie rozumiana jako nagły przypadek. Jednak w niektórych krajach opieka ta podlega opłacie. Monitorowanie przebiegu ciąży pozostaje także poza zasięgiem kobiet ciężarnych w krajach, które nie prowadzą bezpłatnej opieki położniczej i w związku z tym wymagają pełnej opłaty za te usługi.

Legenda

Niedyskryminowane w porównaniu do dzieci lub kobiet w ciąży posiadających obywatelstwo danego kraju
Dyskryminowane w porównaniu do dzieci lub kobiet w ciąży posiadających obywatelstwo danego kraju (prawa i/lub warunki administracyjne)
Wysoce dyskryminowane

<table>
<tr><th></th><th colspan="4">DZIECI</th><th colspan="2">KOBIETY W CIĄŻY</th></tr>
<tr><th></th><th>Dzieci bez opieki starające się o nadanie statusu uchodźcy</th><th>Dzieci osób starających się o nadanie statusu uchodźcy</th><th>Dzieci bez opieki (nieudokumentowani migranci)</th><th>Dzieci nieudokumentowanych migrantów</th><th>Kobiety w ciąży starające się o nadanie statusu uchodźcy</th><th>kobiety w ciąży nielegalnie przebywające na terytorium kraju</th></tr>
<tr><td>Belgia</td><td></td><td>= prawa
≠ warunki</td><td></td><td>= prawa
≠ warunki</td><td colspan="2">= prawa
≠ warunki[37]</td></tr>
<tr><td>Cypr</td><td></td><td>Jeśli złożono wniosek o nadanie statusu uchodźcy:
= prawa
≠ warunki

Jeśli nie złożono wniosku o nadanie statusu uchodźcy:
≠ prawa
≠ warunki</td><td colspan="2">Dostęp TYLKO w nagłych przypadkach i chorobach zakaźnych, w przeciwnym wypadku – TYLKO za pełną opłatą.</td><td></td><td>Dostęp TYLKO w nagłych przypadkach i chorobach zakaźnych, w przeciwnym wypadku – TYLKO za pełną opłatą.</td></tr>
<tr><td>Czechy</td><td></td><td>[38]</td><td></td><td>Dostęp TYLKO za pełną opłatą.</td><td>[39]</td><td>Dostęp TYLKO za pełną opłatą.</td></tr>
<tr><td>Francja</td><td colspan="2"></td><td></td><td>= prawa
≠ warunki[40]</td><td></td><td>= prawa
≠ warunki</td></tr>
</table>

[37] Mogą jednak bez konieczności spełnienia konkretnych warunków korzystać z bezpłatnej opieki prewencyjnej w okresie przed- i po porodzie w *Office de la Naissance et de l'Enfance*.

[38] Nawet jeśli wymaga się „opłaty regulacyjnej" od wszystkich ubezpieczonych, uiszczenie 1,20 euro dla osób starających się o nadanie statusu uchodźcy za każdym razem, kiedy potrzebują opieki zdrowotnej, stanowi poważny problem. Zob. przypis 27.

[39] *Ibid*.

[40] Otrzymują opiekę zdrowotną poprzez system *AME*, jednak dzieci nieudokumentowanych migrantów otrzymują *AME* bezpośrednio. Nie są zobowiązane do spełnienia warunku dotyczącego pobytu w kraju przez ponad trzy miesiące i udokumentowania braku środków do życia.

Grecja		= prawa ≠ warunki	= prawa ≠ warunki Nie ma wyraźnych wytycznych prawnych.	= prawa ≠ warunki	Dostęp TYLKO w nagłych przypadkach, w przeciwnym wypadku – TYLKO za pełną opłatą.
Hiszpania[41]					
Holandia			≠ prawa ≠ warunki		= prawa ≠ warunki
Malta			= prawa ≠ warunki Nie ma ŻADNYCH wiążących w świetle prawa norm.		= prawa ≠ warunki Nie ma ŻADNYCH wiążących w świetle prawa norm.
Niemcy	Jeśli pobyt > 48 miesięcy		≠ prawa ≠ warunki	Jeśli pobyt > 48 miesięcy	= prawa ≠ warunki
	Jeśli pobyt < 48 miesięcy ≠ prawa[42] ≠ warunki		Obowiązek denuncjacji uchyla uprawnienia.	Jeśli pobyt < 48 miesięcy ≠ prawa ≠ warunki	Obowiązek denuncjacji uchyla uprawnienia.
Polska	= prawa ≠ warunki		TYLKO bardzo ograniczony dostęp w szkole.	= prawa ≠ warunki	Dostęp TYLKO za pełną opłatą.
Portugalia					
Rumunia	= prawa ≠ warunki		= prawa ≠ warunki	= prawa ≠ warunki	
Słowenia	≠ prawa ≠ warunki		Dostęp TYLKO w nagłych przypadkach, w przeciwnym wypadku – TYLKO za pełną opłatą.		

[41] Aby ułatwić dostęp do opieki zdrowotnej wszystkim dzieciom cudzoziemców i kobietom w ciąży, hiszpańskie prawo nie wymaga nawet obowiązku rejestracji w odpowiednim urzędzie – tak, jak jest w przypadku wszystkich innych użytkowników Narodowego Systemu Zdrowia.

[42] Mają jednak więcej praw niż dorośli starający się o nadanie statusu uchodźcy, którzy przebywają w Niemczech krócej niż 48 miesięcy.

	Dostęp TYLKO dla osób, którym nie przyznano statusu uchodźcy, w przeciwnym wypadku – TYLKO za pełną opłatą.		Dostęp TYLKO za pełną opłatą. Dostęp TYLKO w nagłych przypadkach lub pomoc położnej środowiskowej, w przeciwnym wypadku TYLKO za pełną opłatą[43].
Szwecja			
Wlk. Brytania	≠ prawa ≠ warunki		
Włochy	= prawa ≠ warunki	= prawa ≠ warunki	= prawa ≠ warunki

[43] Opieka położnicza oferowana przez szpitale jest zawsze odpłatna.

5. Ochrona przed deportacją z przyczyn medycznych

W niektórych krajach istnieją mechanizmy prawne, które chronią poważnie chorych nieudokumentowanych migrantów (czasami także osoby starające się o nadanie statusu uchodźcy) przed deportacją. W większości tych krajów osoby te otrzymują specjalne pozwolenia na pobyt często nazywane pozwoleniami „humanitarnymi". Jednak są też kraje, w których funkcjonują inne mechanizmy umożliwiające czasowe wstrzymanie deportacji z przyczyn medycznych. Uprawnienia i warunki administracyjne w ramach tych pozwoleń różnią się znacznie pomiędzy krajami, choć w większości przypadków otrzymuje się je na podstawie decyzji administracyjnych, które w wielu wypadkach są subiektywne.

Symbol: „X" oznacza, że istnieją regulacje prawne.

	Pozwolenie na pobyt z powodów medycznych (lub humanitarnych)	Inne mechanizmy prawne w celu uniknięcia deportacji lub braku pozwolenia na ponowny wjazd do kraju z powodów medycznych
Belgia	X	
Cypr	X	
Czechy	X	X
Francja	X	X
Grecja	X	
Hiszpania	X	X[44]
Holandia	X	X
Malta		X
Niemcy	X	X
Polska	X	
Portugalia	X	
Rumunia		X
Słowenia		
Szwecja	X	
Wlk. Brytania	X	
Włochy	X	

[44] Tylko w przypadku zagrożenia ciąży.

6. Obowiązek denuncjacji oraz karanie za pomoc nieudokumentowanym migrantom

Tylko w nielicznych krajach UE istnieje prawodawstwo formalnie wprowadzające **obowiązek denuncjacji nieudokumentowanych migrantów** policji lub władzom imigracyjnym. Wśród krajów tych są Niemcy i Rumunia.

W Rumunii pracownicy służby zdrowia są zobowiązani do naruszenia tajemnicy lekarskiej, kiedy się zachodzi podejrzenie, że „w jakikolwiek sposób" ułatwiają nieudokumentowanym migrantom nielegalny pobyt na terytorium kraju.

W Niemczech obowiązku denuncjacji nie nałożono bezpośrednio na lekarzy i pielęgniarki lecz na organy administracji publicznej, włączając w to ośrodki pomocy społecznej. Istnienie tego prawa w Niemczech jest źródłem nieustannej krytyki ze strony wielu instytucji i organizacji w Niemczech i całej Europie. Być może właśnie dlatego rząd niemiecki złagodził ostatnio stosowanie tych przepisów, wyłączając z obowiązku denuncjacji ośrodki pomocy społecznej, kiedy kontaktują się z nimi szpitale udzielające nieudokumentowanym migrantom pomocy w nagłych przypadkach.

Z pewnością tego typu praktyki zawsze budziły ogromne kontrowersje pośród pracowników służby zdrowia, instytucji i organizacji społeczeństwa obywatelskiego. We Włoszech zdecydowana reakcja wielu lekarzy i pielęgniarek spowodowała wstrzymanie próby wprowadzenia prawa, które pozwalałoby lekarzom na denuncjację nieudokumentowanych migrantów.

Pomijając względy prawne, należy zaznaczyć, że odnotowuje się przypadki, kiedy personel medyczny i administracja spontanicznie denuncjują nieudokumentowanych migrantów policji, pomimo że nie istnieją podstawy prawne zobowiązujące ich do tego.

Ponadto nadal mamy do czynienia z przykładami prawodawstwa, które **kryminalizuje pomoc nieudokumentowanym migrantom** przebywającym w krajach członkowskich, nawet kiedy pomoc ta nie jest udzielana dla zysku. Najdobitniejszym przykładem jest prawo greckie, które pod groźbą kary formalnie zabrania instytucjom publicznym, łącznie z zakładami opieki zdrowotnej i szpitalami, świadczenia usług nieudokumentowanym migrantom. Jedynymi wyjątkami są nagłe przypadki oraz pomoc dzieciom. W 2008 roku w Szwecji rząd podjął próbę wprowadzenia podobnych regulacji.

We Francji dosłowna interpretacja obowiązujących uregulowań sprawia, że każda osoba udzielająca pomocy w dobrej wierze staje się podejrzana, a kilka ostatnio nagłośnionych przypadków pokazuje, że ta sytuacja miejsce zdarza się nie tylko w teorii. Niemieckie prawo również karze za pomoc, nawet jeśli nie jest ona udzielana dla korzyści finansowych. Najnowszy przykład pochodzi z Hiszpanii, gdzie niedawno uznano za poważne wykroczenie udzielenie schro-

nienia nieudokumentowanemu migrantowi, w celu umożliwienia mu wpisania do lokalnego rejestru, co stanowi warunek konieczny do uzyskania podstawowych praw socjalnych.

7. Rekomendacje

Członkowie HUMA network domagają się sprawiedliwego[45] dostępu do opieki medycznej, leczenia i profilaktyki zdrowotnej dla wszystkich osób żyjących w Europie bez dyskryminacji ze względu na status prawny lub środki finansowe.

HUMA network wzywa do:

- Zapewnienia faktycznego i sprawiedliwego dostępu do opieki medycznej i profilaktyki dla nieudokumentowanych migrantów i osób starających się o nadanie statusu uchodźcy (dostęp na równych prawach z obywatelami danego kraju o jednakowych potrzebach medycznych i środkach do życia);
- Wzięcia pod uwagę potrzeb grup wymagających szczególnego wsparcia (kobiety w ciąży, dzieci, ofiary tortur) oraz zapewnienia im natychmiastowego dostępu do profilaktyki i leczenia;
- Chronienia poważnie chorych nieudokumentowanych migrantów przed deportacją poprzez wydawanie pozwoleń na pobyt w sytuacji, gdy nie mogą otrzymać faktycznego dostępu do leczenia w swoim kraju ojczystym;
- Respektowania tajemnicy lekarskiej, zniesienia obowiązku denuncjacji nieudokumentowanych migrantów w ramach systemu zdrowotnego oraz zaprzestania traktowania jako przestępstwo pomocy udzielanej nieudokumentowanym migrantom;
- Zapewnienia faktycznej opieki zdrowotnej cudzoziemcom przebywającym w ośrodkach detencyjnych oraz monitorowania tych placówek przez niezależne organizacje.

Na podstawie wyników raportów, HUMA network i jej członkowie przedstawiają szczegółowe **rekomendacje** dla instytucji europejskich oraz odpowiednich władz krajowych, regionalnych i lokalnych w zakresie polityki imigracyjnej, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii zdrowotnych. Rekomendacje te są dostępne pod adresem: www.huma-network.org.

[45] Sprawiedliwy dostęp do usług medycznych powszechnie opisuje się jako „jednakowy dostęp do leczenia dla tych, którzy mają jednakowe potrzeby medyczne bez względu na inne czynniki takie, jak dochody", European Union Public Health Information System (EUPHIX), Inequalities in health services access, www.euphix.org/object_document/o5679n29797.html.

Halina Grzymała-Moszczyńska

Uchodźcy jako wyzwanie dla polskiego systemu opieki zdrowotnej[1]

1. Wprowadzenie

Badania własne autorki[2] przeprowadzone w ośrodkach dla uchodźców w pierwszym okresie przyjmowania uchodźców przez Polskę oraz referaty zaprezentowane na konferencji *Jak pomóc uchodźcom znaleźć własne miejsce na Ziemi* (współorganizowanej przez Instytut Stosunków Międzykulturowych SWPS oraz Fundację Lekarze bez Granic), która odbyła się niemal dziesięć lat później (w grudniu 2006 r.) wykazały, że jedną z dziedzin pomocy uchodźcom, w której mimo upływu czasu są ciągle ogromnie potrzebne zmiany, jest opieka zdrowotna. Ten stan rzeczy jest w dużej mierze spowodowany brakami w procesie kształcenia zarówno polskich lekarzy, jak i psychologów. Dotyczą one przygotowania reprezentantów tych dyscyplin do pracy z pacjentem z innej kultury niż kultura polska czy ogólniej kultura zachodnioeuropejska. Ponieważ przybywający do Polski uchodźcy rekrutują się w przeważającej mierze z reprezentantów kultur nie mieszczących się w powyższych kategoriach, rzeczą bardzo pilną staje się refleksja teoretyczna i praktyczna nad kulturowo adekwatnym niesieniem pomocy osobom należącym do innych kręgów kulturowych. Taką właśnie rolę mają spełnić poniższe rozważania. Zostaną w nich zaprezentowane zarówno teoretyczne, jak i praktyczne podstawy niesienia wrażliwej kulturowo pomocy psychologicznej pacjentom z innych kultur. Z uwagi na brak polskich publikacji poświęconych problemom zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców naszych ośrodków dla uchodźców, rozważania te zostaną oparte na publikacjach dotyczących innych kontekstów kulturowych.

---

[1] Artykuł został po raz pierwszy opublikowany w książce: W. Klaus (red.), *Migracja na polskim rynku pracy. Rzeczywistość, problemy, wyzwania*, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Warszawa 2007, str. 129 i nast. (dostępna na stronie: http://www.interwencja prawna.pl/docs/migranci-na-rynku.pdf).

[2] H. Grzymała-Moszczyńska, E. Nowicka, *Goście i gospodarze*, Zakład Wydawniczy „Nomos", Kraków 1998.

2. Rola kultury jako czynnika patogennego, terapeutycznego i patoplastycznego w zaburzeniach psychicznych

Mówiąc o relacji między kulturą a zdrowiem psychicznym, należy uwzględnić rolę kultury jako czynnika patogennego, terapeutycznego i patoplastycznego w zaburzeniach psychicznych. W pierwszym i drugim wypadku mamy do czynienia z właściwościami danej kultury, które przyczyniają się do wystąpienia zaburzeń bądź są stosowane do ich leczenia. W trzecim, z kulturowo specyficznym sposobem wyrazu zaburzeń. Do tej kategorii zaliczane są tzw. *culture bound syndroms.*

Patogenny wpływ kultury jest szczególnie widoczny w trakcie zmiany kontekstu kulturowego, w jakim funkcjonuje jednostka, i związanego z tą zmianą stresu akulturacyjnego. W tym miejscu warto tylko wskazać, że im niższy poziom dopasowania między różnorodnymi aspektami nowego środowiska a środowiska kulturowego kraju pochodzenia migranta, tym poziom stresu jest wyższy**.**

Przykładem **terapeutycznego** wpływu kultury jest promowanie zachowań pomagających utrzymać dobre zdrowie, zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Ważnym prozdrowotnym oddziaływaniem kultury jest wspieranie przez nią poczucia identyczności jednostki. Im bardziej dana grupa etniczna jest izolowana i ma mniejszą szansę na powrót do kraju ojczystego, tym funkcja ta jest ważniejsza. Interesującą ilustracją tej prawidłowości jest tworzenie poczucia identyczności przez kulturę tybetańską w grupie uchodźców w Dharamsali. Analiza poczucia zakorzenienia młodzieży tybetańskiej kształcącej się w religijnej szkole w Dharamsali wskazuje, że młodzież z tej szkoły czuła się bardziej zakorzeniona w poczuciu identyczności związanej z Tybetem, niż młodzież ze szkoły świeckiej w tej samej miejscowości. Działo się tak dlatego, że w szkole religijnej kultura tybetańska była bardziej obecna niż w szkole świeckiej, ponieważ religia stanowi niezwykle ważny składnik kultury tybetańskiej. Natomiast młodzież ze szkoły świeckiej, mimo że jej identyczność tybetańska była eksponowana, na przykład przez codzienne śpiewanie hymnu tybetańskiego przed rozpoczęciem lekcji, czuła się znacznie bardziej zdezorientowana w nowej sytuacji, jaką było znalezienie się w Indiach i przeżywała poczucie zagubienia[3]. Poczucie identyczności jednostki pochodzącej z kultury tybetańskiej wiąże się też z silnym poczuciem przynależności do rodziny. Rodzina (będąca nie tylko rodziną wielopokoleniową, ale, co bardzo istotne, również bardzo rozbudowaną, przez włączenie do rodziny osób odlegle – w rozumieniu europejskim – spokrewnionych ze sobą), dostarcza wielorakich rodzajów wsparcia zarówno poprzez pomoc w rozwiązywaniu problemów życia codziennego, jak i oparcia w chwilach

[3] C. von Somm, *Tibetan Culture in the Diaspora*, „Journal of Buddhist Ethics", 1998, vol. 5, str. 339-346.

kryzysu. Rytuały rodzinne skupiają wielu członków rodziny. Tworzą i podtrzymują więzi wewnątrzrodzinne, co stanowi podstawę sieci wzajemnych zobowiązań w zakresie udzielania i otrzymywania pomocy. W wypadku mieszkających w polskich ośrodkach dla uchodźców Czeczenów obserwujemy podobną sytuację. U dzieci budowane jest silne poczucie przynależności do rodziny i poczucia odpowiedzialności za jej dobre imię poprzez właściwe zachowanie, które nie naruszy honoru rodziny i narodu.

Ważnym czynnikiem kulturowym wpływającym na zdrowie psychiczne są też kulturowo akceptowane działania prewencyjne. Mogą one dotyczyć czynników, takich jak ilość snu czy umiejętność odreagowywania napięcia przy pomocy technik relaksacyjnych. Również światopogląd religijny, funkcjonujący w danej kulturze, zawiera usankcjonowany kulturowo sposób działań prewencyjnych, mających na celu zapobieżenie powstawaniu zaburzeń zarówno psychicznych, jak i fizycznych. Zilustrować to można na przykładzie działań proponowanych przez taoizm i buddyzm. Taoizm podkreśla jedność psychofizyczną człowieka i wskazuje na wagę, jaką dla zachowania zdrowia ma dbałość o właściwy sposób przeżywania emocji, a także o własne ciało. Zaleca życie zgodne z posiadanymi przez człowieka możliwościami, ale też w harmonii z otaczającą przyrodą. Warunkiem zdrowia jest przystosowanie do otaczającego świata oparte na samopoznaniu i samoakceptacji, a także utrzymywaniu emocjonalnego dystansu wobec świata.

Również buddyzm traktuje zdrowie łącznie jako stan ciała i ducha. Eliminacja przyczyn zaburzeń polega na ukształtowaniu całościowej postawy wobec świata, zmiany w przeżywaniu emocji i uzyskaniu dystansu wobec cierpienia. Konieczne jest przyjęcie postawy aktywnej, podjęcie silnego postanowienia o chęci bycia zdrowym i wyzwolenie się od czynników, które uzyskanie tego stanu uniemożliwiają. Odrzucenie destruktywnych emocji, nie krzywdzenie innych, w pełni świadome kontrolowanie stanów i funkcji własnego organizmu, a wreszcie osiągnięcie stanu koncentracji. Ważne jest wyeliminowanie dwóch podstawowych przyczyn zaburzeń, czyli niewiedzy i nieuważności. Eliminacja niewiedzy ma miejsce poprzez uzyskanie właściwego wglądu w rzeczywistość i poznanie właściwej natury rzeczy. Eliminacja nieuważności polega na uzyskaniu zdolności koncentracji, pozwalającej na dostrzeżenie momentu powstawania cierpienia i w konsekwencji zapanowania nad bolesnymi emocjami. Zarówno w wypadku buddyzmu, jak i taoizmu bardzo ważnym narzędziem pomagającym uzyskać pożądane stany organizmu jest praktyka medytacyjna, prowadząca do uzyskania kontroli nad procesami fizjologicznymi i emocjonalnymi zachodzącymi w organizmie.

Mówiąc o **patoplastycznym** aspekcie zaburzeń zdrowotnych, warto wskazać na tzw. symptomy specyficzne kulturowo (*culture bound syndroms*). Wśród badaczy zjawiska nie ma zgody, co do tego, czy są charakterystyczne tylko dla

danej kultury, czy też analogiczne symptomy występują w wielu różnych kulturach, nosząc tam odmienne nazwy. Nie ulega jednak wątpliwości, że kultura jest czynnikiem, który bardzo wyraźnie wpływa na wyrażanie przez jednostkę zaburzeń i symptomów. Przykładem może być depresja. W pewnych kulturach znacznie wyraźniej będą podkreślane jej fizyczne symptomy, niż zaburzenia nastroju. Tak więc osoby z Ameryki Łacińskiej czy z kręgu kultury śródziemnomorskiej będą narzekały na nerwy i bóle głowy, osoby ze Środkowego Wschodu będą mówiły o kłopotach z sercem, natomiast Azjaci o zmęczeniu, słabości i nierównowadze. Klinicysta musi być świadomy takich różnic w wyrazie kulturowym zaburzeń po to, aby unikać w ten sposób błędnej diagnozy[4]. Na przykład niektóre osoby mogą narzekać, że zostały zaczarowane lub ktoś rzucił na nie urok, inne będą miały odczucie, że były nawiedzane przez zmarłych. Takie stwierdzenia mogą być zrozumiałe i akceptowane w kulturze, z której te osoby pochodzą, i nie powinny być błędnie traktowane przez terapeutę, wykształconego w kulturze zachodniej, jako symptom psychozy.

Pojęcie syndromów specyficznych kulturowo w literaturze przedmiotu odnosi się najczęściej do zaburzeń, występujących w kulturach nie-zachodnich. Helman[5] definiuje je jako *(…) lokalne, ludowe kategorie diagnostyczne, unikalne dla określonej grupy osób, kultury czy obszaru geograficznego. Ich objawy są rozpoznawane przez członków danej grupy i wywołują standardową reakcję. Zaburzenia te niosą cały szereg symbolicznych znaczeń, moralnych, społecznych i psychologicznych, czytelnych zarówno dla osoby, która na nie cierpi, jak i dla otoczenia. Znaczenia tych zaburzeń wiążą się też z relacją między osobą cierpiącą a jej otoczeniem, z działaniem sił nadprzyrodzonych i ze środowiskiem naturalnym. W wielu wypadkach służą do wyrażenia antyspołecznych emocji i konfliktów społecznych, w kulturowo unormowany sposób.*[6]. DSM-IV podkreśla dodatkowo, że *Bardzo rzadko ma miejsce pełna równoważność między syndromem specyficznym kulturowo a jednostkami diagnostycznymi występującymi w DSM*[7].

W psychiatrii porównawczej można znaleźć wiele opisów zaburzeń, takich jak „coro", „latah", „amok" czy „windigo"[8]. Inne, rzadziej występujące, to opi-

[4] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*, Washington DC 2000 (dalej: APA 2000).

[5] C. Helman, *Culture, Health and Illness*, Arnold, London-New York-New Delhi 2001.

[6] C. Helman, *Culture, Health…*, str. 186.

[7] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*, Washington DC 1994, str. 844.

[8] W.T. Tseng, *Handbook of Cultural Psychiatry*, Academic Press, San Diego-Toronto 2001; A.J. Marsella, A.M. Yamada, *Culture and Psychopathology: Foundations, Issues, Directions*, w: Handbook of Cultural Psychology, oprac. S. Kitayama, D. Cohen, Guilford Publications Inc., New York 2007, str. 797-818.

sane przez Ayim-Aboagye[9] *abrafo bodam,* okresowo pojawiające się w Ghanie epizody psychotyczne u osób z rodzin przywódców klanu. Osoby cierpiące na nie popełniły w przeszłości rytualne zabójstwo, zabijając człowieka, ewentualnie zwierzę, by towarzyszyło zmarłemu przywódcy klanu do świata zmarłych. Epizody te mają miejsce tylko w obecności starszyzny rodowej. Mogą one polegać na ataku fizycznym i próbie zabójstwa nawet najbliższej osoby. Po zakończeniu epizodu pojawia się amnezja obejmująca przebieg wydarzenia. *Zespół Atopke* – śmierć w wyniku przekleństwa, występuje również w Ghanie w plemieniu Ewe. Osoba, na którą rzucono przekleństwo, ślepnie na skutek – jak twierdzi – uderzenia pioruna i widoku błyskawicy. Po chwili następuje utrata słuchu i możliwości poruszania się, a wreszcie śmierć.

Na marginesie wspomnianych wyżej zaburzeń występujących wśród osób z kultur pozaeuropejskich warto wspomnieć, że również kultura zachodnia ma swoje specyficzne zaburzenia. Ellenberger (1960) opisał zjawisko tzw. *putzwut* – kompulsywnego sprzątania u niemieckich i szwajcarskich gospodyń domowych. Można wymienić w tej grupie również „syndrom wściekłych kierowców", „pracoholizm", „uzależnienie od gier hazardowych", „kompulsywną skłonność do zakupów", „wypalenie zawodowe" czy zespół ADHD[10]. Również coraz częściej pojawia się uzależnienie od komputera czy też uzależnienie od telefonu komórkowego.

Kolejnym problemem, na którym się skupimy, jest zagadnienie tego, jak zarówno koncepcje tego, co jest zdrowe, jak i tego, co patologiczne są kształtowane poprzez kontekst kulturowy.

3. Kulturowe koncepcje zdrowia

Kultura nie tylko wpływa na zdrowie psychiczne jednostki, ale również określa, czym jest zdrowie i co, w konkretnej kulturze, oznacza bycie chorym. Przejdziemy zatem do prezentacji koncepcji zdrowia psychicznego uwzględniających specyfikę różnych kontekstów kulturowych. Należy ją poprzedzić kilkoma zastrzeżeniami. Po pierwsze, koncepcje te powstały na gruncie kultury zachodniej i związanej z nią tradycji judeo-chrześcijańskiej. Odzwierciedlają zarówno wzorce tej kultury, jak i normy postępowania, które do realizacji tych wzorców prowadzą. Po drugie, tak skonstruowane koncepcje są najczęściej traktowane etnocentrycznie jako normatywne dla wszystkich kręgów kulturowych. Po trzecie, normy te zaczynają być coraz częściej kwestionowane przez badaczy z kul-

[9] D. Ayim-Abogaye *Indigenious Psychiatry: Transcultural Study of Traditional Practitioners in West African Healing Communities with Focus on Ghana*, Abo Akademi University, Abo 2006.

[10] C. Helman, *op. cit.*

tur niezachodnich, którzy opierają się na materiale pochodzącym ze swoich kręgów kulturowych[11].

Najszerzej stosowana w psychiatrii jest tzw. negatywna koncepcja zdrowia psychicznego, zwana niekiedy definicją sądową, gdyż w oparciu o nią ferowane są orzeczenia biegłych powoływanych przez sąd w celu stwierdzenia poczytalności oskarżonych lub wiarygodności świadków. Zdrowie psychiczne jest traktowane jako brak choroby psychicznej, rozumianej zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami psychiatrycznymi. Na gruncie amerykańskim jest to czwarte wydanie podręcznika diagnostyczno-statystycznego (*Diagnostic Statistical Manual -IV*)[12], a na gruncie polskim Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (*International Classification of Diseases-10*). Definicja ta budzi jednak wiele zastrzeżeń. Przede wszystkim wiele odczuć takich, jak brak celu w życiu czy poczucie pustki, które zdecydowanie nie sprzyjają poczuciu zdrowia psychicznego u jednostki, pozostaje w świetle tej definicji poza zasięgiem patologii. Trzeba również pamiętać o tym, że bardzo trudno jest jednoznacznie wskazać granicę między stopniem, w jakim nasilenie danego objawu mieści się jeszcze w stanie zdrowia psychicznego, a stopniem, w którym zaczyna ono charakteryzować stan choroby psychicznej. Zwracają na to uwagę te koncepcje zdrowia psychicznego, które odrzucają wyraźną granicę między normą a patologią, i mówią, iż w patologii nasilają się tylko te cechy osobowości, które można dostrzec również u osób zdrowych psychicznie. Wreszcie trzeba pamiętać, że samo wystąpienie danego objawu, uznawanego za objaw chorobowy, nie musi koniecznie oznaczać wystąpienia choroby. Objaw ten może bowiem należeć do innego kontekstu kulturowego. Przykładowo, zachowanie mistyków buddyjskich dążących do osiągnięcia nirwany było przez psychiatrów o orientacji psychoanalitycznej interpretowane jako samodzielnie wywoływana katatonia[13]. Praktyki medytacyjne zaś traktowano jako relatywnie prymitywna (w porównaniu z psychoanalizą) forma oddziaływania na psychikę człowieka[14]. Również szamani różnych tradycji plemiennych byli charakteryzowani jako schizofrenicy, epileptycy czy też jako cierpiący na demencję[15]. Mówiąc ogólnie, oprócz innych zastrze-

[11] J. Al-Abdul-Jabbar, I. Al-Issa, *Psychotherapy in Islamic Society*, w: *Culture and Psychopathology*, oprac. I. Al-Issa, University Park Press, Baltimore 2000, str. 277-293; Ayim-Aboagye, *op.cit.*; Marsella, Yamada, *op. cit.*

[12] APA 2000.

[13] F. Alexander, *Buddhistic training as an artificial catatonia*, „Psychoanalytic Review", 1931, 18, 2, str. 129-141.

[14] M. Finn, *Transitional space and Tibetan Buddhism: The Object Relations and Meditation*, w: *Object relation theory and religion: Clinical applications*, oprac. M. Finn, A. Gartner, Praeger, Westport-London 1992, str. 109-118.

[15] K. Jankowski, *Psychologia wierzeń religijnych*, Czytelnik, Warszawa 1990; J. Sieradzan, *Szamańska tradycja a szaleństwo mistyków*, w: *Oblicza gnozy*, oprac. E. Przybył, Zakład Wydawniczy "Nomos", Kraków 2000, str. 181-233.

żeń, jakie budzi definicja zdrowia psychicznego rozumianego jako brak choroby, trzeba również pamiętać, że jest ona skonstruowana w oparciu o poczucie i normy zdrowia psychicznego funkcjonujące w kulturze zachodniej i jej zastosowanie do innych kręgów kulturowych niesie poważne niebezpieczeństwo nieuzasadnionego odnajdywania patologii w odmienności kulturowej.

Drugą definicją należącą do grupy definicji negatywnych jest określenie zdrowia psychicznego jako braku niewłaściwych kulturowo zachowań społecznych[16]. Dużą zaletą tej definicji jest wskazanie na kulturowe uwarunkowanie sposobu rozumienia zdrowia psychicznego. Umożliwia ona dzięki temu analizy porównawcze zdrowia psychicznego osób należących do różnych tradycji religijnych, bez przyjmowania ustalonych *a priori* kryteriów normy i patologii psychicznej, zdefiniowanych w oparciu o kulturę własną badacza. Definicja ta zawodzi jednak w pewnych wypadkach. Przykładowo, kiedy mamy do czynienia z osobami zmieniającymi swą przynależność z jednej kultury do drugiej (np. na skutek migracji), wówczas zachowania właściwe jednej kulturze mogą okazać się skrajnie patologiczne i niewłaściwe w ramach innej i mogą łatwo zostać uznane za patologiczne. Powołanie się na radę dawno zmarłej osoby (otrzymaną od niej we śnie), odnośnie sposobu postępowania w konkretnej sytuacji jest całkowicie akceptowaną motywacją zachowania w kontekście kultury afrykańskiej, natomiast w kontekście kultury zachodniej staje się bezspornym wskaźnikiem zaburzenia psychicznego, dowodem przeżywania omamów wzrokowych lub słuchowych. Inne ograniczenie stosowalności tej definicji, to jej zastosowanie do zamkniętych kulturowo grup religijnych, jak na przykład Hutterytów. Ścisły kodeks zachowania obowiązujący w tej grupie powoduje, że stosunkowo niewielkie odstępstwo od jego norm jest oceniane przez grupę jako przykład zachowania patologicznego.

Kolejna z definicji podkreśla, że zdrowie psychiczne to stan wolności od poczucia winy i troski[17]. Jest to definicja będąca wskaźnikiem postępowania wielu psychoanalityków, którzy za cel stosowanej przez siebie terapii uważają właśnie pozbawienie pacjentów poczucia winy i wywoływanego przez nią neurotycznego lęku, przeżywanego na skutek uchybienia trudnym do realizacji ideałom. Definicja ta jest ponadto osadzona całkowicie na gruncie koncepcji psychoanalitycznej. Jak wykazują analizy[18] koncepcja ta nie ma charakteru uniwersalnego. Jest normatywna dla pożądanego sposobu funkcjonowania człowieka Zachodu, należącego do klasy średniej.

[16] A. Bandura, *Social Learning Theory*, General Learning Press, New York 1977.

[17] K. Horney, *Neurosis and human growth*, Norton, New York 1951.

[18] T.M. Abel, R. Metraux, S. Roll, *Psychotherapy and Culture*, University of New Mexico Press, Alberquerque 1987.

Kolejna grupa definicji zdrowia psychicznego jest oparta na założeniach przeciwstawnych do ujęcia psychoanalitycznego. Koncentruje się ona wokół poczucia samoakceptacji i samoaktualizacji jako jej wyznacznikach zdrowia psychicznego. Jest to definicja wynikająca z tradycji prac Rogersa[19] i Maslowa[20] i stanowi przykład maksymalistycznego spojrzenia na stan zdrowia psychicznego. Bardzo niewiele osób może mówić o pełnej akceptacji samego siebie, a jeszcze mniejsza ich liczba, że udało się im osiągnąć samoaktualizację. Powstaje więc praktyczna trudność w stosowaniu tej definicji, polegająca na określeniu stopnia, w jakim musi wystąpić u danej osoby samoakceptacja i samoaktualizacja, aby można było mówić w jej wypadku o zdrowiu psychicznym. Trzeba też pamiętać, że pojęcia te oznaczają różne rzeczy w kulturze Wschodu i Zachodu. Taoista dążący do samoaktualizacji i samoakceptacji będzie raczej zmierzał do przystosowania się do świata, natomiast samoaktualizujący się człowiek Zachodu będzie najczęściej pragnął podporządkowania sobie świata po to, by zyskać jak najpełniejszą możliwość zaspokojenia swoich potrzeb. Większość tych potrzeb taoista uzna za sztuczne i nieodzwierciedlające prawdziwej natury człowieka. Lao-Tsy zwraca uwagę na to, że przywiązanie do własnych osiągnięć i zalet zastawia na człowieka sidła, zmuszając go do stałego perfekcjonizmu w działaniu. Nastawienie takie stanowi poważne obciążenie dla organizmu, a przez to naraża człowieka na porażkę i chorobę.

Inną definicję zdrowia psychicznego proponuje Allport[21]. Jego zdaniem w zdrowej osobowości musi znaleźć się miejsce na hierarchicznie usystematyzowaną filozofię życia, zapewniającą integrację osobowości. Na czele tej hierarchii może znaleźć się tzw. poczucie religijne (*religious sentiment*), z uwagi na to, że jest ono najbardziej „pojemne", a co za tym idzie ma największą zdolność integrowania całokształtu osobowości. Nie jest to jednak, jak Allport wyraźnie zaznacza, jedyny sposób zintegrowania osobowości. Inna, równie ważna dla konkretnego człowieka i „pojemna" wartość może spełnić tę samą rolę. Zarzut, jaki można sformułować pod adresem tego ujęcia, jest analogiczny jak w wypadku poprzednim. W innych kontekstach kulturowych, przykładowo w społeczeństwie chińskim, za znacznie ważniejsze dla integracji osobowości jest harmonijne współżycie człowieka z innymi ludźmi, czy też osiągnięcie wyzwolenia, niż posiadanie rozbudowanej relacji między człowiekiem a bóstwem.

Ostatnia z omawianych definicji jest związana z poznawczym funkcjonowaniem człowieka. Zdrowie psychiczne jest w tym ujęciu związane ze zdolnością włączania do systemu poznawczego jednostki nowych informacji, z plastycz-

[19] C. Rogers, *Client-centered therapy*, Houghton Miffin, Boston 1951.
[20] A.H. Maslow, *Motivation and Personality*, Harper, New York 1954.
[21] G.W. Allport, *Osobowość i religia*, IW Pax, Warszawa 1988.

nością ogólnego nastawienia wobec świata[22]. Ta definicja pozwala najpełniej różnicować między osobami skłonnymi do przyjmowania sztywnych autorytarnych systemów religijnych i osobami umiejącymi wychodzić poza literalną interpretację tekstów po to, by czynić z religii siłę służącą rozwojowi własnej osobowości. Do tej samej grupy definicji należą te, które podkreślają rolę uzyskiwania poczucia kontroli nad otoczeniem, a także zrozumienia tego, co się w otoczeniu dzieje. Szereg badaczy właśnie z zaspokojenia tych dążeń uczyniło kryterium zdrowia psychicznego jednostki[23]. Ujęcie to ma istotne ograniczenie. Mówiąc o poczuciu zrozumiałości otaczającego świata, nie precyzuje rozległości świata poddanego poznawczej i emocjonalnej kontroli jednostki. Z tego powodu pozwala na dokonywanie bardzo arbitralnych rozstrzygnięć w tym względzie. Ważnym uszczegółowieniem rozważań nad poznawczym wyznacznikiem zdrowia jest wprowadzone przez Antonovsky'ego pojęcie poczucia koherencji. Jest ono przez niego definiowane jako: *globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że* (*1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturowany, przewidywalny i wytłumaczalny;* (*2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce;* (*3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania*[24]. Tak więc szeroko rozumiane zadania, jakie stawia przed człowiekiem życie, jawią się na poziomie poznawczym jako sensowne, uporządkowane i warte zaangażowania, zaś na poziomie emocjonalnym jako nie zagrażające, gdyż jednostka posiada wystarczająco wiele zasobów, by sobie z nimi poradzić.

4. Kulturowe koncepcje patologii psychicznej

W miarę rozwoju badań antropologicznych coraz bardziej powszechne uznanie zyskiwał pogląd, że choroby psychiczne, występujące w wielu kulturach, w sposób znaczący różnią się od siebie, oraz że sposoby ich leczenia w różnych kulturach także różnią się od siebie. Kraepelin uznawany za ojca współczesnej psychiatrii, pod wpływem swojej podróży do Indonezji i Chin stwierdził, że pacjenci szpitali psychiatrycznych, z którymi zetknął się w tamtych kręgach kulturowych, tylko w niewielkim stopniu przypominali mu pacjentów znanych z dotychczasowej praktyki medycznej. Odmienność ta zainspirowała Kraepeli-

[22] O.J. Harvey, D.E. Hunt, H.M. Schroeder, *Conceptual Systems and Personality Organization*, Wiley, New York 1961.

[23] M.E. P. Seligman, *Helplessness*, W.H. Freeman, San Francisco 1975.

[24] A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Fundacja IPN, Warszawa 1995, str. 34.

na[25] do zaproponowania utworzenia nowej dziedziny psychiatrii, tj. psychiatrii porównawczej, która miałaby się zająć porównawczym badaniem, w ramach różnych kultur, specyfiki poszczególnych chorób. Użyteczne dla tego celu podejście zaproponowali Rivers[26] i Singerist[27]. Jest to paradygmat oparty na uznaniu, że system leczenia dostępny dla cierpiącego na konkretne symptomy chorego jest zdeterminowany przez kulturę, w której zawarte są symboliczne znaczenia tych symptomów oraz odnoszące się do nich normy postępowania. Kultura zawiera również wyraźnie określone źródła władzy istniejące w danym społeczeństwie. Glick[28] postawił hipotezę, że znajomość naczelnego, w danym kontekście kulturowym, źródła władzy (polityczne, religijne lub technologiczne) pozwala przewidzieć, jakie przyczyny zaburzenia (*illness*) i sposoby jego leczenia, będą tam stosowane. Społecznie uprawomocniona władza określa działanie systemu opieki nad chorym. Decyduje, czy będzie się odwoływał do tradycji politycznej, systemu wierzeń czy też do dorobku nauki. Władza ta decyduje więc w konsekwencji, jakie sposoby zostaną użyte do opanowania symptomów zaburzenia (wiara w nieomylność i umiejętność uzdrawiania przywódcy politycznego, rytuały religijne, farmakoterapia, psychoterapia). Wybór ten zależy od funkcjonującej w danej kulturze rzeczywistości symbolicznej, która dostarcza zaakceptowanych sposobów postępowania w konkretnej sytuacji. Pierwszym krokiem w praktycznym zastosowaniu takiego paradygmatu musi stać się rozróżnienie między dwoma aspektami choroby: dysfunkcją fizyczną, czyli symptomatologią oraz jej interpretacją przez dotkniętego nią człowieka i jego otoczenia społeczne. W języku polskim rozróżnienie takie nie jest stosowane, chociaż jest możliwe do przeprowadzenia. Pojęcie „choroba" odnosi się do obu tych aspektów jednocześnie. W języku angielskim dla zaburzenia jest zarezerwowane pojęcie „disease", zaś dla psychospołecznego doświadczenia tego zaburzenia i przypisywanego mu znaczenia, pojęcie „illness". *Illness* jest oparta na normach kulturowych, ponieważ przez ich pryzmat rozpoznajemy nasze objawy. Czynnikiem w istotny sposób zespalającym *illness* z *disease* jest system leczenia i postępowania z chorymi, wypracowany przez daną kulturę.

W społeczeństwach tradycyjnych leczenie przede wszystkim jest zwrócone na *illness*, czyli na zinterpretowanie dla potrzeb pacjenta i jego otoczenia natury zaburzenia i wskazanie zabiegów, które mają doprowadzić do jego usunięcia. Postępowanie to ma na celu wyjaśnienie genezy zaburzenia i spowodowa-

[25] E. Kraepelin, *Vergleichende Psychiatrie*, „Zentralblatt für Nerven und Psychiatrie", 1904, 15, str. 433-437.

[26] W.H.R. Rivers, *Medicine, magic and religion*, Harcourt and Brace, New York 1924.

[27] H. Singerist, *A history of medicine*, vol. 1 : *A historic and archaic medicine*, Oxford University Press, London 1951.

[28] L.B. Glick, *Medicine as ethnographic category: The Gimi of the New Guinea highlands*, „Ethnology", 1967, 6, str. 31-56.

nie, aby jego przyczyna, a także przebieg i konsekwencje, stały się zrozumiałe dla chorego i jego otoczenia, czyli zapewnić *healing the illness*. Wyleczenie, to spowodowanie ustąpienia objawów zaburzenia i – co równie istotne – nadanie sensu przeżytemu doświadczeniu. Tym samym, przyjęty w danej kulturze system postępowania z chorym i chorobą nazywa, porządkuje i nadaje sens doświadczeniu zaburzenia, a także leczy osobiste, społeczne i rodzinne problemy, które tworzą *illness*. Natomiast w zachodnim modelu opieki zdrowotnej wyleczenie, w sensie medycznym, dotyczy usunięcia objawów (*disease*), przy niemal zupełnym pominięciu ustosunkowania się do związanych z nimi problemów jednostkowych i społecznych, czyli *illness.*

Przykładowo, symptomy chorób wieku dziecięcego są interpretowane w kontekście kultury chińskiej jako efekt „wystraszenia duszy dziecka”[29]. W celu uleczenia konieczne jest odprawienie przez kapłana rytuału *chao hun,* który ma przywołać z powrotem „wystraszoną” duszę. Jeśli w następstwie interwencji medycyny zachodniej, na przykład serii zastrzyków, objawy ustąpią, to i tak konieczne jest odprawienie tego rytuału w świątyni po to, by kuracja została uznana przez rodzinę dziecka za kompletną, czyli spójną ze znaczeniem przypisywanym temu zaburzeniu.

Zaprezentowane analizy nie przynoszą rozstrzygnięcia dylematu, czy kultura wywiera pozytywny czy też negatywny wpływ na zdrowie psychiczne człowieka. Unaoczniają natomiast wagę czynników, które trzeba uwzględniać, formułując takie pytanie, a także próbując na nie odpowiedzieć. Czynniki te, to obowiązujące w danej kulturze dyrektywy, dotyczące optymalnego, zdrowego funkcjonowania człowieka oraz wynikające z nich kryteria zaburzeń. Poszczególne kultury różnią się bowiem w stopniu tak znacznym, że nie istnieje możliwość przenoszenia ocen i kryteriów zaburzeń (oraz zdrowia) sformułowanych w ramach jednej kultury do innej, zdecydowanie od niej różnej.

W ramach kultury zachodniej dominuje horyzontalne spojrzenie na problem choroby psychicznej. Polega ono na poszukiwaniu bezpośrednich przyczyn choroby na poziomie organizmu jednostki. W tradycji Wschodu pojęcie choroby jest pojęciem wertykalnym. Jej diagnoza wynika z całościowego rozpatrzenia funkcjonowania człowieka; analiza i refleksja dotyczą nie tylko działania ludzkiego organizmu, ale również relacji człowieka z otoczeniem i – co ważne – z bóstwem. Dlatego w konsekwencji, proces leczenia musi zawierać jednoczesne oddziaływanie na ciało i umysł, a także dążenie do poprawy relacji między człowiekiem a otaczającym światem.

Dla kultury Zachodu choroba psychiczna jest najczęściej opisywana w kategoriach symptomów psychiatrycznych, przy czym dana choroba jest traktowana

[29] A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London 1980.

identycznie bez względu na to, u kogo występuje. Wynika to z założenia o identycznej budowie ludzkiego ciała, a w szczególności identycznej budowie układu nerwowego. Dla kultury Wschodu natomiast, zdrowie to harmonijne funkcjonowanie jednostki ludzkiej na wielu płaszczyznach jednocześnie. Choroba zatem, to zaburzenie harmonii na którejś z płaszczyzn. Badania porównawcze przeprowadzone wśród pacjentów szpitali psychiatrycznych pochodzących z rodzin japońskich, chińskich i anglosaskich przekonywująco udowodniły, że w zależności od zaplecza kulturowego pacjenta, choroby psychiczne mają różną postać i różny przebieg[30]. W sposób paradoksalny koncentracja na objawach, a nie ich kontekście czyni bardzo trudną diagnozę zaburzeń występujących u uchodźców, a będących skutkiem urazów związanych z wojną, życiem z poczuciem stałego zagrożenia śmiercią zarówno swoją, jak i bliskich, bycia świadkiem tortur czy zabójstw. Uchodźcy często uskarżają się na objawy somatyczne, które nie znajdują uzasadnienia w wynikach badań specjalistycznych. Polski personel medyczny traktuje wówczas te zaburzenia jako narzekania, które nie wymagają interwencji. Spojrzenie wertykalne na problemy zdrowotne zgłaszane przez uchodźców pozwoliłoby na trafniejszą diagnozę tych zaburzeń jako będących elementem szoku pourazowego oraz na skuteczniejszą pomoc osobom, które na nie cierpią.

5. Kulturowe uwarunkowania diagnozy i poradnictwa psychologicznego

Wskazówki sformułowane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne w roku 2003, dotyczące zawodowego funkcjonowania psychologów, zawierają zalecenia, że psychologowie w praktyce klinicznej powinni dostosowywać swoje postępowanie do norm kultury pacjenta. W DSM-IV z 1994 roku po raz pierwszy pojawiły się (co prawda na końcu podręcznika) działy omawiające kulturowe aspekty zaburzeń. Były to *Glossary of Culture-Bound Syndromes* oraz *Outline for the Cultural Formulation of Case.* Zalecenia zawarte w tym zarysie miały za zadanie pomóc osobom pracującym z pacjentami psychiatrycznymi z innych kultur, zapoznać się w sposób systematyczny z tradycją kulturową pacjenta, rolą kultury w sposobie wyrażania się symptomów choroby i tym, co z powodu różnic kulturowych może odgrywać znaczącą rolę w relacjach między pacjentem a terapeutą. Lista tych zaleceń wymienia 5 dziedzin, które terapeuta winien uwzględnić w momencie, kiedy dokonuje kulturowej oceny problemów pacjenta. Są to:

a) kulturowa identyczność pacjenta;
b) kulturowe wyjaśnienie przyczyn choroby z punktu widzenia pacjenta;

[30] A.J. Marsella, D. Kinzie, C. Gordon, *Ethnic variations in expression of depression,* w: „Journal of Cross-cultural Psychology" 1973, 4, str. 435-458; A. Kleinman, *Patients and healers*…

c) kulturowe czynniki związane z otoczeniem społecznym i poziomem funkcjonowania pacjenta, uwzględniając oczywiście stresory i system wsparcia;
d) kulturowe elementy relacji pomiędzy klientem a terapeutą, włączając sposób, w jaki występujące tu różnice mogą wpłynąć na przebieg leczenia;
e) kulturowa ocena diagnozy i sposobu leczenia, kiedy terapeuta włącza w to wszystkie czynniki kulturowe, pozwalające zaplanować najwłaściwszy sposób leczenia.

Pomocna operacjonalizacja tych zaleceń w formie szczegółowych pytań jest zawarta w dodatku do rozdziału Ponterotto, Gretchen, Chauhan[31]. Natomiast w DSM-IV TR[32] aspekty kulturowe włączone są do każdej z kategorii diagnostycznych.

Poważną trudnością związaną z pomocą pacjentom z kultur pozaeuropejskich jest rodzaj narzędzi klinicznych stosowanych do oceny prezentowanych przez nich zaburzeń psychicznych. Niemal wszystkie z tych narzędzi zostały zbudowane w krajach zachodnich, najczęściej angielskojęzycznych. Są natomiast stosowane poza swoim obszarem kulturowym. Konieczne staje się wówczas dostosowanie ich do warunków lokalnych. Próba zastosowania testów powstałych na Zachodzie do kultury afrykańskiej została opisana przez Zeldine'a[33]. Podjął on próbę przekładu i adaptacji kulturowej *Hamilton Depression Scale* w Senegalu. Okazało się, że ⅓ twierdzeń zawartych w oryginalnym narzędziu musiała zostać wyeliminowana i zastąpiona występującymi w tej kulturze symptomami depresji. Tak więc strategia *backtranslation* nie wystarczy do wyeliminowania tego problemu. Draguns[34] zaleca, aby badacze dokonujący takich modyfikacji oryginalnego narzędzia diagnostycznego, opisywali zarówno napotykane trudności, jak i sposoby ich rozwiązania.

Oprócz trudności terminologicznych związanych ze stosowaniem narzędzi diagnostycznych w stosunku do osób z innej kultury, problemem jest również styl udzielania odpowiedzi. W wielu kulturach badani nie są w stanie wyrazić swoich odczuć w sposób jednoznaczny, odpowiadając na pytania tak lub nie. W kulturach azjatyckich badani unikają odpowiedzi tworzących zewnętrzne krańce skali „zdecydowanie tak" lub „zdecydowanie nie", ponieważ nie chcą wyróżniać się na tle pozostałych członków grupy. Z kolei w kulturach śródziem-

[31] J.G. Ponterotto, D. Gretchen, R.V. Chauhan, *Cultural Identity and Multicultural Assessment. Quantitive and Qualitative Tools for the Clinician*, w: *Handbook of Multicultural Assessment. Clinical, Psychological, and Educational Applications*, oprac. L.A. Suzuki, J.G. Ponterotto, P.J. Meller, Josey Bass A Wiley Company, San Francisco 2001, str. 67-99.

[32] APA 2000.

[33] G. Zeldine, H. Collomb, G. Tourame i in., *A propos de l'utilisation d'une échelle d'évaluation en psychiatrie transculturelle*, „L'Encéphale", 1975, I, str. 133-145.

[34] J.G. Draguns, *Methodology in Cross-Cultural Psychopathology*, w: *Culture and Psychopathology*, oprac. I. Al-Issa, University Park Press, Baltimore 1982, str. 33-71.

nomorskich badani unikają odpowiedzi ze środkowej części skali „raczej tak" lub „raczej nie", ponieważ nie chcą, aby uznano je za osoby niezaangażowane w wykonanie postawionego zadania. Poważną trudnością jest również kulturowe znaczenie określonych zachowań. Przykładowo stwierdzenie „chciałabym nie być taka nieśmiała" w kontekście amerykańskim dotyczy chęci zwalczenia niepożądanej kulturowo cechy[35], natomiast w kulturze japońskiej, gdzie nieśmiałość jest zachowaniem znacznie bardziej powszechnym, a co więcej ocenianym pozytywnie, zgoda na takie twierdzenie będzie znaczyła coś całkowicie innego[36]. Lonner, Ibrahim[37] wskazują na ograniczoną wartość i trudności w stosowaniu poza zachodnim kontekstem kulturowym takich narzędzi jak testy MMPI, CPI czy STAI (*State Trait Anxiety Inventory*). Podkreślają natomiast użyteczność podejścia konstruktywistycznego, w którym w oparciu o wypowiedzi pacjenta, czy analizę poglądów na dany temat (np. określonego zaburzenia) w jego grupie etnicznej, psycholog może w sposób bardziej precyzyjny dokonać diagnozy występującego problemu.

Innym sposobem radzenia sobie z różnicami kulturowymi jest stosowanie technik projekcyjnych[38]. Wówczas trzeba jednak pamiętać, że o ile na przykład test Rorchacha w każdym kontekście kulturowym będzie równie enigmatyczny jako materiał bodźcowy, to jednak kultura będzie decydowała o sposobie poradzenia sobie z tą enigmatycznością[39].

Podobnie jak istnieją poważne trudności z zastosowaniem narzędzia diagnostycznego, tak równie poważnym problemem jest prowadzenie terapii z pacjentami z innego kręgu kulturowego. Cały szereg założeń, na których opiera się terapia w indywidualistycznej kulturze zachodniej, jest poza nią bardzo problematyczna. Uważany za pożądany w kulturze indywidualistycznej rozwój niezależnej, autonomicznej jednostki jest kwestionowany w kulturach kolektywistycznych, gdzie ludzie budują poczucie „ja-współzależnego". To samo odnosi się do poczucia winy i wstydu. Wina jest emocją indywidualną, a wstyd jest na poziomie grupowym (dlatego, że zachowanie jednostki ma wpływ na rodzinę czy na grupę) W niektórych kulturach zbyt wielki nacisk położony na rozwój „ja" uważa się za niezdrowy. Japończycy określają istotę tego problemu powiedzeniem: *gwóźdź, który wystaje, zostaje wbity*. W kulturze amerykańskiej

[35] P.G. Zimbardo, *Shyness: What It Is and What To Do About It?*, Addison-Wesley Publishing Company Inc., Reading, Mass.1977.

[36] T. Doi, *The Anatomy of Dependence*, Kodansha International, Tokio 1973.

[37] W.J. Lonner, F. A. Ibrahim, *Appraisal and Assessment in Cross-Cultural Counseling*, w: P.B. Pedersen, J.G. Draguns, W.J. Lonner, J.E. Trimble, *Counseling Across Cultures*, Sage, Thousand Oaks-London-New Delhi 1996, s. 293-322.

[38] W.H. Holtzman, *Projective techniques*, w: *Handbook of Cross-Cultural Psychology*, oprac. H.C. Triandis, J.W. Berry, Allyn and Bacon, Boston 1980, vol. 2, str. 245-278.

[39] J.G. Draguns, *op. cit.*

głośne, asertywne osoby są oceniane pozytywnie, wzbudzają zainteresowanie, w kulturze japońskiej asertywność postrzegana jest jako zachowanie egoistyczne, będące działaniem niezgodnym z normami grupowymi.

W różnych kulturach występują różne, akceptowane sposoby wyrazu emocji[40]. W kulturze zachodniej ceniona jest otwarta, widoczna na zewnątrz ekspresja emocji, podczas gdy w kulturach azjatyckich bardziej będzie cenione opanowanie emocjonalne.

Trzecia trudność opisywana przez Sue, Sue to poziom wglądu. Wiele tradycyjnych form poradnictwa i psychoterapii, na przykład psychoterapia analityczna czy humanistyczna uważa, że drogą do dobrego samopoczucia jest wgląd, czyli zrozumienie przez klienta dynamiki, która leży u podłoża przeżywanych prze niego problemów. W innych kulturach taka potrzeba głębokiej eksploracji własnych przeżyć nie jest uznawana za potrzebną. Uważa się, że zbyt częste myślenie o jakimś problemie może go tylko pogorszyć. Dorośli sugerują dzieciom, żeby nie skupiały się zbyt mocno na swoich problemach, ponieważ wtedy za dużo myślą o sobie, zamiast o rodzinie.

Czwarta specyficzna kulturowo cecha pacjenta, wpływająca na przebieg terapii, dotyczy gotowości do otwarcia się w obecności terapeuty i mówienia o swoich najbardziej prywatnych przeżyciach. W wielu kulturach takie ujawnianie swoich przeżyć jest zarezerwowane tylko dla najbliższych przyjaciół i rodziny. Bliskie relacje potrzebne do takiej otwartości są tworzone w ciągu dłuższego okresu, a nie na pięćdziesięciominutowej sesji, raz w tygodniu[41].

Piąta trudność związana z prowadzeniem terapii z osobami z kultury niezachodniej to postawa terapeuty. W podejściu zachodnim terapeuta ma być racjonalny, neutralny i logiczny jak naukowiec. Problemy związane ze zdrowiem psychicznym również są traktowane jako takie, które powinny być rozwiązywane w sposób obiektywny, linearny, zaś ocena postępu w ich rozwiązywaniu jest prowadzona przy pomocy takich narzędzi. jak testy osobowości czy inteligencji. W wielu innych kulturach dominuje podejście cyrkularne, holistyczne. Cenioną metodą jest raczej intuicja, niż racjonalne, upraszczająco redukcjonistyczne rozwiązywanie problemu[42].

Kolejny problem wynika z rozróżnienia między fizycznym a psychicznym funkcjonowaniem człowieka. Innymi słowy, ciało i umysł są postrzegane jako dwa niezależne byty. I tak samo rozróżnia się zdrowie psychiczne od fizycznego. To rozróżnienie nie funkcjonuje w innych kulturach. Dlatego członkowie tych

[40] D.W. Sue, D. Sue, *Counseling the culturally diverse: Theory and practice*, Wiley, New York 2003.

[41] *Ibid*.

[42] *Ibid*.

kultur nie widzą różnicy w zwróceniu się o pomoc do lekarza czy terapeuty. Oczekują od nich tego samego rodzaju pomocy[43].

Siódma trudność to ambiwalentność; nieustrukturowana z punktu widzenia kultur wyraźnie akcentujących role społeczne różnych członków społeczeństwa, natura kontekstu terapeutycznego. Może to kreować poczucie sytuacji niewygodnej, niezręcznej i niejasnej. Kolejny problem związany ze specyfiką relacji wewnątrzkulturowych, to wzory się komunikowania. W niektórych kulturach osoba mająca autorytet, na przykład osoba starsza jest tą, która inicjuje interakcję. Nie należy się do niej odzywać tak długo, jak długo ona nie rozpocznie rozmowy. Ponieważ terapeuta może być postrzegany jako osoba obdarzona autorytetem, pacjent z innej kultury może oczekiwać, że to terapeuta będzie kierował przebiegiem sesji. Natomiast terapeuta może błędnie zrozumieć i zinterpretować zachowanie takiej osoby[44].

Kolejna blokada w efektywnym poradnictwie międzykulturowym to oczekiwania pacjenta odnośnie rodzaju pomocy, jakiej może udzielić mu terapeuta. Osoba bezrobotna i bez środków do życia będzie oczekiwała od terapeuty raczej praktycznej rady, jak rozwiązać swoje bieżące problemy, znaleźć pracę czy mieszkanie, niż koncentrowała się na poznawaniu dynamiki swoich wewnętrznych konfliktów[45].

Poważną trudnością w kontakcie terapeutycznym jest też język. Jeśli język, w którym ma miejsce komunikacja z terapeutą, jest drugim językiem klienta, to jego znajomość może być niewystarczająca lub może on być zbyt ubogi. Możliwa jest też odwrotność tej sytuacji. Jeśli język klienta stanowi jakąś etniczną lub lokalną odmianę angielskiego (*black English* lub *ebonics*) to terapeuta może mieć kłopoty ze zrozumieniem przekazu klienta[46].

Al-Abdul-Jabbar i Al-Issa[47], komentując zastosowanie psychoterapii wśród arabskich pacjentów muzułmańskich, wskazują, że terapeuta winien przyjmować postawę asertywnego nauczyciela i starać się doradzać klientowi (który jest w sytuacji ucznia), jak powinien rozwiązać przeżywane konflikty i problemy. Ważnym czynnikiem terapeutycznym jest zbudowanie silnego związku emocjonalnego między terapeutą a pacjentem. Celem psychoterapii jest wzmocnienie jego „ja-współzależnego", czyli przywrócenie pacjentowi zdolności do postępowania zgodnego z wymaganiami społeczeństwa i realizowania określonych ról rodzinnych i społecznych. Stosowanie tych reguł będzie niewątpliwie przydatne w pracy terapeutycznej z uchodźcami-muzułmanami.

[43] *Ibid*.
[44] *Ibid*.
[45] *Ibid*.
[46] *Ibid*.
[47] J. Al-Abdul-Jabbar, I. Al-Issa, *Psychotherapy in Islamic Society*..., str. 277-293.

6. Zakończenie

Podejścia terapeutyczne do pacjentów pochodzących z różnych grup kulturowych są opisywane między innymi w takich czasopismach, jak: *Hispanic Journal of Behavioral Science, Journal of Black Psychology, Journal of Multicultural Counseling and Development*. Również większość książek na temat poradnictwa wielokulturowego ma osobne rozdziały, które poświęcone są problemom przeżywanym przez poszczególne grupy etniczne i sugestiom, jak należy sobie z nimi radzić[48].

Strategie budowania efektywnej relacji terapeutycznej z osobami z kultur nie-zachodnich mogą też obejmować wykorzystanie elementów ich kultury etnicznej w formie muzyki, tańca, baśni, twórczości plastycznej[49].

Warunkiem efektywnej pracy z osobami z innej kultury jest zbudowanie przez terapeutę samoświadomości i zrozumienia swojego zaplecza kulturowego, a także wpływu, jakie ma to zaplecze na jego postawę i zachowanie wobec ludzi z innych kultur i grup społecznych[50]. Sposobem na sprostanie temu wymaganiu jest jednak zmiana w sposobie kształcenia psychologów, mających prowadzić działalność w zakresie poradnictwa. Wymaga to krytycznej oceny etnocentrycznych zachodnio-europejskich i amerykańskich założeń dotyczących roli psychologa i natury ludzkiej. W kształceniu tym w większym niż do tej pory stopniu muszą występować elementy wiedzy o innych kulturach i globalnych zmianach kulturowych, mających miejsce w skali światowej[51].

[48] P.B. Pedersen, A. Ivey, *Culture-Centered Counseling and Interviewing Skills. A Practical Guide*, Praeger, Westport Connecticut-London 1993; *Counseling Across Cultures*, oprac. P.B. Pedersen, J.G. Draguns, W.J. Lonner, J.E. Trimble, Sage, Thousand Oaks-London-New Dehli 1996.

[49] Ch. M. Alexander, L. Sussman, *Creative Approaches to Multicultural Counseling*, w: *Handbook of Multicultural Assessment. Clinical, Psychological and Educational Applications*, oprac. L.A. Suzuki, J.G. Ponterotto, P.J. Meller, San Francisco 1995, str. 375-384.

[50] J.S. Mio, L. Barker-Hackett, J. Tumambing, *Multicultural Psychology: Understanding Our Diverse Communities*, Mc Graw Hill, Boston-Burr Ridge-Dubuque 2006.

[51] A.J. Marsella, P. Pedersen, *Internationalizing the counseling psychology curriculum: toward new values, competencies, and directions*, „Counselling Psychology Quaterly", 2004, 17, 4, str. 413-423.

Maria Książak

Dostęp do pomocy medycznej i psychologicznej osób ubiegających się o status uchodźcy w Polsce

1. Wstęp

W 2009 roku w ramach projektu Fundacji Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna dofinansowanego przez Fundację im. Stefana Batorego miałam okazję uczestniczyć w pracach zespołu badającego dostęp do pomocy medycznej i psychologicznej cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce, przebywających w ośrodkach prowadzonych przez Urząd do Spraw Cudzoziemców (UdsC). W czasie realizacji projektu prowadziliúmy monitoring w pićciu z dwudziestu istniejŕcych w tym czasie w Polsce oúrodków dla cudzoziemców ubiegajŕcych sić o status uchodęcy. Liczba osób zamieszkujŕcych badane oúrodki stanowiůa okoůo Ľ populacji cudzoziemców zamieszkujŕcych wówczas wszystkie ośrodki prowadzone przez UdsC w Polsce. Na podstawie przeprowadzonej wcześniej analizy przepisów i kwestionariuszy przygotowanych przez nasz zespół, w skład którego wchodzili lekarze, psychologowie i specjaliści zajmujący się prawami człowieka, przeprowadziliśmy wywiady z osobami pracującymi w ośrodkach (w tym z personelem medycznym obsługującym cudzoziemców) oraz samymi cudzoziemcami tam zamieszkującymi. Najwięcej uwagi poświęciliśmy na badanie sytuacji osób wymagających szczególnego wsparcia, takich jak: kobiety w ciąży, matki, dzieci oraz ofiary tortur i urazów wojennych. Monitoring obejmował również warunki bytowe i pomoc socjalną, ponieważ czynniki te mają bezpośredni, znaczący wpływ na stan psychofizyczny osób przebywających w ośrodkach. Rezultaty monitoringu zostały szczegółowo opisane w raporcie opublikowanym na stronie internetowej FMIH[1].

[1] *Dostęp do opieki medycznej i psychologicznej kobiet w ciąży, matek, dzieci oraz ofiar tortur i urazów wojennych w ośrodkach dla cudzoziemców ubiegajęcych się o status uchodźcy w Polsce*, Fundacja Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna, Warszawa 2010, dostępny na: http://www.mih.ihif.eu/sites/mih.ihif.eu/files/FORMULARZE/raport_monitoring_opieki_medycznej_i_psychologicznej_nad_matkami_i_dziecmi.pdf

Wykorzystując wyniki monitoringu oraz własne wieloletnie doświadczenie w pracy z osobami pochodzącymi z Północnego Kaukazu – zarówno w charakterze psychologa pracującego w dziedzinie interwencji kryzysowej i pomocy psychologicznej z osobami z innych kręgów kulturowych mieszkającymi w Polsce, jak i w charakterze koordynatora wielu programów humanitarnych wdrażanych przez polskie organizacje pozarządowe na Kaukazie Północnym[2] – przybliżę problematykę dostępu do pomocy medycznej i psychologicznej osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w naszym kraju, skupiając się przede wszystkim na potrzebach grup wymagających szczególnego wsparcia.

2. Charakterystyka populacji osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce

2.1. Pochodzenie cudzoziemców ubiegających się o status uchodźcy w Polsce

W ciągu ostatnich 10 lat łącznie około 75% osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce pochodziło z Północnego Kaukazu[3]. Do 1999 roku stanowiły one od 1% do 5% wszystkich osób ubiegających się w Polsce o nadanie statusu uchodźcy – wyjątek obserwujemy jedynie w 1995 roku, gdy rozpoczęła się pierwsza wojna czeczeńska i w związku z tym populacja z tego regionu stanowiła 10% populacji przymusowych migrantów w Polsce.

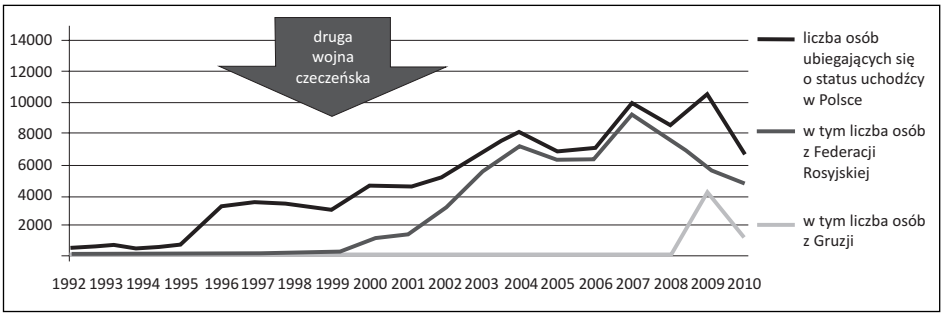
W końcu 1999 roku rozpoczęła się druga wojna czeczeńska – w rezultacie w 2000 roku obywatele Rosji stanowili już 25% wszystkich osób ubiegających się w naszym kraju o nadanie statusu uchodźcy, w 2001 – 33% tej grupy, w 2002 – 51%, a od 2003 roku ponad 80% wszystkich aplikantów. Odsetek obywateli rosyjskich, przede wszystkim narodowości czeczeńskiej, zwiększał się aż do 2009 roku – od kwietnia tego roku do Polski zaczęła napływać fala migracji z Gruzji. W 2010 roku liczba uciekinierów z Gruzji zaczęła maleć i znów dominującą grupę stanowią osoby z terenów Północnego Kaukazu. Od rozpoczęcia

[2] W latach 2000-2004 prowadziłam programy humanitarne w Czeczenii i Inguszetii, najpierw jako szef misji Polskiej Akcji Humanitarnej w Federacji Rosyjskiej, a później w ramach działań Fundacji Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna. Opracowałam wówczas i wdrożyłam programy: Bezpieczne Obszary dla Dzieci, Oczyszczanie i Dystrybucja Wody Pitnej w Groznym, Program Codziennego Dożywiania Pacjentów w Szpitalach, Program Pomocy Osobom o Szczególnych Potrzebach w Sytuacjach Wyjątkowych na Kaukazie Północnym oraz Program poprawy dostępu do specjalistycznej pomocy medycznej cywilnym ofiarom konfliktu w Czeczenii. W związku z tą pracą przez 5 lat mieszkałam w Czeczenii i Inguszetii — obyczaje osób pochodzących z tych regionów, a także kontekst polityczny i społeczno-ekonomiczny, są mi więc dobrze znane.

[3] W statystykach UdsC osoby te ujmowane są w jednej kategorii – jako obywatele Federacji Rosyjskiej. Patrz dane na stronie internetowej Urzędu: http://www.udsc.gov.pl/Statystyki,229.html

drugiej wojny czeczeńskiej o status uchodźcy w Polsce poprosiło ponad 59 000 osób ujętych w statystykach jako osoby pochodzące z terytorium Federacji Rosyjskiej[4].

Wykres 1. Liczba osób ubiegających się w Polsce o nadanie statusu uchodźcy – zmiany tendencji dotyczących pochodzenia w latach 1992-2010.



Źródło: Dane statystyczne UdsC

Jak widać z przytoczonych powyżej danych, większość osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce pochodzi z Rosji. Ich migracja jest spowodowana konfliktem zbrojnym toczącym się od ponad 16 lat na Kaukazie Północnym. Osoby te pochodzą głównie z Czeczenii – w której wojna przeciw Rosji przekształciła się w bratobójczą walkę wewnątrz republiki – oraz z sąsiadujących z Czeczenią niespokojnych obszarów Dagestanu i Inguszetii. Wszystkie te republiki wchodzą w skład Federacji Rosyjskiej, w związku z tym bez względu na to, z której z nich pochodzą przymusowi migranci, w statystykach ujmowani są w jednej kategorii kraju pochodzenia – Rosja.

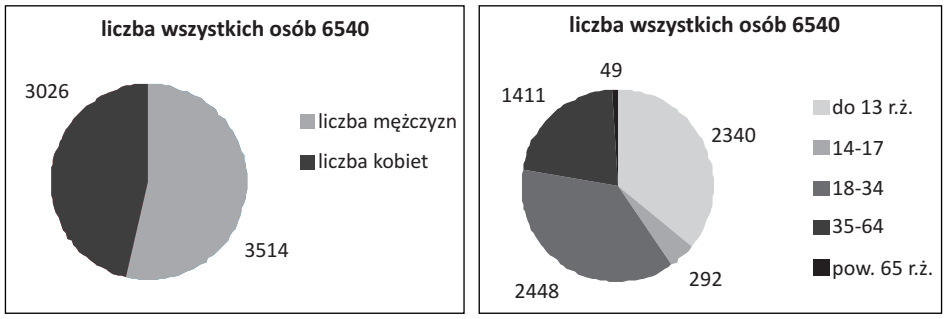
2.2. Przekrój demograficzny osób ubiegających się o status uchodźcy w Polsce

W 2010 roku 40% osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce stanowiły dzieci i młodzież poniżej 18 roku życia (w tym 36% to dzieci do 13 roku życia). W poprzednich latach odsetek dzieci objętych postępowaniem o nadanie statusu uchodźcy był jeszcze wyższy. Niestety brak dokładnych danych, by określić, ile osób w grupie od 18 do 34 lat stanowiła młodzież do 21 roku życia. Jeżeli jednak założyć, że rozkład wiekowy w grupie 18 – 34 lata był naturalny, to w sumie grupa dzieci i młodzieży (do 21 roku życia) stanowi połowę populacji cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową

[4] Dane statystyczne – za informacjami ze strony UdsC.

w Polsce. Warto o tym pamiętać planując pomoc medyczną, psychologiczną i socjalną.

Wykres 2. Osoby ubiegające się o status uchodźcy w Polsce – dane w podziale na płeć i wiek.



Podział na płeć | Podział na grupy wiekowe

Źródło: dane statystyczne UdsC.

2.3. Różnice kulturowe i obyczajowe wpływające na podejście do ochrony zdrowia

Osoby ubiegające się o status uchodźcy w Polsce, pochodzące z Kaukazu Północnego, są w przeważającej większości muzułmanami, przy czym Islam jako religia na Kaukaz dotarł stosunkowo późno (islamizacja Czeczenii zakończyła się w XVIII w.[5]). Wielu mieszkańców Kaukazu Północnego sięga wciąż do wcześniejszych tradycji: klanowej struktury społeczeństwa, w której bardzo ważne są dwie wartości: honor i godność, z wyraźnie określonymi rolami społecznymi poszczególnych członków rodziny oraz do dziś podtrzymywanymi tradycjami i obyczajami. Psychologowie i lekarze, mający trudne zadanie leczenia osób pochodzących z innego kręgu kulturowego, powinni mieć na uwadze konkretne różnice, wynikające ze specyfiki kulturowej, szczególnie te, które mogą warunkować ich kontakt z pacjentem. Temat różnic kulturowych został szeroko omówiony w artykule profesor Haliny Grzymały-Moszczyńskiej[6], chciałabym tu jednak podkreślić kilka bardzo istotnych kwestii dotyczących kultur Północnego Kaukazu.

[5] Islam w Czeczenii, Raport OSW, styczeń 2006.

[6] Patrz w rozdziale: H. Grzymała-Moszczyńska, *Uchodźcy jako wyzwanie dla polskiego systemu opieki zdrowotnej,* str. 143. Na temat różnic kulturowych typowych dla osób z Czeczenii patrz także: A. Chrzanowska, *Tożsamość kulturowa uchodźców czeczeńskich*, w: A. Gutkowska (red.), *Uchodźcy w Polsce. Kulturowo-prawne bariery w procesie adaptacji,* Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Warszawa 2007.

Istnieją dwie choroby, o których na Kaukazie Północnym się nie mówi. Są to choroby nowotworowe i gruźlica. Związane z nimi tabu kulturowe i wstyd sprawiają, że chorzy mogą unikać rozmów na ich temat i nie chcieć się do nich przyznać nawet wtedy, gdy wiedzą już, że jedna z tych chorób została u nich zdiagnozowana. Utrudnia to zarówno ich diagnostykę, jak i leczenie. Dużą pomocą dla lekarza prowadzącego pacjenta jest współpraca z psychologiem pomagającym motywować go do leczenia.

Zgwałcona kobieta z Czeczenii jest (słusznie) przekonana, że gdy inni dowiedzą się o tym, że jest ofiarą gwałtu, zostanie odrzucona przez męża i resztę społeczności. Czuje się zhańbiona i boi się o swoją przyszłość. Prawdopodobnie zapytana o to wprost przez osobę, do której nie nabrała zaufania, nie przyzna się, że jest ofiarą gwałtu. Jeśli jednak zdecyduje się podzielić taką informacją, pod żadnym pozorem nie można dopuścić, by została ona przekazana komukolwiek ze społeczności czeczeńskiej – nawet, a może zwłaszcza, mężowi lub innym członkom rodziny. Nie wskazane jest więc też prowadzenie grup wsparcia lub ośrodków dla kobiet zgwałconych, ponieważ gdyż już sama przynależność do takiej grupy będzie piętnująca dla uczestniczek.

Dotykanie kobiety przez mężczyznę innego niż jej mąż jest dla tradycyjnych Czeczenów absolutnie niedozwolone – nawet gdy mężczyzną jest lekarz. Na Kaukazie nie ma mężczyzn ginekologów – ta specjalizacja jest zarezerwowana wyłącznie dla kobiet. W przypadku bardziej tradycyjnych Czeczenek nawet prowadzenie otwartych rozmów z mężczyzną nie jest łatwe – co może bardzo zakłócić już sam proces zbierania wywiadu – gdyż sama sytuacja związana z koniecznością udzielenia mężczyźnie odpowiedzi na pytania dotyczące wcześniejszych porodów, antykoncepcji, ewentualnych komplikacji lub chorób może być na tyle krępująca dla kobiety, że nie udzieli ona żadnych szczegółowych informacji, chcąc jedynie jak najszybciej zakończyć rozmowę i uciec od tej trudnej i upokarzającej dla niej sytuacji.

Co do czeczeńskich mężczyzn – w kontakcie z lekarzem, szczególnie jeśli jest nim kobieta, trudno im będzie mówić szczegółowo o przemocy, której doznali od innych mężczyzn, ponieważ poza samym bólem i cierpieniem fizycznym mogą odczuwać ogromny wstyd, płynący z doświadczenia upokorzenia. Rola silnego, niezłomnego bohatera, przypisana przez kulturę czeczeńską mężczyźnie, nie zostawia miejsca na akceptację własnych słabości i emocji – mężczyzna za wszelką cenę powinien dążyć do aktywnej obrony swej godności i godności swych bliskich. Uchodźcy, którzy w wyniku doznanej przemocy, tortur i lęku zdecydowali się na ucieczkę zamiast podjęcia bądź kontynuowania kulturowo przykazanej walki, mogą się wstydzić już tylko z tego powodu. Dla wielu mężczyzn temat tortur wiąże się zarówno z lękiem, jak i wstydem w tak dużym stopniu, że nawet, gdy zapyta się ich wprost, mogą nie chcieć mówić wiele o swych doświadczeniach. Ze względu na obawę przed stygmatyzacją

wielu mężczyzn z tego regionu nie zgłosi się w ogóle do lekarza po pomoc w tym zakresie. Ponieważ kultura czeczeńska nakazuje mężczyznom noszenie długich spodni i koszul, mogą oni łatwo zakrywać te części ciała, które zostały uszkodzone w wyniku tortur – lekarz prowadzący dowolne badanie może być jedyną osobą, która zauważy oznaki wskazujące na przebyte urazy. Ważne jest więc, by wiedział, z czego mogą wynikać takie obrażenia i jak może pomóc w takiej sytuacji zachęcić pacjenta do skorzystania z pomocy zarówno medycznej jak i psychologicznej. Niestety ogromną barierą dostępu do specjalistycznej pomocy w tym zakresie jest brak przygotowanych placówek, lekarzy i terapeutów, którzy potrafią pomóc tej grupie pacjentów.

Z rozmów z cudzoziemkami wynika, że część muzułmanów z Północnego Kaukazu uważa aborcję za dopuszczalną, jeśli zostanie wykonana w ciągu pierwszych trzech miesięcy ciąży. Wierzą oni bowiem, że dopiero po tym okresie u zarodka pojawia się dusza. W związku z tym przekonaniem oraz ograniczoną wiedzą na temat antykoncepcji, utrudnionym dostępem do środków antykoncepcyjnych, a także niechęcią kaukaskich mężczyzn do stosowania prezerwatyw, kobiety powszechnie poddają się aborcji w sytuacji, gdy z przyczyn rodzinnych, materialnych czy zdrowotnych nie chcą zdecydować się na dziecko. W Rosji jest to zabieg wykonywany rutynowo. Wiele cudzoziemek nie wie jednak o zakazie aborcji w Polsce. Warto zatem uświadamiać uchodźców zarówno w dziedzinie stosowania antykoncepcji, jak i obowiązującego w Polsce prawa.

2.4. Pochodzenie cudzoziemców a ich zapotrzebowanie na pomoc medyczną

Pochodzenie osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy wiąże się ze specyfiką opieki, której mogą one wymagać. Należy mieć na uwadze, że toczący się konflikt na Kaukazie Północnym przyczynił się do zniszczenia infrastruktury medycznej, w tym szpitali – można się więc spodziewać, że osoby napływające do Polski z tego obszaru nie miały dotąd zapewnionej dobrej opieki medycznej. Lata konfliktu zbrojnego, zniszczenie infrastruktury, braki w dofinansowaniu służby zdrowia, zła sytuacja ekologiczna i epidemiologiczno-sanitarna doprowadziły do wzrostu zachorowalności jednocześnie na choroby zakaźne i przewlekłe w regionie, z którego pochodzi gros cudzoziemców ubiegających się o status uchodźcy w Polsce. Zgodnie z raportami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), ze względu na ubogą w składniki odżywcze dietę, ponad 40% populacji Czeczenii ma anemię[7]. Zgodnie z danymi UNICEFu podstawowe wskaźniki dotyczące śmiertelności niemowląt, dzieci i matek są od 2 do 4-krotnie wyższe w Czeczenii i Inguszetii niż na innych obszarach Federacji

[7] Interagency Transitional Workplan for the North Caucasus, OCHA: Russian Federation, 2006.

Rosyjskiej. Ogromna część populacji dzieci, kobiet w ciąży oraz kobiet karmiących ma anemię[8].

Wiele z osób przybywających do Polski nie zostało poddanych dokładnej diagnostyce i specjalistycznemu leczeniu. Z powodu braku ciągłości w dostępie do antybiotyków niezbędnych w leczeniu gruźlicy – a także ze względu na tabu kulturowe, jakim jest ta choroba na Kaukazie – w regionie tym rozprzestrzenia się również lekoodporna odmiana gruźlicy, na szczęście dotąd rzadko występująca w Polsce. WHO, jak i wiele innych międzynarodowych i pozarządowych organizacji medycznych działających na Kaukazie, próbuje od lat wspierać programy profilaktyki i dostępu do leczenia gruźlicy. Pewne programy udało się wprowadzić, ale sytuacja jest wciąż bardzo trudna. Zachorowalność na gruźlicę na Kaukazie Północnym od czasu rozpoczęcia konfliktu w Czeczenii, zgodnie nawet z oficjalnymi statystykami, jest dwa razy większa niż w innych rejonach Federacji Rosyjskiej[9], która ma jedne z najwyższych wskaźników zachorowalności na gruźlicę na świecie. Wskaźnik ten jest w Rosji 16 razy[10] wyższy niż w Polsce – oznaczałoby to, że w Czeczenii wskaźniki zachorowalności na gruźlicę są 32-krotnie wyższe niż w Polsce.

W Czeczenii, zgodnie z oficjalnymi statystykami, ponad dwukrotnie wyższa niż w całej Federacji Rosyjskiej jest również zachorowalność na choroby nowotworowe. Także odsetek patologii ciąży i patologii noworodków jest najwyższy w Rosji, podobnie jest ze wskaźnikami śmiertelności noworodków[11]. Ze względu na brak dostaw szczepionek i przerwy w realizacji szczepień planowych w okresie działań wojennych, część dzieci czeczeńskich nie przeszła szczepień ochronnych i do regionu powrócił problem wysokiej zachorowalności na polio. Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała 13 listopada 2010 roku ostrzeżenie o globalnym zagrożeniu związanym z rozprzestrzenieniem się epidemii polio z terenów Północnego Kaukazu i Azji Centralnej. WHO w ostrzeżeniu zaleca, by każda osoba, która zamierza podróżować po Północnym Kaukazie, była w pełni zaszczepiona przeciwko polio. W tym samym raporcie zaleca się również, by wszystkie osoby przybywające z Północnego Kaukazu do innych krajów, otrzymały szczepienia przeciwko polio przed wyjazdem[12].

W niektórych rejonach Czeczenii dzieci zaczęły chorować na nietypowe, w Polsce w ogóle niespotykane schorzenia i zaburzenia. Obrońcy praw człowie-

---

[8] UNICEF Humanitarian Action - North Caucasus 2007, UNICEF (*www.unicef.org).*

[9] Cytat z wypowiedzi Ministra Zdrowia Czeczenii z 2008 r. opublikowanej na http://medportal.ru/mednovosti/news/2008/04/02/tubeculosis/

[10] Dane pochodzą z raportu Global Tuberculosis Control, WHO: 2010.

[11] *Inter-Agency Transitional Program for the North Caucasus*, Office of Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), 2006.

[12] *Polio in Central Asia and the North Caucasus Federal Region of the Russian Federation,* raport opublikowany na stronie: http://www.who.int/csr/don/2010_11_13/en/index.html

ka piszą o możliwościach celowego zatrucia i eksperymentach biomedycznych na ludności cywilnej Czeczenii. W Starych Atagach w 2000 roku po „cichym fioletowym wybuchu" 23 dzieci miało poważne symptomy zatrucia – troje z nich zmarło w ciągu dwóch dni. W grudniu 2005 roku w Szołkowskim Rejonie Czeczenii, u dużej grupy dzieci, wystąpiły drgawki, zaburzenia oddychania oraz zaburzenia psychiczne. Raporty lekarzy podające informację o możliwości wystąpienia masowego zatrucia były dementowane przez władze rosyjskie nadające tym doniesieniom miano „masowej histerii". Część dzieci leczono później w szpitalu w Stawropolu nie przekazując rodzicom nawet informacji, jakie leki stosowano w czasie terapii[13].

Do tego wszystkiego dodać należy ogromny wzrost różnego typu urazów fizycznych powstałych w wyniku działań wojennych, wybuchów min i tortur[14]. Do powszechnych tortur stosowanych obecnie wobec cywilnej ludności na Północnym Kaukazie należą długotrwałe bicie (kolbami karabinów, butami, pałkami, butelkami plastikowymi wypełnionymi wodą lub piaskiem, grubymi kablami), przypalanie papierosami, drutami i prętami, porażenia prądem, wrzucanie do ciemnej jamy z lodowatą wodą, podtapianie w wodzie lub moczu, duszenie przez wkładanie na głowę worka plastikowego, piłowanie zębów, wyrywanie paznokci, strzelanie w kończyny, groźby zgwałcenia, gwałt (w większym stopniu kobiet, ale też mężczyzn), straszenie egzekucją, grożenie torturami wobec bliskich osób, zmuszanie do obserwowania, gdy bliscy są gwałceni, torturowani i zabijani, udział w inscenizowanych egzekucjach[15].

Duża część populacji Czeczenii cierpi również w wyniku stresu pourazowego (PTSD) i depresji spowodowanej przez sekwencję nakładających się na siebie skrajnych doświadczeń, w tym nieludzkiego traktowania, tortur, nagłej utraty życia przez najbliższe osoby oraz zagrożenia własnego życia. W Polsce dotąd nie prowadzono badań w tym zakresie, ale zgodnie z wynikami badań prowadzonych w ostatnich latach w Austrii, aż 60% populacji Czeczenów ubiegających się tam o status uchodźcy cierpi na PTSD[16]. Wiele osób przybywających do Polski jako uchodźcy, w wyniku zmiany otoczenia, kontekstu kulturowego oraz niepewności dalszego losu, cierpi również na zaburzenia adaptacyjne. Zgodnie z priorytetami UNICEF od lat na jednym z pierwszych miejsc znajduje się psychologiczna rehabilitacja całego młodego pokolenia w Czeczenii.

[13] A. Politkovskaya, *Poison in the air,* „The Guardian", Wednesday 1 March 2006.

[14] *Widespread Torture in the Chechen Republic,* Human Rights Watch Briefing Paper for the 37th Session UN Committee against Torture, November 13, 2006.

[15] *Rape and Other Torture in the Chechnya Conflict: Documented evidence from asylum seekers arriving in the United Kingdom.* Medical Foundation for the Care of Victims of Torture London, April 2004.

[16] W. Renner (red.), *Culture-sensitive and resource oriented peer groups. Austrian experiences with a self-help approach to coping with trauma in refugees from Chechnya*. Innsbruck: Springer, 2008.

Biorąc pod uwagę wymienione powyżej czynniki, należy odpowiednio planować opiekę medyczną i psychologiczną, jakiej może potrzebować ta stosunkowo nowa w Polsce populacja. Musimy jednocześnie rozumieć, że nakład środków użytych na ochronę zdrowia, profilaktykę i leczenie osób ubiegających się o status uchodźcy może być wyższy niż średnie koszty leczenia Polaków. Otwierając swe granice dla uchodźców Polska powinna być jednocześnie gotowa zapewnić im adekwatną do potrzeb opiekę medyczną, w tym psychologiczną.

3. Organizacja pomocy medycznej dla osób ubiegających się o ochronę międzynarodową

Osoby ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce mają możliwość dostępu do opieki medycznej poprzez odrębny system świadczeń – równoległy do systemu dostępnego dla osób objętych ubezpieczeniem NFZ. Sytuacja ta wiąże się ze specyfiką tej opieki. W tym rozdziale postaram się wyjaśnić, na czym polegają istotne różnice między tymi systemami i jakie są ich konsekwencje dla cudzoziemców.

3.1. Opis systemu

Podstawę prawną udzielania pomocy medycznej cudzoziemcom ubiegającym się o nadanie statusu uchodźcy określa ustawa o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 czerwca 2003 roku z późniejszymi zmianami. Zobowiązuje ona Szefa UdsC do organizacji opieki zdrowotnej dla azylantów. Zarówno podstawowa opieka zdrowotna jak i opieka specjalistyczna dla osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce od lutego 2005 roku jest organizowana przez Centralny Szpital Kliniczny MSWiA przy ul. Wołoskiej 137 w Warszawie (dalej CSK MSWiA), a koordynuje ją przez Zespół ds. świadczeń medycznych dla osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy CSK MSWiA w ramach umowy pomiędzy UdsC a CSK MSWiA.

Aktualnie działający system realizacji opieki medycznej dla omawianej grupy cudzoziemców przewiduje, że jego beneficjenci mają w Polsce specjalnie dla nich zakontraktowaną (choć przy użyciu stawek NFZ) opiekę medyczną w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i odrębny sposób dostępu do specjalistycznej opieki lekarskiej. Podstawowa opieka zdrowotna jest realizowana poprzez zatrudniony na umowy zlecenia personel medyczny pracujący w ośrodkach dla uchodźców. Osoba ubiegająca się o nadanie statusu uchodźcy może więc zwrócić się do zatrudnionego w ośrodku lekarza, który ją zbada, wyda w miarę dostępności bezpłatne lekarstwa oraz w razie potrzeby skieruje na badania diagnostyczne, specjalistyczną konsultację lub leczenie szpitalne

do jednej z zakontraktowanych placówek. W ośrodkach obecnie zatrudnionych jest 18 lekarzy, 32 pielęgniarki oraz 5 psychologów[17].

Specjalistyczna opieka medyczna do tej pory była świadczona w oparciu o umowy z osiemdziesięcioma placówkami medycznymi na terenie Polski[18]. Obecnie[19], z powodu zmiany lokalizacji wielu ośrodków oraz nowej procedury opartej na ustawie o finansach publicznych zakładającej konieczność przetargu, Zespół CSK MSWiA jest w trakcie podpisywania nowych umów. Trwa drugi etap dalszej procedury wyłaniania jednostek. W pierwszym, wyłoniono kilka placówek, z którymi są teraz podpisywane umowy o współpracę.

3.2. Dostępność pomocy – zalety i ograniczenia wynikające z równoległego systemu pomocy medycznej

3.2.1. Zalety

Odrębny równoległy system wiąże się z pewnymi udogodnieniami, ale też z dodatkowymi ograniczeniami dostępu do pomocy medycznej. Udogodnieniem jest to, że mieszkańcy ośrodków mogą zgłaszać się do lekarza lub pielęgniarki świadczących podstawową opiekę zdrowotną na terenie ośrodka (w określonych grafikiem godzinach przyjęć), nie muszą zatem w tym celu opuszczać miejsca zamieszkania. Jest to szczególnie istotne dla kobiet z małymi dziećmi, które chcąc korzystać z pomocy medycznej w przeciwnym razie musiałyby pozostawiać pod czyjąś opieką dzieci[20]. Nie bez znaczenia jest fakt, że część zatrudnianego w ośrodkach personelu medycznego rozumie przynajmniej na podstawowym poziomie język rosyjski. Ułatwia to komunikację między lekarzem a pacjentem.

Pielęgniarki, w przypadku kierowania cudzoziemców na badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne, często same dzwonią do zakontraktowanych przez CSK MSWiA placówek medycznych i umawiają wizyty cudzoziemcom. Ze względu na barierę językową większość pacjentów nie poradziłaby sobie samodzielnie z telefonicznym umówieniem wizyty, takie rozwiązanie oszczędza im zatem podwójnej wyprawy do odległych często placówek – najpierw w celu wyznaczenia terminu, a następnie odbycia wizyty.

[17] Dane aktualne w styczniu 2011 r.

[18] A. Tołkacz, Raport roczny 2009 Zespołu ds. Świadczeń Medycznych dla Osób Ubiegających się o Nadanie Statusu Uchdźcy, styczeń 2010.

[19] Stan na styczeń 2011.

[20] To udogodnienie jest jednocześnie ograniczeniem, gdyż z podstawowej opieki zdrowotnej osoby ubiegające się o ochronę międzynarodową mogą korzystać wyłącznie w ośrodkach dla uchodźców. I tak, to co jest udogodnieniem dla mieszkańców ośrodków, stanowi pozostaje często poważny problem dla tych, którzy zdecydowali się zamieszkać poza ośrodkami. Konieczność konsultacji z lekarzem naraża ich nieraz na bardzo dalekie i uciążliwe dojazdy.

Niezwykle pomocne jest to, że system opieki zdrowotnej dla osób ubiegających się o ochronę międzynarodową przewiduje zaopatrzenie ich w darmowe leki. Bez pozwolenia na pracę podczas postępowania o nadanie statusu uchodźcy i z wypłacanym co miesiąc kieszonkowym w wysokości 70 zł, większość cudzoziemców nie miałaby możliwości wykupować lekarstw na własną rękę (nawet na warunkach oferowanych Polakom, to znaczy przewidujących często jedynie częściową, zryczałtowaną opłatę za leki). Leki są wydawane na podstawie recepty od specjalisty, w ambulatoriach na terenie ośrodków dla uchodźców, za zgodą zatrudnionych tam lekarzy. Jeśli dany lek nie jest dostępny, zamawia się go w aptece CSK MSWiA lub wydaje się jego zamiennik.

Od 2007 roku w większości ośrodków, raz w tygodniu, przyjmuje psycholog zatrudniony przez CSK MSWiA, co umożliwia przynajmniej części cudzoziemców skorzystanie z konsultacji psychologicznych. To duży postęp, gdyż wcześniej system opieki medycznej dla przymusowych migrantów w ogóle nie przewidywał dostępu do pomocy psychologicznej[21]. Niestety obecność psychologów w ośrodkach nie oznacza jednak efektywnego dostępu do psychoterapii, zwłaszcza dla ofiar stresu pourazowego (o czym szerzej w rozdziale 4.4.).

3.2.2. Ograniczenia

Wprowadzenie równoległego systemu opieki medycznej dla cudzoziemców ubiegających się o status uchodźcy wiąże się także z pewnymi ograniczeniami, różnicującymi sytuację azylantów i osób korzystających z opieki medycznej w systemie NFZ. Omawiana grupa cudzoziemców nie ma prawa wyboru lekarza pierwszego kontaktu. W przypadku gdy z jakiegoś powodu cudzoziemcy nie ufają lekarzowi w ośrodku lub nie chcą się u niego leczyć ze względu na swoje przekonania i uwarunkowania kulturowe, nie mają możliwości korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej w inny sposób. W systemie NFZ, który obejmuje osoby ubezpieczone w Polsce, poza wyborem lekarza pierwszego kontaktu pacjenci mają również gwarantowaną możliwość wyboru specjalisty, a do realizacji części konsultacji, np. ginekologicznych lub psychiatrycznych, nie potrzebują skierowania.

Osoby ubiegające się o status uchodźcy nie mają także możliwości wyboru specjalisty – mogą być kierowane jedynie do tych specjalistów, którzy pracują w zakontraktowanych przez CSK MSWiA placówkach, a wizyta u każdego, bez wyjątku, wymaga skierowania od lekarza z ośrodka.

[21] Od połowy 2005 do końca 2006 r. dostęp do pomocy psychologicznej w ośrodkach dla uchodźców po raz pierwszy w Polsce zorganizowała międzynarodowa organizacja Lekarze bez Granic (Médecins Sans Frontières). Po zakończeniu misji MSF, CSK MSWiA zatrudnił przeszkolonych przez nich psychologów.

Należy podkreślić, że przy podpisywaniu umowy pomiędzy CSK MSWiA a placówką realizującą opiekę medyczną dla podopiecznych ośrodków UdsC nie jest brana pod uwagę płeć specjalistów – bywa więc, że w zakontraktowanych placówkach są dostępni jedynie ginekolodzy-mężczyźni, a na wizyty u lekarek tej specjalności cudzoziemki muszą bardzo długo czekać (jeśli w ogóle wizyty takie są możliwe). Dla Polaków kwestia płci lekarzy może wydawać się zupełnie nieistotnym czynnikiem – dla populacji cudzoziemców o innych uwarunkowaniach kulturowych ta kwestia jest kluczowa. Brak możliwości wyboru lekarzy pierwszego kontaktu i lekarzy specjalistów w przypadku osób, których kultura i obyczaje zabraniają badań przez osobę płci przeciwnej, ma daleko posunięte konsekwencje, np. w przypadku muzułmanek, które nie chcą zgodzić się na badanie przez lekarza mężczyznę.

Dostęp cudzoziemców do specjalistycznej pomocy medycznej różni się również w tym względzie, że każda wizyta u specjalisty, nawet u ginekologa czy psychiatry, musi być poprzedzona wizytą cudzoziemca u lekarza w ośrodku w celu otrzymania odpowiedniego skierowania. Skierowanie takie jest podstawą realizacji każdej konsultacji specjalistycznej. Przy czym nawet gdy dany specjalista po badaniu wyznacza kolejną wizytę cudzoziemcowi, pacjent ten musi przed taką wizytą otrzymać ponownie skierowanie od lekarza z ośrodka. Ta sytuacja spowodowana jest odrębnym systemem rozliczeń niż w przypadku osób ubezpieczonych, lecz w konsekwencji komplikuje cudzoziemcom dostęp do specjalistycznej opieki medycznej, powodując jednocześnie powstawanie niepotrzebnych kolejek do lekarza w ośrodku, składających się z osób przychodzących po kolejne skierowania. Lekarze zatrudniani w ośrodkach mają więc w rezultacie mniej czasu dla pacjentów wymagających ich rzeczywistej opieki. Zdarza się także, że jeśli kolejne wizyty wyznaczone są w bardzo krótkim odstępie, lekarz w ośrodku może być niedostępny i tym samym wystawienie skierowania może być niemożliwe – wtedy termin wizyty przepada. Uzależnienie pacjentów od konieczności wystawiania skierowań przez lekarza z ośrodka na każdą, również kolejną, wizytę u specjalisty, jest szczególnie uciążliwe dla cudzoziemców mieszkających poza ośrodkami, często w znacznej odległości od najbliższego ośrodka, w którym mogą korzystać z opieki lekarza kierującego. Przytoczę tu konkretny przykład[22]:

Pacjent cierpi na zaburzenia snu, depresję i PTSD. W wyniku działań wojennych stracił nogę, nie ma protezy ani wózka, trudno mu więc poruszać się komunikacja miejską. Mieszka w wynajętym mieszkaniu pod Warszawą – jego lekarz pierwszego kontaktu przyjmuje w ośrodku na warszawskich Bielanach. W celu skorzystania z pomocy psychiatry pacjent musi więc najpierw przyje-

[22] Przytoczony przykład pochodzi z wywiadu z pacjentem przeprowadzonym w 2009 r., gdy istniał jeszcze Ośrodek na Bielanach.

chać do Warszawy – na Bielany i odstać w kolejce do lekarza, by dostać skierowanie do specjalisty. W dniu wyznaczonej wizyty musi dotrzeć z miejsca zamieszkania do szpitala CSK MSWiA na Mokotowie do jedynego psychiatry, który może go przyjąć, ponieważ konsultacje psychiatryczne dla dorosłych zakontraktowane są tylko w tym szpitalu. Podczas pierwszej wizyty psychiatra wydaje choremu receptę i ustala, że będą spotykać się co dwa tygodnie. Po wizycie pacjent wraca do domu pod Warszawą. Następnego dnia, aby realizować receptę, musi znów jechać na Bielany i tam oddać ją lekarzowi. Leków psychotropowych nie ma w ośrodku, więc dowiaduje się, że musi się „od czasu do czasu pojawiać na Bielanach" i dowiadywać się, czy już są. Przed każdą kolejną wizytą u psychiatry również musi odwiedzać ośrodek na Bielanach w celu otrzymania kolejnego skierowania.

Dojazd do lekarza pierwszego kontaktu to ok. 55 km (w obie strony), dojazd do specjalisty 48 km (w obie strony). podróż w celu oddania skierowania ok. 55 km (w obie strony), podróż po leki ok. 55 km (w obie strony) w sumie po przejechaniu ok. 213 km i 4 dniach wizyt u lekarzy pacjent w najlepszym wypadku otrzyma leki – kontynuacja leczenia to kolejne 103 km do pokonania co 2 tygodnie – chyba że specjalista wypisze pacjentowi nowe leki, w takim przypadku będzie to 213 km co 2 tygodnie. Taką trasę może mieć do pokonania osoba niepełnosprawna bez nogi, protezy lub wózka inwalidzkiego, która chce skorzystać z pomocy psychiatrycznej. Przy czym pacjent może jedynie liczyć na zwrot kosztów przejazdów komunikacją miejską.

Podobne problemy mają z dojazdem do lekarza specjalisty także cudzoziemcy mieszkający w ośrodkach, ponieważ zazwyczaj położone one są z dala od większych miast i placówek medycznych, w których CSK MSWiA zakontraktowało pomoc specjalistyczną, diagnostykę czy szczepienia. W konsekwencji, w celu dotarcia na badania diagnostyczne, szczepienia ochronne lub planową hospitalizację cudzoziemcy muszą pokonać często duże odległości, nie mogąc liczyć na żadne wsparcie za wyjątkiem refinansowania przejazdu komunikacją miejską. Cudzoziemcy przebywający w ośrodkach często nie znają języka polskiego, nie wiedzą jak dotrzeć do odległej placówki medycznej, w wizytach nie towarzyszy im tłumacz ani pracownik socjalny zatrudniony przez UdsC. Dlatego pomocy specjalistów poszukują najczęściej dopiero wtedy, gdy stan ich zdrowia znacznie się pogarsza. W takich przypadkach sytuacja dojazdu na badania jest dla nich jeszcze większym wyzwaniem. Cudzoziemcom pozostaje możliwość zawiadomienia pogotowia z nadzieją, że w ten sposób łatwiej im będzie dotrzeć do szpitala. Nadużywanie wzywania karetek w sytuacjach, gdy nie jest to konieczne, powoduje niechęć personelu ratowniczego do cudzoziemców. W rzeczywistości jednak jest to jedyna alternatywa, gdy cudzoziemiec z jakiegokolwiek powodu chciałby zasięgnąć opinii innego lekarza niż

lekarz pierwszego kontaktu, lub gdy czuje się bezsilny wobec konieczności samodzielnego dojazdu do odległego szpitala na badania lub leczenie.

Należy także zauważyć, że zakres świadczeń medycznych powierzonych przez UdsC do realizacji CSK MSWiA obejmuje: podstawową opiekę zdrowotną (realizowaną na terenie ośrodków), szczepienia ochronne według kalendarza szczepień, badania diagnostyczne i laboratoryjne, konsultacje specjalistyczne oraz hospitalizację pacjentów (w zakontraktowanych przez CSK MSWiA placówkach). Zakontraktowane jest również ratownictwo medyczne, pogotowie ratunkowe i transport medyczny pomiędzy szpitalami. Wymieniony kontrakt nie obejmuje jednak usług stomatologicznych, rehabilitacji cudzoziemców, kosztów protetyki, a także kosztu transportu pacjentów z ośrodków na badania. Nieobjęcie kontraktem wymienionych usług powoduje, że mogą być one finansowane jedynie bezpośrednio przez UdsC. Środki, którymi dysponuje Urząd, są jednak na tyle skąpe, że w praktyce ogranicza to w dużym stopniu możliwość dostępu cudzoziemców do pomocy w tym zakresie.

3.3. Ograniczenia dostępu do pomocy w wyniku bariery językowej

Żadne przepisy ani umowy pomiędzy różnymi placówkami i urzędami nie regulują problemu tłumaczeń świadczeń medycznych i psychologicznych dla cudzoziemców ubiegających się o status uchodźcy. Stanowi to najpoważniejszą barierę dostępu do właściwej pomocy, gdyż uniemożliwia wzajemne zrozumienie pomiędzy lekarzem a pacjentem już na poziomie pierwszego kontaktu i wywiadu. Bardzo pomocne jest posługiwanie się przez lekarza bądź pielęgniarkę zatrudnionych w ośrodku językiem rosyjskim – jednak nawet wśród osób pracujących w ośrodkach część personelu medycznego nie zna tego języka lub włada nim w sposób bardzo ograniczony. Dlatego byłoby wskazane rozszerzanie możliwości komunikacyjnych personelu medycznego przez zatrudnianie tłumaczy również innych języków niż rosyjski. Z biegiem czasu obserwujemy, że wiele osób pochodzących z byłych republik ZSRR coraz słabiej komunikuje się w języku rosyjskim, a zna jedynie języki lokalne – sytuacja ta dotyczy szczególnie osób młodych[23]. Brak rozwiązań systemowych w tym zakresie z jednej strony utrudnia diagnostykę i leczenie pacjentów, z drugiej strony niepotrzebnie naraża lekarzy, na których ciąży odpowiedzialność udzielania zrozumiałych informacji dotyczących możliwych konsekwencji leczenia i planowanych za-

[23] Przy okazji warto zauważyć, że lekarze często nie widzą potrzeby władania językiem pacjenta – por. H. Grzymała-Moszczyńska, E. Nowicka, *Goście i gospodarze. Problem adaptacji kulturowej w obozach dla uchodźców oraz otaczających je społecznościach lokalnych*, Zakład Wydawniczy „Nomos", Kraków 1998, str. 116-120.

biegów (np. w czasie przyjmowania oświadczenia świadomej zgody pacjenta na zabieg lub operację)[24].

Obecnie w Polsce nie są zatrudniani tłumacze podczas planowanych wizyt lekarskich, interwencji pogotowia, w czasie leczenia szpitalnego, czy też w celu tłumaczeń dokumentów medycznych (wyników badań, epikryz). Tłumaczenia rozmów pomiędzy lekarzem a pacjentem są możliwe jedynie dzięki pracy wolontariuszy z organizacji pozarządowych – pomoc tłumaczeniową od lat oferuje Stowarzyszenie Interwencji Prawnej i Fundacja Ocalenie. Jednak wolontariusze mogą służyć pomocą wyłącznie w czasie wizyt planowych, a ich pomoc jest ograniczona terytorialnie do miast, gdzie działają te organizacje pozarządowe. Ponadto, zdarza się, że kompetencje językowe wolontariuszy, ze względu na brak szkoleń w zakresie profesjonalnego tłumaczenia dla służby zdrowia, są niewystarczające, aby odpowiednio tłumaczyć konsultacje specjalistyczne, a także sesje terapeutyczne. Brak pomocy w zakresie tłumaczenia jest najbardziej odczuwalny w nagłych przypadkach, np. gdy przyjeżdża pogotowie – często nikt nie jest zobowiązany do tłumaczenia, osoby chore nie wiedzą, co się z nimi dzieje, a jeśli sytuacja dotyczy małoletnich, rodzice chorego nie wiedza, co dzieje się z ich dzieckiem. Dla wszystkich jest to bardzo trudna sytuacja. Po odbyciu leczenia szpitalnego rzadko zdarza się, że ktoś tłumaczy cudzoziemcom, co jest napisane w epikryzie. Z wywiadów wynika, że lekarz lub pielęgniarka w ośrodku po przeczytaniu tego dokumentu, najczęściej mówią lakonicznie – np. „wszystko dobrze". Odpowiedź typu „wszystko dobrze" cudzoziemcy przyjmują jako informację niewystarczającą, taka odpowiedź godzi w ich potrzebę zrozumienia sytuacji i sprawia, że nie darzą dłużej zaufaniem osoby, która w ten sposób komunikuje się z nimi.

Dzięki dofinansowaniu Europejskiego Funduszu na rzecz Integracji Obywateli Państw Trzecich Fundacja Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna wykonała 17 dwujęzycznych zestawów formularzy ułatwiających komunikację z pacjentem znającym język rosyjski, angielski bądź francuski[25]. Formularze te nie rozwiązują jednak wszystkich problemów – mogą najwyżej wspomóc komunikację pacjentów i pracowników placówek medycznych. Jednym z formularzy jest też nowatorski dokument, opracowany przez pediatrę pracującego dawniej w jednym z ośrodków dla uchodźców, pomagający w zbieraniu wywiadu i zakładaniu dokumentacji dzieci w ośrodkach. Zebranie dokładnej informacji o każdej nowej osobie zajmuje czas. Zgodnie z umową pomiędzy UdsC

[24] Podczas prowadzonego przez FMIH monitoringu nasz zespół składał się z psychologów i lekarzy znających biegle język rosyjski lub prowadzących rozmowy z udziałem przygotowanego do pracy z cudzoziemcami tłumacza. Kiedy tylko do osób przebywających w ośrodku docierała informacja o naszej wizycie, matki ubiegające się o status uchodźcy natychmiast ustawiały się w kolejce, prosząc nas o przetłumaczenie polskiej dokumentacji medycznej dotyczącej ich dzieci.

[25] Są one obecnie dostępne do bezpłatnego pobrania ze strony www.ihif.eu

a MSWiA minimalny czas pracy pediatry w ośrodku to 10 godzin tygodniowo – w rzeczywistości jednak często dostępność do pediatry w ośrodkach jest nawet mniejsza. Przy takim ograniczeniu dokładne zbieranie wywiadów i sporządzenie jak najpełniejszej historii dotyczącej zdrowia dziecka jest często bardzo dużym wyzwaniem dla pracujących z cudzoziemcami pediatrów.

Aby usprawnić funkcjonowanie systemu opieki medycznej dla cudzoziemców w Polsce, należy koniecznie uwzględnić w nim usługę tłumaczy medycznych, którzy poza kompetencjami językowymi muszą wykazywać się wrażliwością na różnice kulturowe oraz powinni zostać przeszkoleni merytorycznie do wykonywania tłumaczeń rozmów terapeutycznych. Ta dobra praktyka okazała się bardzo pomocna w wielu krajach, gdzie często udziela się pomocy pacjentom obcojęzycznym. Dla przykładu, odwiedzany przez nas w 2010 roku szpital w Bostonie w razie potrzeby ma do dyspozycji tłumaczy z 54 języków, a w Anglii dobrze się sprawdza płatna usługa tłumaczy pomagających w nagłych sytuacjach przez telefon.

4. Opieka nad grupami wymagającymi szczególnego wsparcia

4.1. Dostępność opieki ginekologicznej oraz opieka nad kobietami w ciąży

Wśród skierowań na konsultacje specjalistyczne najczęściej wystawia się skierowania na porady i usługi medyczne z zakresu ginekologii i położnictwa. W 2008 roku na konsultacje ginekologiczne zostało wystawionych 2911 skierowań, co stanowiło 31% ogółu skierowań na konsultacje specjalistyczne dla cudzoziemców znajdujących się pod opieką UdsC[26], natomiast w 2009 roku wypisano 1815 skierowań do poradni ginekologicznych, co stanowiło 22%[27] wszystkich skierowań.

Choć porady i usługi medyczne z zakresu ginekologii i położnictwa stanowią tak dużą część wszystkich konsultacji, w czasie wywiadów prowadzonych podczas monitoringu we wszystkich odwiedzanych ośrodkach kobiety skarżyły się na brak dostępu do kobiet ginekologów. Wiele uchodźczyń w ośrodkach opowiadało, że nawet jeśli ostatecznie zgodziły się na badanie przez mężczyznę, czuły się bardzo niezręcznie i było to dla nich upokarzającym doświadczeniem, do którego rzadko przyznawały się swym mężom. Niektóre mówiły, że czuły się zmuszone kłamać, że były badane przez kobietę, aby uniknąć poważnego kon-

[26] Zespół ds. świadczeń medycznych dla osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy, CSK MSWiA, *Raport za 2008 rok*.

[27] Zespół ds. świadczeń medycznych dla osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy, CSK MSWiA, *Raport roczny 2009 z wykonanych usług medycznych na podstawie umowy realizowanej przez CSK MSWiA na rzecz Urzędu ds. Cudzoziemców*, Warszawa 2010.

fliktu małżeńskiego. Nawet jeśli statystycznie duża część kobiet ubiegających się o status uchodźcy chodzi do lekarza mężczyzny (z powodu braku dostępu do lekarek tej specjalizacji w zakontraktowanych placówkach), bardzo trudno jest kobietom tym nawiązać kontakt z lekarzem, mówić szczerze, co im dolega, zaufać odnośnie sposobu prowadzenia ciąży aż do rozwiązania.

Należy pamiętać, że na Kaukazie Północnym bardzo powszechnym sposobem „walki" z ludnością cywilną były gwałty. Kobietom w muzułmańskiej kulturze bardzo trudno przyznać się do tego, że były ofiarami gwałtu (nakazane przez kulturę tabu milczenia jest tak silne, że rzadko otwarcie o tym mówią). Konieczność poddania się badaniu ginekologicznemu prowadzonemu przez lekarza-mężczyznę często wiąże się dla nich z powtórną traumatyzacją. Absolutną koniecznością jest wprowadzenie zmian umożliwiających wszystkim muzułmańskim kobietom dostęp do kobiet-ginekologów.

Innym problemem jest to, że nie wszystkim kobietom w ciąży, które korzystają z usług ginekologów, są wystawiane karty ciąży. Ich brak wraz z brakiem aktualnych wyników badań utrudnia pracę lekarzy na oddziałach położniczych, gdy uchodźczynie przyjmowane są w czasie porodu, ponieważ brakuje dokumentów, w których byłyby wpisane wyniki badań oraz pomiarów z okresu ciąży. Dużym utrudnieniem dla cudzoziemek rodzących w Polsce jest również brak dostępności tłumaczy w czasie porodu. Zorganizowanie pomocy wolontariusza w trybie nagłym udaje się rzadko. Bariery komunikacyjne są często źródłem nieporozumień i silnego stresu, szczególnie, gdy dochodzi do powikłań lub konieczności podjęcia „świadomej zgody" na zabieg operacyjny, która w rzeczywistości jest szybkim podpisaniem wielu dokumentów w języku polskim bez zrozumienia, co jest w nich napisane.

4.2. Opieka nad dziećmi

4.2.1. Trudności w opiece nad noworodkami w ośrodkach

W związku z tym, że ustawa o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 czerwca 2003 roku wyklucza leczenie środowiskowe, w żadnym ośrodku nie odbywają się wizyty położnej monitorującej opiekę nad noworodkami. Cudzoziemcy nie mają też możliwości wzywania w trybie całodobowym lekarza pediatry do domu (do ośrodka) do ciężko chorych i gorączkujących dzieci – jedyną alternatywą w takich przypadkach jest zgłoszenie się do pielęgniarki lub lekarza (jeśli trafi się na dzień i godziny jego urzędowania) w ambulatorium w ośrodku lub wezwanie pogotowia. Czasem, ze względu na duże odległości do najbliższych zakontraktowanych szpitali (o czym pisałam wyżej), matki pokonują dziesiątki kilometrów transportem publicznym, aby swoje chore niemowlę zawieźć do specjalisty, tym samym do-

datkowo narażając zdrowie swego dziecka – sytuacja ta dotyczy również wcześniaków i dzieci kierowanych na oddziały neonatologii.

Ośrodki są trudnym środowiskiem dla nowonarodzonych dzieci. Ich matki nie otrzymują becikowego, gdyż zgodnie z obowiązującymi przepisami pomoc w tym zakresie nie przysługuje osobom ubiegającym się o nadanie statusu uchodźcy. Matki noworodków nie otrzymują również wyprawki, ani szczególnej pomocy w odpowiednim przygotowaniu pokoju. Większość ośrodków nie ma na wyposażeniu łóżeczek niemowlęcych, co zmusza kobiety do spania w jednym łóżku i w jednej pościeli z noworodkiem, a często także jego rodzeństwem. Może to powodować urazy i prowadzić do zaniedbań u małych dzieci. Minimalny dopuszczalny metraż pomieszczeń, w których mieszkają rodziny, to 3 m2 powierzchni na osobę (jest to mniejsza powierzchnia mieszkalna, niż gwarantowana ustawowo powierzchnia dla więźniów). W zatłoczonych pokojach nie ma miejsca na kojce i zabezpieczone łóżeczka – dzieci cudzoziemców ubiegających się status uchodźcy są więc w ośrodkach narażone na urazy spowodowane upadkami i oparzeniami. Prowadząc rozmowy z matkami, które najczęściej same były dziećmi, gdy wybuchła wojna w Czeczenii, można zaobserwować niski poziom wiedzy na temat pielęgnacji i żywienia małych dzieci. W ośrodkach bardzo rzadko kobiety mają dostęp do programów edukacyjnych dla młodych matek.

Kolejny trudny temat to sprawa higieny. Dotąd w żaden sposób nie została uregulowana kwestia pampersów. Wielkim wyzwaniem dla matek jest utrzymanie higieny dziecka, szczególnie, że sytuacja wszystkich ośrodków w zakresie organizacji prania i suszenia bielizny oraz ubrań pozostawia wiele do życzenia. Zazwyczaj w ośrodkach jest kilka małych pralek, z których wiele nie działa ze względu na częstą eksploatację. Brakuje suszarek. Do pralek są kolejki, jest mało miejsca przeznaczonego na suszenie bielizny. Kieszonkowe na artykuły higieniczne dla matki i dziecka, które miesięcznie wynosi 20 złotych na osobę, ledwie starcza na kupienie jednej paczki pampersów w miesiącu. Jest to oczywiście nie wystarczaza mało, a przecież zarówno dziecko jak i matka w połogu potrzebują jeszcze innych artykułów higienicznych.

4.2.2. Profilaktyka zachorowań dzieci

Szczepienia dla cudzoziemców korzystających ze świadczeń UdsC są kontraktowane w punktach szczepień przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, które podpisały umowę z CSK MSWiA. Wyjątek stanowi jedynie ośrodek w Dębaku, gdzie szczepienia są wykonywane na terenie placówki. Program szczepień w większym stopniu obejmuje dzieci urodzone w Polsce. Z wywiadów przeprowadzonych z matkami dzieci, które urodziły się za granicą i przyjechały do Polski jako niemowlęta lub dzieci do trzeciego roku życia, wynika, że dzieci

te od czasu przyjazdu do Polski często nie miały wykonywanych żadnych szczepień. Lekarze w ośrodkach wskazują, że problem może tkwić w braku informacji o dotychczasowych szczepieniach, którym było poddane dziecko urodzone za granicą. Niewielu rodziców uciekających do Polski ma możliwość, lub świadomość konieczności, skompletowania dokumentacji medycznej swoich dzieci. Dlatego nie są w stanie udzielić informacji, jakie szczepienia ich dzieci otrzymały jeszcze przed przyjazdem do Polski, a jakich nie. Jeśli rodzice nie mają możliwości skontaktowania się z kimś, kto pozostał w ich ojczyźnie, w celu sprawdzenia i przesłania tych danych (a w przypadku migrantów przymusowych bardzo często jest to niemożliwe), należy koniecznie ustalić, jakie szczepienia były wykonane, a jakie nie. W zależności od rodzaju szczepienia i wskazań medycznych należy sprawdzić poziom przeciwciał, lub, gdy nie stanowi to zagrożenia zdrowia, zaszczepić dziecko, nawet gdyby miało to być zrobione powtórnie.

W czasie przeprowadzonego w 2009 roku monitoringu ośrodków nasz zespół często przeglądał posiadaną przez matki dokumentację medyczną dotyczącą dzieci narodzonych przed przyjazdem do Polski. Rzeczywiście nie posiadały one często ani książeczek zdrowia, ani książeczek szczepień. Po przyjeździe do Polski małemu dziecku nie zakładano w Polsce książeczki zdrowia. Z kolei dzieci urodzone w Polsce książeczkę zdrowia miały, jednak często brakowało w niej zapisów dotyczących bilansów[28], a matki skarżyły się, że ich dzieci nie są regularnie mierzone i ważone.

Dostęp do szczepień w miejscach, gdzie nie ma w pobliżu ośrodków zakontraktowanych punktów szczepień, pozostawia również wiele do życzenia. Na przykład niedawno zamknięty ośrodek na Bielanach szczepienia dla dzieci miał zakontraktowane w odległym o 11 km szpitalu CSK MSWiA. Obecnie w Warszawie został otwarty nowy ośrodek na Targówku przeznaczony dla samotnych matek z dziećmi – szczepienia jednak nadal pozostały zakontraktowane w odległym szpitalu CSK MSWiA. Duża odległość pomiędzy ośrodkami a miejscami, gdzie szczepienia są realizowane, przy nierozwiązanej kwestii transportu, komplikuje matkom z małymi dziećmi dojazd do punktów szczepień. Być może dla lepszej profilaktyki zachorowań wśród dzieci warto byłoby przygotować gabinety w ośrodkach tak, by raz na jakiś czas odbywały się w nich szczepienia, podobnie jak robi się to w ośrodku w Dębaku.

4.3. Niedostateczne finansowanie pomocy dla osób niepełnosprawnych

Na liście usług zakontraktowanych przez UdsC na mocy umowy z CSK MSWiA nie ma rehabilitacji ani protezowania. Cudzoziemcy mogą co prawda liczyć

[28] Bilanse – pomiary okresowe obwodu główki, długości ciała i wagi niemowląt oraz małych dzieci. W przypadku podejrzenia zaburzeń rozwoju lekarz zwykle analizuje te dane.

na konsultacje u ortopedy czy u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji, nie gwarantuje im to jednak otrzymania protezy czy skierowania na potrzebną rehabilitację. Pacjent może złożyć odpowiedni wniosek do UdsC wraz z zaświadczeniem lekarskim o potrzebie rehabilitacji czy zapotrzebowaniu na sprzęt ortopedyczny i – po otrzymaniu zgody Urzędu – może otrzymać protezę bądź zgodę na opłacenie rehabilitacji w miejscu, gdzie jest dostępna. W praktyce jednak środki przeznaczone na ten cel nie są niestety wystarczające i szybko się wyczerpują. Zdarza się, że Urząd albo w ogóle nie jest w stanie pokryć tych kosztów, albo może je pokryć jedynie w ograniczonym zakresie. Osoba niepełnosprawna albo bardzo chora, której dodatkowo prawo z zasady zabrania podjęcia pracy zarobkowej, nie jest w stanie sama pokryć kosztów nawet części tej usługi. Przeważnie więc zamiast rehabilitacji i idącej za nią integracji społecznej osoby te cierpią nie tylko z powodu niepełnosprawności fizycznej, ale często także z powodu depresji, są też coraz bardziej marginalizowane w dalszym okresie ich pobytu w Polsce.

W ośrodkach osób niepełnosprawnych nie otacza się szczególną troską, co utrudnia im codzienne funkcjonowanie. Pobyt w ośrodkach mógłby być dla nich szansą na otrzymanie odpowiedniego wsparcia i pomocy w integracji z osobami zdrowymi. Pracownicy ośrodków są jednak tak zajęci administracją, że nie mają czasu na indywidualne zaangażowanie, jakiego wymaga sytuacja niepełnosprawnych cudzoziemców. W każdym z wizytowanych przez nas ośrodków pracownikom brakowało czasu, a często też wiedzy z zakresu prawa i pomocy socjalnej. Dlatego trudno im było rozeznać się w szczególnej sytuacji osób niepełnosprawnych i pomóc im znaleźć adekwatną pomoc. Idea integracji osób niepełnosprawnych w ośrodkach pozostaje więc jedynie ideą. Ponadto należy zauważyć, że dopóki osoby niepełnosprawne nie otrzymają jednej z form ochrony międzynarodowej w Polsce, nie mogą starać się o orzeczenie o niepełnosprawności i w konsekwencji nie mogą otrzymywać żadnego świadczenia czy innej formy pomocy z tego tytułu.

Ogromnym problemem tych osób są bariery językowe. Jeśli więc do rehabilitacji osób niepełnosprawnych i ofiar tortur jako niezbędną włączyć psychoterapię, to jednak rozwiązania systemowe nie przewidują jak dotąd możliwości refinansowania tłumaczenia rozmów pacjentów z lekarzami czy terapeutami – zarówno w okresie, gdy osoby te są pod opieką UdsC, jak i po otrzymaniu ochrony międzynarodowej w Polsce.

4.4. Dostępność pomocy psychologicznej, diagnostyki i terapii

Obecnie we wszystkich 14 ośrodkach UdsC jest zatrudnionych w sumie pięciu psychologów. Jeden psycholog przypada więc średnio na trzy ośrodki.

Z analizy statystyk liczby konsultacji psychologicznych za 2008 i 2009[29] rok wynika, że przeciętnie jedna osoba w ośrodku ma możliwość otrzymania jednej konsultacji psychologicznej raz na dwa lata. Dostęp do konsultacji psychologicznych co prawda rośnie: w 2008 roku na ok. 6500 cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową, liczba konsultacji psychologicznych wynosiła 2972 (jednokrotną konsultacją było więc objęte przeciętnie 46% populacji), a w 2009 roku liczba konsultacji psychologicznych wyniosła 3469 na 5878 cudzoziemców (statystycznie 59% populacji miało dostęp do jednej konsultacji psychologicznej w 2009 roku[30]). Pomocy psychologicznej udziela się jednak za mało w stosunku do potrzeb tej grupy osób.

Osoby zatrudniane jako psychologowie zgodnie z wymaganiami umowy (zawartej pomiędzy psychologiem a CSK MSWiA) muszą legitymować się dyplomem ukończenia studiów magisterskich na kierunku psychologicznym oraz złożyć oświadczenie, że znają język rosyjski.

Psychologowie zajmują się najczęściej interwencjami doraźnymi, wsparciem psychologicznym tudzież poradnictwem. Pozycja psychologów w ośrodku i ich rola z definicji nie wykracza poza konsultacje. Diagnostyka psychologiczna i terapia nie są wpisane do umów z psychologami jako usługi – nikt więc nie jest zobowiązany do ich prowadzenia. Nawet w tak ograniczonym zakresie działania, część psychologów stara się w miarę możliwości podwyższać swoje kwalifikacje i pracować z niektórymi osobami w charakterze terapeutów. Psychoterapią udaje się jednak objąć jedynie znikomą liczbę cudzoziemców, którzy jej potrzebują, gdyż jeden psycholog przyjmujący raz w tygodniu, choćby był świetnie przygotowany merytorycznie, nie ma szans na prowadzenie takiej pracy ze wszystkimi potrzebującymi, nawet jeśli zostałaby ona dopisana do zakresu jego obowiązków.

Małe zróżnicowanie specjalności psychologów także stanowi problem – brakuje psychologów dziecięcych oraz osób przygotowanych do pracy z ofiarami przemocy i PTSD. Jednocześnie liczba skierowań do psychiatry wystawianych przez lekarzy w ośrodkach[31] jest niepokojąco mała. W 2008 roku było to 186 skierowań na całą Polskę (na ok. 6500 osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy), a w 2009 roku – 198 skierowań do poradni psychiatrycznych (na 5878 osób). Przeciętnie w ciągu ostatnich dwóch lat na konsultacje psychiatryczne skierowano jedynie 3% osób ubiegających się o ochronę międzynarodową.

Biorąc pod uwagę charakter pracy psychologów zatrudnianych w ośrodkach, jak również bardzo małą dostępność do terapeutów poza nimi, można

[29] Więcej zob. raport FMIH *Dostęp do opieki medycznej i psychologicznej…,* str. 46-47.

[30] Źródło – niepublikowane raporty roczne Zespołu CSK MSWiA w posiadaniu autorki.

[31] Psychologowie nie mają prawa bezpośrednio kierować pacjentów do psychiatry, mogą to robić jedynie lekarze zatrudnieni w ośrodkach.

stwierdzić, że w ośrodkach UdsC cudzoziemcy do dziś praktycznie nie mają zapewnionego dostępu do psychoterapii i diagnozy psychologicznej, a także diagnostyki PTSD.

5. Zakończenie

W programie studiów medycznych w Polsce nie ma obecnie żadnych zajęć przygotowujących przyszłych lekarzy do leczenia pacjentów wywodzących się z innych kręgów kulturowych. Także ani Urząd ds. Cudzoziemców, ani CSK MSWiA nie organizują szkoleń dotyczących specyfiki pracy z osobami odmiennymi kulturowo, ofiarami tortur, pacjentami z zespołem stresu pourazowego dla zatrudnianych w ośrodkach psychologów i lekarzy, ani dla lekarzy z zakontraktowanych placówek medycznych. Ponadto psychologowie i lekarze są zatrudniani na umowy zlecenia, które nie zakładają obowiązku podwyższania kwalifikacji zawodowych. Przy podpisywaniu umów nie stawia się im także wymogu, aby posiadali odpowiednią wiedzę w tym zakresie.

Nierozwiązana pozostaje również kwestia superwizji personelu przez osoby przygotowane merytorycznie do takiej pracy. Zespół koordynujący CSK MSWiA składa się przeważnie z dwóch lub trzech osób odpowiedzialnych przede wszystkim za wykonanie kolosalnej pracy administracyjnej, związanej z rekrutacją i podpisywaniem umów z personelem medycznym zatrudnianym w ośrodkach, współtworzeniem i podpisywaniem umów z placówkami medycznymi realizującymi specjalistyczną opiekę medyczną dla poszczególnych ośrodków, administrowaniem i rozliczaniem kupna i dystrybucji leków oraz sprzętu. Pracy zespołu nie ułatwia fakt, że wszystkie umowy mogą być podpisywane jedynie na okres określony terminem ustalonym w umowie nadrzędnej z UdsC – przeważnie na okres roku. Ich pracy nie ułatwia również częste zamykanie istniejących ośrodków, gdzie sytuacja jest już ustabilizowana, i otwieranie nowych, w nowych lokalizacjach, gdzie trzeba zatrudnić całkiem nowy zespół i zawrzeć umowy z nowymi placówkami medycznymi. Jednocześnie przetargi UdsC na ośrodki pobytowe opierają się głównie na kryteriach ekonomicznych i nie uwzględniają takich czynników, jak łatwy dostęp do usług medycznych w miejscu lokalizacji ośrodka. Przy tego typu wyzwaniach administracyjnych bardzo trudno znaleźć czas, aby dodatkowo zająć się nadzorem merytorycznym i szkoleniami zatrudnianego personelu.

A przecież niezwykle istotne jest, by lekarze pracujący z cudzoziemcami byli nie tylko dobrymi specjalistami, ale też osobami otwartymi i wrażliwymi. Podczas wywiadów z cudzoziemcami często słyszeliśmy ich opinię, że *lekarz przede*

wszystkim powinien być człowiekiem, a dopiero potem lekarzem[32]. W kulturze czeczeńskiej i tradycji Kaukazu lekarz jest postrzegany jako osoba mądra, godna zaufania, o szczególnie wysokiej moralności – jeśli więc lekarz, pielęgniarka lub psycholog wpisze się w rolę, jaką przypisuje im kultura pacjentów, pacjenci „zrewanżują się" zaufaniem i będą przestrzegać ich zaleceń. Natomiast jeśli lekarz, pielęgniarka lub psycholog nie dbają o kontakt z pacjentem – osoba pochodząca z Kaukazu będzie kwestionować ich profesjonalizm i umiejętność leczenia, nawet w sytuacji gdy będą to najlepsi specjaliści. W konsekwencji cudzoziemiec może nie przestrzegać zaleceń takiego lekarza, bezustannie dążąc do kontaktu z innymi specjalistami. Podczas wywiadów prowadzonych w 2009 roku przekonaliśmy się, jak wiele zależy od postawy lekarzy i ich umiejętności komunikowania się z pacjentami oraz wrażliwości na ich potrzeby i odmienność.

Na koniec trzeba jednak zauważyć, że mimo wymienionych powyżej niedogodności w opiece lekarskiej zapewnianej cudzoziemcom, dzięki wieloletniej pracy zespołu CSK MSWiA w Polsce istnieje system medyczny dla cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową, który z roku na rok działa coraz sprawniej. O wszelkich niedostatkach tego systemu piszę z nadzieją, że w najbliższych latach „niedociągnięcia te" przejdą do historii, a nie będą codziennością, z którą cudzoziemcy muszą się zmagać.

[32] O ambiwalentnym stosunku lekarzy do uchodźców pisały: H. Grzymała-Moszczyńska, E. Nowicka, *Goście i gospodarze, op. cit.,* str. 116-120.

Dawid Cegiełka, Aleksandra Chrzanowska,
Witold Klaus, Katarzyna Wencel

Przestrzeganie praw cudzoziemców umieszczonych w ośrodkach strzeżonych. Raport z monitoringu

1. Prawa cudzoziemców przebywających w ośrodkach strzeżonych – krótka analiza przepisów

1.1. Wstęp

W kwietniu 2008 roku delegacja Parlamentu Europejskiego pod przewodnictwem posła Patricka Gauberta wizytowała wybrane polskie ośrodki strzeżone[1]. Uczestnicy misji zapoznali się także z rozwiązaniami prawnymi w zakresie przyjmowania imigrantów i osób starających się w Polsce o nadanie statusu uchodźcy oraz wysłuchali uwag strony rządowej i organizacji pozarządowych. Następnie sformułowali kilka zaleceń, zaznaczając m. in., że mimo ogólnie dobrych warunków panujących w ośrodkach, władze powinny unikać aresztowania dzieci, nawet jeśli znajdują się one pod opieką dorosłych, a także znaleźć alternatywne rozwiązanie kwestii aresztowania rodzin oraz bezwzględnie zakazać aresztowania kobiet w ciąży. Ponadto zalecili rządowi dołożenia wszelkich starań, aby przepisy dotyczące osób pozbawionych wolności były stosowane w praktyce oraz, aby zatrzymani mieli zagwarantowaną stałą lub regularną opiekę medyczną, psychologiczną i psychiatryczną[2].

Z kolei autorzy raportu Caritasu z 2007 roku przedstawiającego wyniki monitoringu ośrodków strzeżonych i aresztów w celu wydalenia[3] zwracają uwagę na takie problemy, jak np.: nieznajomość języków obcych wśród funkcjonariu-

[1] Odwiedzili wówczas Strzeżony Ośrodek dla Cudzoziemców w Lesznowoli i w Białej Podlaskiej oraz ośrodek dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Lininie.

[2] *Projekt sprawozdania Komisji Wolności Obywatelskich, Sprawiedliwości i Spraw Wewnętrznych na temat delegacji do Polski*, str. 22, dostępny na stronie: http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/dv/732/732439/732439pl.pdf.

[3] *Report on detention of asylum seekers and illegally staying third country nationals in Poland,* Caritas, Warszawa 2007.

szy obsługujących placówki detencyjne, która uniemożliwia właściwie porozumiewanie się z osadzonymi w nich cudzoziemcami, oraz ograniczona aktywność i nieurozmaicenie zajęć cudzoziemców, które nie wykraczają faktycznie poza oglądanie telewizji i słuchanie radia[4]. Ponadto podkreślają, że warunki socjalne panujące w niektórych ośrodkach powstałych w miejscach dawnych aresztów i więzień, nieremontowanych od lat i niedoposażonych, sprawiają, że przebywający w nich cudzoziemcy czują się jak pozbawieni wolności przestępcy.

W związku z powyższym nasuwają się następujące pytania: czy w ciągu ostatnich dwóch-trzech lat warunki w ośrodkach zmieniły się na lepsze? Czy prawa cudzoziemców tam osadzonych są przestrzegane? Aby odpowiedzieć na te pytania, warto na początku prześledzić przepisy regulujące kwestie związane z pobytem w placówkach detencyjnych.

Kwestie dotyczące postępowania w sprawie zatrzymania cudzoziemca i umieszczenia go w ośrodku strzeżonym zostały uregulowane w dwóch aktach prawnych. Są to: art. 101-123 ustawy o cudzoziemcach oraz art. 87-89c ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium RP (ustawa o udzielaniu cudzoziemcom ochrony). Zgodnie z pierwszym aktem w zakresie nieuregulowanym w ustawie do zatrzymania cudzoziemca i w postępowaniu w sprawie umieszczenia cudzoziemca w strzeżonym ośrodku stosuje się kodeks postępowania karnego.

W Polsce cudzoziemcy starający się o nadanie statusu uchodźcy mogą przebywać w ośrodkach otwartych lub zamkniętych (ośrodki strzeżone). W ośrodkach strzeżonych umieszcza się najczęściej osoby, które przekraczają granicę Rzeczypospolitej Polskiej w sposób niezgodny z prawem lub przebywają na terytorium Polski nielegalnie. Umieszczenie cudzoziemca w ośrodku strzeżonym lub w areszcie następuje na mocy postanowienia sądu. Czas zatrzymania nie może przekroczyć 48 godzin. Jeżeli jednak doprowadzenie lub przyjęcie cudzoziemca do ośrodka nie jest możliwe, to do czasu usunięcia przeszkody uniemożliwiającej jego pobyt w wyznaczonym ośrodku, może on przebywać w wydzielonym pomieszczeniu Straży Granicznej lub Policji przeznaczonym dla osób zatrzymanych. Wówczas zastosowanie mają przepisy odpowiednio o pobycie w ośrodku strzeżonym lub o pobycie w areszcie.

Cudzoziemca umieszcza się w ośrodku strzeżonym, jeżeli: 1) jest to niezbędne do sprawnego przeprowadzenia postępowania w sprawie o wydalenie go poza granice Polski albo o cofnięcie mu zezwolenia na osiedlenie się lub zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego WE; 2) zachodzi uzasadniona obawa, że będzie się on uchylał od wykonania decyzji o wydaleniu albo decyzji o cofnięciu zezwolenia na osiedlenie się lub zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego WE; 3) przekroczył lub usiłował przekroczyć granicę niezgodnie

[4] *Ibid.*, str. 8-11.

z przepisami, jeżeli nie został niezwłocznie doprowadzony do granicy. Areszt w celu wydalenia stosuje się natomiast wobec cudzoziemca wtedy gdy zachodzi dowolna z omówionych wyżej okoliczności oraz istnieje obawa, że cudzoziemiec nie podporządkuje się zasadom pobytu obowiązującym w ośrodku detencyjnym. Oznacza to, że obowiązuje zasada umieszczania cudzoziemca najpierw w ośrodku strzeżonym, a gdy pobyt w nim okaże się lub mógłby się okazać nieskuteczny, dopiero wtedy znajduje uzasadnienie umieszczenie go w areszcie. Sąd wydając postanowienie o umieszczeniu cudzoziemca w określonej placówce detencyjnej zawiadamia o tym osobę wskazaną przez cudzoziemca. Z kolei o prawach przysługujących mu w postępowaniu przed sądem sąd powiadamia bezpośrednio cudzoziemca. Robi to w języku dla niego zrozumiałym.

Postanowienia o umieszczeniu cudzoziemca w ośrodku zamkniętym nie wydaje się, jeżeli mogłoby to zagrozić jego życiu lub zdrowiu. Nie można także umieścić w ośrodku ani w areszcie małoletniego bez opieki i cudzoziemca, którego stan psychofizyczny pozwala domniemywać, że był poddawany przemocy albo jest niepełnosprawny[5]. Ograniczenie to dotyczy jednak jedynie osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy. W przypadku pozostałych cudzoziemców jedyną przesłanką, która uniemożliwia zatrzymanie w placówce jest zagrożenie dla jego życia lub zdrowia (art. 103 ustawy o cudzoziemcach). W placówce można także umieścić małoletniego cudzoziemca bez opieki, choć Straż Graniczna może także wystąpić o umieszczenie go w placówce opiekuńczo-wychowawczej. Decyzja w tej sprawie należy jednak do stosownej instytucji (art. 101a ustawy o cudzoziemcach).

Osadzenie cudzoziemca może się odbyć wyłącznie na podstawie postanowienia sądu, na okres od 30 do 60 dni, z możliwością przedłużenia o 90 dni, maksymalnie do 1 roku. Po upływie roku cudzoziemca należy bezwzględnie zwolnić z placówki.

Zgodnie z ustawą o cudzoziemcach, do zatrzymania i postępowania w sprawie umieszczenia w strzeżonym ośrodku stosuje się Kodeks postępowania karnego. Oznacza to, że obowiązują zasady i standardy dotyczące zatrzymania podejrzanego oraz stosowania tymczasowego aresztu. Nie należy jednak zapominać, że ośrodki strzeżone nie są więzieniami i nie powinny być tak traktowane przez osoby sprawujące nadzór nad osadzonymi w nich cudzoziemcami. Warto także pamiętać o konstytucyjnej ochronie wolności - zgodnie z art. 31

[5] Z zasady w strzeżonym ośrodku lub areszcie w celu wydalenia można umieścić osobę wnioskującą o status uchodźcy lub osobę, w imieniu której wnioskodawca występuje. Areszt stosuje się, gdy jest to niezbędne ze względu na obronność lub bezpieczeństwo państwa albo bezpieczeństwo i porządek publiczny. Jednak w przypadku małoletniego bez opieki, osoby niepełnosprawnej bądź ofiary przemocy przepisu tego nie stosuje się, chyba że zachowanie cudzoziemca zagraża bezpieczeństwu, zdrowiu lub życiu innych cudzoziemców przebywających w ośrodku lub pracowników ośrodka (art. 88 ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony).

ust. 1 Konstytucji RP wolność człowieka podlega ochronie prawnej, a ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw (ust. 3). Z kolei zgodnie z art. 41 ust. 1 Konstytucji każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą. Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie, a każdy pozbawiony wolności powinien być traktowany w sposób humanitarny (ust. 4).

1.2. Prawo do informacji

Kiedy sąd wydaje postanowienie o umieszczeniu cudzoziemca w placówce detencyjnej, oprócz zabezpieczenia jego mienia ma także obowiązek – za zgodą cudzoziemca – zawiadomić właściwe przedstawicielstwo dyplomatyczne lub urząd konsularny, jeśli zachodzi potrzeba ustanowienia opieki nad małoletnimi pozostającymi pod jego opieką lub organ pomocy społecznej, gdy trzeba przejąć opiekę nad osobą niedołężną lub chorą, którą dotychczas cudzoziemiec sprawował. Cudzoziemiec powinien być także powiadomiony, w języku dla niego zrozumiałym, o podjętych czynnościach i wydanych zarządzeniach oraz o przysługujących mu prawach w postępowaniu przed sądem. Także w chwili przyjmowania go do ośrodka musi zostać poinformowany w zrozumiałym dla niego języku o prawach, które mu przysługują, i jego obowiązkach. Należy go także zapoznać z przepisami regulującymi pobyt w wybranej placówce. Pojęcie „języka zrozumiałego dla cudzoziemca" oznacza język, w którym można się z nim porozumieć. Jest to zatem każdy język, nie tylko język ojczysty danej osoby czy język urzędowy kraju jej pochodzenia[6]. Jednak język ten musi być zrozumiały dla cudzoziemca w takim stopniu, aby nie miał on problemu z wyrażaniem swoich myśli, potrzeb lub obaw, jak również by mógł bez konieczności korzystania z pomocy innych osób dokładnie zrozumieć to, co się do niego mówi i czego się od niego wymaga.

Osoby monitorujące ośrodki zwracały uwagę na to, że niestety to uprawnienie jest często iluzoryczne, ponieważ przy dużej różnorodności narodowej i – co się z tym wiąże – językowej, system przekazywania informacji cudzoziemcom nie jest skuteczny[7]. Informacje dotyczące praw cudzoziemców są niewy-

[6] J. Chlebny (red.), *Prawo o cudzoziemcach. Komentarz*, C.H. Beck, Warszawa 2006, str. 270.

[7] K. Zdybska, *Ocena ogólna wizytowanych placówek*, w: *Prawa cudzoziemców umieszczonych w aresztach w celu wydalenia i strzeżonym ośrodku,* Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2004, str. 93-94.

starczające, a w szczególności te odnoszące się do ich uprawnień procesowych. W konsekwencji utrudnia im to korzystanie ze środków prawnych i prowadzi do naruszeń ich podstawowych praw. Zarówno autorzy raportu Caritasu, jak i raportu Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka na podstawie monitoringu ośrodków przeprowadzonego kilka lat wcześniej, zwracają uwagę na inną niepokojącą sytuację: cudzoziemcom nie udziela się pisemnej informacji o możliwości zwolnienia z ośrodka lub aresztu. Pokazuje to, że od kilku lat sytuacja w tej kwestii nie poprawia się.

1.3. Prawo do kontaktu

Cudzoziemiec ma prawo m.in. do kontaktowania się z polskimi organami państwowymi, a także z przedstawicielstwem dyplomatycznym lub urzędem konsularnym państwa obcego, w sprawach urzędowych i osobistych, oraz z organizacjami pozarządowymi lub międzynarodowymi zajmującymi się udzielaniem pomocy cudzoziemcom. Ponadto cudzoziemiec może prowadzić korespondencję oraz korzystać ze środków łączności na własny koszt (w sytuacjach losowych cudzoziemcowi można zezwolić na korzystanie ze środków łączności lub wysyłanie korespondencji na koszt ośrodka). Osoba umieszczona w ośrodku ma także prawo do składania próśb, skarg i wniosków do kierownika placówki albo organu Straży Granicznej lub organu Policji, któremu ośrodek podlega[8]. Przewidziane jest również prawo widzeń z osobami bliskimi w specjalnie do tego przeznaczonych pomieszczeniach. Widzenia odbywają się za zgodą organu Straży Granicznej, któremu podlega dana jednostka, lub osoby przezeń upoważnionej. Za zezwoleniem odpowiednich organów cudzoziemiec może korzystać także z innych niż wymienione powyżej uprawnień.

W przypadku cudzoziemców, wobec których toczy się postępowanie o nadanie statusu uchodźcy, kierownik ośrodka umożliwia wnioskodawcy lub osobie, w imieniu której on występuje, kontakt korespondencyjny, telefoniczny lub osobisty z organizacjami, do których zadań statutowych należą sprawy uchodźców, z przedstawicielem Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych do Spraw Uchodźców (UNHCR) oraz z podmiotami świadczącymi pomoc prawną. Niestety ustawodawca nie przewidział takiego obowiązku w przypadku wszystkich osób umieszczonych w placówkach detencyjnych, a z niezrozumiałych przyczyn ograniczył go jedynie do osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy. Należy także pamiętać, że kierownik ośrodka strzeżonego może ograniczyć lub całkowicie zabrać cudzoziemcowi możliwość osobistego kontaktu z wyżej wymienionymi podmiotami, gdy jest to podyktowane koniecznością

[8] W praktyce jednak obecnie wszystkie placówki detencyjne dla cudzoziemców podlegają Straży Granicznej.

zapewnienia bezpieczeństwa i porządku publicznego w placówce lub przestrzegania postanowień regulaminu organizacyjno-porządkowego pobytu. Rozstrzygnięcie kierownika jest ostateczne, jednak w takim przypadku ciąży na nim obowiązek poinformowania o tym fakcie Szefa Urzędu ds. Cudzoziemców oraz przedstawiciela UNHCR.

1.4. Warunki lokalowe

W ośrodku strzeżonym cudzoziemca umieszcza się w pokoju dla cudzoziemców, a w areszcie w celu wydalenia – w celi mieszkalnej. Powierzchnia tych pomieszczeń nie może być mniejsza niż 3 m^2 na jednego mężczyznę lub 4 m^2 na jedną kobietę lub małoletniego. Wyposaża się je w sprzęt zapewniający cudzoziemcowi osobne miejsce do spania, odpowiednie warunki do zachowania higieny, wystarczający dopływ świeżego powietrza i odpowiednią, dostosowaną do pory roku, temperaturę, a także oświetlenie pozwalające na swobodne czytanie.

Cudzoziemców odmiennej płci umieszcza się w oddzielnych pomieszczeniach, jednak osoby spokrewnione, na ich pisemny wniosek, mogą – w miarę możliwości – zostać zakwaterowane w jednym pokoju.

Cudzoziemiec umieszczony w strzeżonym ośrodku korzysta z własnej odzieży, bielizny i obuwia. Jeżeli nie nadają się one do użytku lub jeżeli ich używanie jest niedopuszczalne ze względów higienicznych, może on otrzymać odpłatnie odpowiednią do pory roku odzież, bieliznę czy obuwie. W przypadku, gdy sam nie może dokonać ich zakupu, dostarczenie tych przedmiotów powinno nastąpić nieodpłatnie. Bezpłatnie przekazuje się także środki czystości niezbędne do utrzymania higieny osobistej.

Osoba przebywająca w placówce detencyjnej jest zobowiązana przekazać do depozytu: dokumenty tożsamości, pieniądze i przedmioty wartościowe, urządzenia techniczne służące do rejestrowania i odtwarzania informacji, sprzęt audiowizualny, komputerowy oraz inne przedmioty (jeżeli kierownik ośrodka albo organ Straży Granicznej, któremu jednostka podlega, nie zezwoli na ich posiadanie w pokoju dla cudzoziemców), które mogą stanowić zagrożenie dla porządku lub bezpieczeństwa w ośrodku lub areszcie. W przypadku aresztu w celu wydalenia obowiązuje zasada przekazywania do depozytu poza wyżej wymienionymi wszystkich innych przedmiotów, których wymiary lub liczba naruszają porządek pobytu w areszcie.

Cudzoziemiec przebywający w ośrodku strzeżonym ma prawo m. in.: do rozporządzania przekazanymi do depozytu przedmiotami, jeżeli nie zostały one zabezpieczone w trybie przepisów o egzekucji administracyjnej, do niezakłóconego snu w godzinach od 22.00 do 6.00, a w dni świąteczne do godziny 7.00 oraz w innym czasie, jeśli nie jest to sprzeczne z porządkiem pobytu w ośrod-

ku. Może także korzystać z urządzeń sanitarnych i środków czystości niezbędnych do utrzymania higieny osobistej. Przysługuje mu też prawo do posiadania przedmiotów kultu religijnego, wykonywania praktyk religijnych, korzystania z posług religijnych oraz słuchania lub oglądania, w pomieszczeniach mieszkalnych lub w miejscu przebywania, w sposób niezakłócający ustalonego porządku pobytu w ośrodku, nabożeństw transmitowanych przez środki masowego przekazu. Może również czytać prasę lub kupować ja z własnych środków finansowych i przechowywać ją w pokoju, podobnie jak w przypadku artykułów żywnościowych i przedmiotów osobistego użytku, służących do utrzymania higieny osobistej, które może zakupić ze środków własnych oraz posiadać je w pokoju. Poza tym, ma prawo zakupu materiałów piśmienniczych, książek, gier świetlicowych i posiadania ich w pokoju. Może też otrzymywać paczki z odzieżą, obuwiem i innymi przedmiotami osobistymi. Dotyczy to także środków opatrunkowych i higienicznych oraz leków, które może otrzymać za zgodą lekarza, po ich kontroli przeprowadzonej w obecności cudzoziemca.

Cudzoziemcowi przebywającemu w placówce detencyjnej, poza powyższymi uprawnieniami zezwala się na zakup wyrobów tytoniowych i posiadania ich w pokoju, poruszania się po terenie ośrodka w czasie i miejscu wyznaczonych przez kierownika ośrodka, korzystania z biblioteki oraz użytkowania sprzętu rekreacyjno-sportowego, także w czasie i miejscu przewidzianych w regulaminie ośrodka przez kierownika.

Kierownik ośrodka strzeżonego (albo organ Straży Granicznej, któremu placówka podlega), może zezwolić cudzoziemcowi na posiadanie w pokoju lub celi sprzętu audiowizualnego, komputerowego oraz innych przedmiotów, w tym takich, które zwiększają estetykę pomieszczenia lub są wyrazem zainteresowań kulturalnych cudzoziemca.

Cudzoziemcowi zwalnianemu z ośrodka strzeżonego wydaje się przekazane przez niego wcześniej do depozytu pieniądze i przedmioty. Na jego wniosek przedmioty te mogą być wydane wcześniej osobie upoważnionej przez niego na piśmie lub określonej przez niego instytucji lub organizacji. Koszty wydania przedmiotów z depozytu ponosi cudzoziemiec.

1.5. Ochrona zdrowia

Cudzoziemiec przyjęty do ośrodka strzeżonego zostaje poddany badaniu lekarskiemu oraz, jeśli zachodzi taka potrzeba, zabiegom sanitarnym. Lekarze przeprowadzający badanie oraz sprawujący opiekę medyczną w ośrodku są zobowiązani do prowadzenia dokumentacji medycznej każdego pacjenta. Zgodnie z ogólną zasadą cudzoziemiec ma prawo do korzystania z opieki lekarskiej i umieszczenia w zakładzie opieki zdrowotnej, jeżeli wymaga tego stan jego zdrowia. Cudzoziemiec otrzymuje świadczenia zdrowotne, leki, artykuły sa-

nitarne oraz posiłki i napoje na zasadach określonych w kodeksie karnym wykonawczym, czyli stosowanych wobec osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych. Przepisy kodeksu określające zasady żywienia osoby osadzonej każą uwzględniać przy przygotowywaniu posiłków wiek osadzonych, zalecenia lekarza oraz wymogi religijne i kulturowe, co ma w przypadku cudzoziemców[9] szczególne znaczenie. Jak wskazują autorzy niektórych raportów z przeprowadzonych monitoringów, w praktyce cudzoziemcy nie mają zapewnionej odpowiedniej opieki lekarskiej, a utrudnienia w wykonywaniu świadczeń medycznych mają często źródło w problemach z komunikacją między personelem a osadzonymi.

Zgodnie z art. 103 ustawy o cudzoziemcach obcokrajowca nie umieszcza się w placówce detencyjnej, jeśli mogłoby to spowodować niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia. Ponadto art. 107 ust. 1 pkt 2 tej ustawy nakazuje zwolnienie cudzoziemca ze strzeżonego ośrodka lub aresztu w celu wydalenia, gdy jego dalszy pobyt w takiej placówce stanowiłby zagrożenie dla jego zdrowia lub życia. Postanowienie w tym zakresie wydaje właściwy sąd rejonowy na wniosek cudzoziemca lub organu, któremu podlega strzeżony ośrodek (zatem właściwego organu Straży Granicznej). Zdrowie w tym kontekście powinno być rozumiane szeroko i obejmować zarówno zdrowie fizyczne (np. gdy umieszczenie w placówce uniemożliwia prowadzenie leczenia specjalistycznego, w tym szpitalnego), jak również psychiczne (gdy izolacja mogłaby spowodować znaczne szkody emocjonalne lub psychologiczne cudzoziemca). Jak podkreśla Janusz Borkowski w komentarzu do ustawy przepisy te powinny być stosowane, jeśli istnieje duże prawdopodobieństwo wystąpienia niebezpieczeństwa, które może wynikać ze „stanu zdrowia cudzoziemca, ale też z socjalnych czy społecznych uwarunkowań jego sytuacji życiowej”[10]. Wydaje się zatem, że opinia psychologiczna powinna być obowiązkowo brana pod uwagę przez sąd przy wydawaniu postanowienia o umieszczeniu lub zwolnieniu cudzoziemca z placówki izolacyjnej.

Warto również pamiętać, że nawet zgodnie z przepisami kodeksu postępowania karnego istnieje konieczność uchylenia tymczasowego aresztowania osoby podejrzanej o popełnienie przestępstwa w sytuacji, gdy dalsze jego stosowanie miałoby dla osoby pozbawionej wolności lub jego najbliższej rodziny „wyjątkowo ciężkie skutki” (art. 259 § 1 pkt 1 i 2 kpk). Za takie można uznać zły stan zdrowia. W tej kwestii wypowiedział się m. in. Sąd Najwyższy[11] stwierdzając, że „brak właściwego zainteresowania ze strony Sądu, który zastosował tymczasowe aresztowanie, oświadczeniem podejrzanego popartego dokumen-

[9] J. Chlebny (red.), *Prawo o cudzoziemcach…,* str. 295.

[10] J. Chlebny (red.), *Prawo o cudzoziemcach…,* str. 266.

[11] Wyrok z dnia 04.11.2004 r., sygn. V KK 133/04.

tami, iż jego stan zdrowia stanowi przeciwwskazanie dla osadzenia go w zakładzie karnym bądź areszcie, może w konsekwencji prowadzić do przyjęcia, iż tymczasowe aresztowanie było w tym wypadku niewątpliwie niesłuszne w rozumieniu art. 552 § 4 kpk". Co prawda pojęcie „wyjątkowo ciężkich skutków" nie jest doprecyzowane, jednak powinno być interpretowane w duchu Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i w świetle orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, szczególnie w kontekście zakazu nieludzkiego, poniżającego traktowania wyrażonego w art. 3 Konwencji. Przykładowo w sprawie *Kalashnikov przeciwko Rosji*[12] Trybunał uznał, że niezapewnienie skarżącemu dostatecznej opieki medycznej i odpowiednich warunków życia w okresie tymczasowego aresztowania, co negatywnie wpływało na jego zdrowie i dobre samopoczucie, stanowiło naruszenie art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. Z kolei w sprawie *Kaprykowski przeciwko Polsce*[13] Trybunał orzekł jednomyślnie, że wobec skarżącego cierpiącego na epilepsję, którego w areszcie śledczym pozbawiono właściwej opieki medycznej, dopuszczono się naruszenia art. 3 Konwencji. Także „lekceważenie niepokoju osoby pozbawionej wolności o swe zdrowie – choćby obiektywnie nieuzasadnionego – może być przyjmowane jako traktowanie okrutne z art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności"[14]. Mając na uwadze te orzeczenia dotyczące przecież sytuacji znacznie poważniejszej dla bezpieczeństwa publicznego, należałoby przyjąć, że jeśli cudzoziemiec przebywający w ośrodku strzeżonym nie ma zapewnionej odpowiedniej do jego stanu zdrowia opieki lekarskiej, powinien zostać zwolniony z tego ośrodka. Niezapewnienie właściwej opieki medycznej może zatem zostać uznane za nieludzkie lub poniżające traktowanie.

1.6. Prawo do edukacji

Ani przepisy ustawy o cudzoziemcach, ani ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nie mówią nic o obowiązku zapewnienia małoletnim prawa do edukacji w trakcie pobytu w ośrodku strzeżonym. Być może powodem takiego stanu prawnego jest założenie, że osoby przebywają tam przejściowo, mają być wkrótce wydalone z Polski lub po otrzymaniu negatywnej decyzji zobowiązane do jej opuszczenia i w związku z tym nie ma w tym czasie potrzeby organizowania małoletnim cudzoziemcom nauki. Jednak niezależnie od tego, obowiązek uczęszczania do szkoły obejmującym wszystkie dzieci, nie tylko polskie. Zatem małoletni cudzoziemcy powinni

[12] Wyrok z dnia 15.07.2002 r., skarga nr 47095/99.

[13] Wyrok z dnia 03.02.2009 r., skarga nr 23052/05.

[14] Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 21.02.2001 r., sygn. II AKz 24/01.

mieć możliwość pobierania nauki, czy to w ośrodku strzeżonym, czy w pobliskiej szkole, do której mogliby być dowożeni.

Warto pamiętać, że Konstytucja RP w art. 70 ust. 1 przyznaje każdemu prawo do nauki oraz określa, że jest ona obowiązkowa do 18 roku życia. Sformułowanie „każdy" oznacza, że obowiązek ten obejmuje także cudzoziemca przebywającego na terytorium naszego kraju. Zatem nikomu, kto chce się uczyć, a nie ukończył 18 roku życia, nie wolno odmówić tego prawa, a na stosownych instytucjach państwowych ciąży obowiązek zapewnienia odpowiednich ku temu warunków. Ponadto zgodnie z art. 70 ust. 4 Konstytucji władze publiczne mają obowiązek zapewnić obywatelom powszechny i równy dostęp do wykształcenia. W tym celu muszą stworzyć i wspierać systemy indywidualnej pomocy finansowej i organizacyjnej dla uczniów i studentów. Także Konwencja o Prawach Dziecka[15] w art. 22 zwraca szczególną uwagę na dzieci, które zostały uznane za uchodźców bądź ubiegają się o taki status. Zgodnie z jej zaleceniami dzieci te powinny otrzymywać odpowiednią ochronę, przewidzianą przepisami Konwencji, a jednym z jej przejawów jest zapewnienie prawa do nauki (art. 28). Poza tym, zgodnie z art. 15 ust. 1 ustawy o systemie oświaty[16] osoby, które nie ukończyły 18 roku życia, mają obowiązek nauki**.** Obowiązkowi szkolnemu podlegają wszystkie dzieci aż do ukończenia gimnazjum, przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od ich statusu prawnego. Ten obowiązek dotyczy zatem także cudzoziemców – niezależnie od tego czy przebywają w Polsce legalnie, czy też nielegalnie.

1.7. Ochrona małoletnich i kobiet w ciąży

W stosunku do małoletniego cudzoziemca przebywającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej bez opieki instytucja dokonująca zatrzymania może wystąpić do sądu właściwego ze względu na miejsce jego przebywania z wnioskiem o umieszczenie go w placówce opiekuńczo-wychowawczej. Małoletniego przebywającego w ośrodku strzeżonym bez opiekuna umieszcza się natomiast w wyodrębnionej części placówki, tak, aby jego kontakt z osobami dorosłymi przebywającymi w tej samej placówce był niemożliwy. W przypadku cudzoziemców umieszczonych w ośrodku strzeżonym wraz z małoletnimi pozostającymi pod ich opieką zapewnia się im - w miarę możliwości - wspólny pokój.

W kwestii ochrony kobiet w ciąży postanowiono, że kobiety ciężarne mogą przebywać w ośrodku strzeżonym teoretycznie do końca ciąży, natomiast w areszcie w celu wydalenia najdłużej do siódmego miesiąca ciąży. Oddział Straży Granicznej, któremu podlega areszt w celu wydalenia, jest zobowiązany

[15] Dz. U. z 1991 r., Nr 120, poz. 526.

[16] Dz. U. z 2004 r., Nr 256, poz. 2572 ze zm.

odpowiednio wcześnie, przed upływem szóstego miesiąca ciąży kobiety przebywającej w areszcie, wystąpić do sądu z wnioskiem o umieszczenie jej w ośrodku strzeżonym. Przepis z art. 121 ustawy o cudzoziemcach dotyczący zakazu umieszczania kobiet w ciąży w aresztach w celu wydalenia jest uregulowaniem podobnym do tego stosowanego w odniesieniu do zakładów karnych i aresztów śledczych[17]. Ustawa ta nie przewiduje jednak możliwości zapewnienia kobiecie ciężarnej lub karmiącej opieki specjalistycznej czy odstąpienia od postanowień regulaminowych z uwagi na jej stan fizyczny lub psychiczny, co może mieć zastosowanie wobec kobiet osadzonych w zakładach karnych lub śledczych[18]. Oznacza to, paradoksalnie, że kobiety ciężarne odbywające karę pozbawienia wolności mają zapewnioną lepszą opiekę niż kobiety cudzoziemki przebywające w placówkach detencyjnych, w których panujące zasady nie powinny być przecież surowsze niż w więzieniach.

W tym miejscu warto także przypomnieć wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie *Muskhadzhiyeva i inni przeciwko Belgii*[19], zgodnie z którym przetrzymywanie dzieci w aresztach deportacyjnych uznaje się za nieludzkie traktowanie. W sprawie tej Aina Muskhadzhiyeva wraz z czwórką swoich dzieci złożyła w Belgii wniosek o nadanie statusu uchodźcy. Odmówiono im zgody na pozostanie na terytorium Belgii i zobowiązano do opuszczenia kraju. Całą rodzinę umieszczono w zamkniętym ośrodku deportacyjnym. Sądy odmówiły ich zwolnienia, mimo że dzieci wykazywały niepokojące psychiczne i psychotraumatyczne objawy, upoważniające do zwolnienia ich z ośrodka w celu uniknięcia narażania ich na zagrożenie zdrowia psychicznego. Po przekazaniu stronie polskiej, cudzoziemka złożyła skargę do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, w której poruszyła m. in. kwestię warunków panujących w ośrodku strzeżonym, w jakich wraz z dziećmi spędziła ponad miesiąc, co stanowi naruszenie art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. Trybunał przyznał jej rację, uznając naruszenie art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka w stosunku do dzieci. Zgodnie z orzeczeniem trybunału, wspomniany ośrodek strzeżony nie był przystosowany do tego, aby przebywały w nim dzieci i nie gwarantował zaspokojenia ich potrzeb. Ponadto Trybunał podkreślił, że szczególna wrażliwość dziecka jest wartością nadrzędną, a status dziecka przeważa nad statusem cudzoziemca nielegalnie przebywającego na terytorium kraju. Można zatem uznać, że umieszczanie dzieci w polskich ośrodkach, które są do tego

[17] § 27 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 sierpnia 2003 r. w sprawie regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz. U. z 2003 r., Nr 152, poz. 1493) stanowi, że *„Skazaną kobietę ciężarną przenosi się na dwa miesiące przed przewidywanym terminem porodu do szpitalnego oddziału ginekologiczno-położniczego w zakładzie karnym lub areszcie śledczym"*.

[18] J. Chlebny (red.), *Prawo o cudzoziemcach…,* str. 299.

[19] Wyrok z dnia 10.01.2010 r., skarga nr 41442/07.

nieprzystosowane, stanowi naruszenie regulacji międzynarodowych, szczególnie w sytuacji, gdy osadzone dzieci doznają stresu, cierpią na depresję czy inne zaburzenia zdrowia psychicznego. Wówczas ośrodek, w którym przebywają, powinien być dla nich miejscem przyjaznym, tym bardziej, że dzieci nie są winne nielegalnego przekroczenia granicy czy nielegalnego pobytu swoich rodziców na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

1.8. Podsumowanie

Podobnie jak w przypadku stosowania środków przymusu i ograniczenia wolności osobistej wynikających z przepisów karnych, tak przede wszystkim w sytuacji umieszczania cudzoziemców w ośrodkach strzeżonych i aresztach w celu wydalenia posługiwanie się przez uprawnione organy środkami ograniczającymi podstawowe prawa człowieka i obywatela musi być nie tylko uzasadnione koniecznością procesową, ale musi przede wszystkim uwzględniać zasadę minimalizowania negatywnych skutków ich stosowania dla podejrzanego (oskarżonego) oraz jego najbliższych[20]. Jak wykazują przedstawione wyżej przepisy regulujące kwestie zatrzymania i umieszczenia w ośrodkach strzeżonych, cudzoziemcom przyznaje się określony zakres uprawnień na czas przebywania w ośrodkach detencyjnych. Cudzoziemcy mają prawo do informacji i do kontaktowania się np. z organizacjami pozarządowymi lub międzynarodowymi zajmującymi się udzielaniem pomocy, zwłaszcza prawnej. Przysługują im także odpowiednie warunki lokalowe oraz opieka zdrowotna, a szczególnej ochronie podlegają małoletni i kobiety w ciąży. Jak wynika z przedstawionych regulacji, niestety niektóre przepisy regulujące pobyt cudzoziemców w ośrodkach strzeżonych wydają się być tak skonstruowane, jakby dotyczyły skazanych odbywających karę pozbawienia wolności. Niektóre są wręcz mniej korzystne niż te obowiązujące więźniów. Tymczasem nie można zapominać, że ośrodki strzeżone, a nawet areszty w celu wydalenia, to nie więzienia i w związku z tym cudzoziemcy powinni mieć większą swobodę w korzystaniu z praw, które przysługiwałyby im na wolności.

Prawdą jest także to, że przepisy prawne to tylko jedna strona sprawy, druga – to ich praktyczne stosowanie i przestrzeganie. Jak pokazują raporty z monitoringów przeprowadzanych w ubiegłych latach, w rzeczywistości przepisy czasem są przestrzegane, czasem zaś nie. Niewątpliwe wiele zależy od kierownika danej placówki, jego wrażliwości i chęci współpracy z cudzoziemcami. W niektórych sytuacjach bowiem pewne uprawnienia będą cudzoziemcom przysługiwać, jeśli wyrazi na to zgodę przedstawiciel Straży Granicz-

[20] Ł. Cora, *Funkcje zatrzymania właściwego i tymczasowego aresztowania*, „Państwo i Prawo" 2009, nr 1, str. 60.

nej, np. na posiadanie w pokoju sprzętu audiowizualnego, komputerowego czy innych przedmiotów. Niezależnie jednak od przepisów przyznających konkretne uprawnienia oraz woli ze strony funkcjonariuszy przestrzegania pewnych uprawnień w praktyce, każdy cudzoziemiec przebywający w ośrodku detencyjnym powinien być traktowany z poszanowaniem jego godności.

2. Wyniki monitoringu Ośrodków Strzeżonych dla Cudzoziemców w Polsce

2.1. Założenia i cele monitoringu

Monitoring Ośrodków Strzeżonych dla Cudzoziemców (dalej OSC) został przeprowadzony przez Stowarzyszenie Interwencji Prawnej we współpracy z Fundacją Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna, w sierpniu i wrześniu 2010 roku, w ramach projektu strażniczego „Watch 24" finansowanego przez Fundację Open Society Institute.

Celem monitoringu było sprawdzenie czy przyjęte przez państwo rozwiązania prawne w zakresie zatrzymywania i osadzania imigrantów (w tym osób starających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce) w placówkach zamkniętych mają zastosowanie w praktyce oraz czy obowiązujące przepisy w pewnych obszarach nie powinny ulec modyfikacji w sytuacji, gdy wiadomo, że ich efektywne wdrożenie jest niemożliwe. Starano się także ustalić, na ile pobyt w ośrodku strzeżonym pozwala na przestrzeganie podstawowych praw i wolności gwarantowanych cudzoziemcom przez ustawodawcę. Zwrócono też uwagę na to, na ile reżim pobytu w ośrodku strzeżonym różni się od reżimu więziennego, przewidzianego dla osób pozbawionych wolności na skutek popełnienia przestępstwa i skazania prawomocnym wyrokiem. Monitoring nie obejmował zatem wszystkich aspektów pobytu cudzoziemców w ośrodkach strzeżonych. Dotyczył przede wszystkim zagadnień bezpośrednio związanych z przestrzeganiem podstawowych praw i wolności osadzonych tam cudzoziemców.

Po pierwsze badaliśmy realizowanie **prawa do** uzyskania przez cudzoziemca **informacji**, przekazywanej w zrozumiałym dla niego języku i w jasny sposób. Obcokrajowiec powinien mieć zapewniony dostęp do informacji o podejmowanych czynnościach i wydanych wobec niego zarządzeniach, w ciągu pobytu w ośrodku, włącznie z informacją o możliwościach wnioskowania o uchylenie tego środka detencyjnego, jakim jest pobyt w ośrodku strzeżonym. Interesowała nas także kwestia pouczania cudzoziemca w kwestii przysługujących mu praw i ciążących na nim obowiązków oraz zapoznawania go z przepisami regulującymi pobyt w placówce (szczególnie w chwili przyjmowania go do ośrodka).

Drugim interesującym nas zagadnieniem było **prawo do kontaktu ze światem** zewnętrznym, m. in. z polskimi organami państwowymi, a także z przed-

stawicielstwami dyplomatycznymi lub urzędami konsularnymi państwa obcego, w sprawach osobistych i urzędowych oraz z organizacjami pozarządowymi lub międzynarodowymi zajmującymi się udzielaniem pomocy cudzoziemcom. Zwróciliśmy także uwagę na regulacje dotyczące kontaktu osadzonych ze światem zewnętrznym i jego możliwość: na jakich zasadach jest prowadzona korespondencja, w jaki sposób można korzystać ze środków łączności (telefon, faks) oraz w jakim zakresie są dopuszczalne widzenia i w jaki sposób przebiegają.

Trzecią badaną przez nas kwestią były **warunki lokalowe** osadzonych i reżim obowiązujący w ośrodku, dotyczący takich sfer życia, jak: zakres zajęć dostępnych dla cudzoziemców i możliwość konstruktywnego spędzania przez nich czasu, stosunek personelu, stosowanie środków przymusu bezpośredniego. Interesowało nas również, czy w odniesieniu do grup najbardziej wrażliwych, tj. dzieci oraz kobiet w ciąży, jest przewidziany odrębny porządek pobytu w ośrodku.

Kolejnym bardzo ważnym zagadnieniem, które znalazło się w kręgu naszego zainteresowania, było realizowanie **prawa do ochrony zdrowia** cudzoziemców przebywających w ośrodkach strzeżonych z uwzględnieniem dostępności badań specjalistycznych, a także opieki psychologicznej. Wreszcie usiłowaliśmy ustalić, na ile ośrodki uwzględniają w porządku pobytu prawo przewidziane w art. 70 ust. 1 Konstytucji RP, dające każdemu **prawo do nauki,** oraz przepis art. 15 ust. 1 ustawy o systemie oświaty[21], według którego wszystkie osoby, które nie ukończyły 18 roku życia, mają obowiązek nauki, zaś obowiązkowi szkolnemu aż do ukończenia gimnazjum podlegają wszystkie dzieci znajdujące się na terytorium RP, niezależnie od ich statusu prawnego, w tym także cudzoziemcy przebywający w Polsce nielegalnie.

W ramach monitoringu wizytowano wszystkie obecnie funkcjonujące ośrodki strzeżone dla cudzoziemców. Zgodnie z prawem podlegają one Straży Granicznej (dalej SG). W 2010 roku było ich sześć: w Lesznowoli, Krośnie Odrzańskim, Białymstoku, Kętrzynie, Białej Podlaskiej oraz Przemyślu. Wizytatorem był prawnik ze Stowarzyszenia Interwencji Prawnej, któremu podczas monitoringu w ośrodku w Kętrzynie oraz Białymstoku towarzyszył psycholog z Fundacji Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna[22]. Psycholog przeprowadzał również ankietę na temat stanu opieki medycznej i psychologicznej w ośrodku w Przemyślu.

Wizytatorzy w trakcie każdej wizytacji starali się odwiedzić: pomieszczenia administracji, pawilony mieszkalne, świetlice, spacerniak wraz z placem zabaw, kuchnie i stołówki, pokoje mieszkalne, łazienki, suszarnie, natryski, pralnie, wartownie i poczekalnie na wartowni przy wejściu na teren ośrodka. Informacje o funkcjonowaniu ośrodków uzyskiwali z rozmów z funkcjonariuszami, personelem medycznym, cudzoziemcami. Dokonywali też samodzielnych obser-

[21] Dz. U. z 2004 r., Nr 256, poz. 2572 ze zm.

[22] W wizytacji brali udział: Dawid Cegiełka oraz Maria Książak.

wacji. Wszystkie wizytacje były przeprowadzane na podstawie kwestionariusza o ujednoliconym wzorze, zawierającego zarówno dyspozycje dotyczące miejsc do odwiedzenia, jak również scenariusze wywiadów z funkcjonariuszami i cudzoziemcami.

Przeprowadzone wizytacje dostarczyły informacji na temat problemów, z którymi borykają się poszczególne jednostki. Część z nich dotyczyła pojedynczych ośrodków, inne natomiast okazały się wspólne dla wielu z nich i najczęściej wynikały z przyjętych rozwiązań systemowych. W raporcie wnioski przedstawiono zbiorczo. Odnotowano także przykłady dobrych praktyk.

2.2. Prawo do informacji

Prawo cudzoziemców do informacji zasadniczo jest realizowane w sposób prawidłowy. We wszystkich ośrodkach funkcjonariusze Straży Granicznej, z którymi rozmawialiśmy, potwierdzili, że jednostka zatrzymująca cudzoziemca informuje go o możliwości wniesienia zażalenia na zatrzymanie (następuje to przed umieszczeniem w ośrodku strzeżonym). Poucza go także o prawie do złożenia wniosku o zwolnienie w związku z prawdopodobieństwem spełniania przez niego warunków do uznania go za uchodźcę lub do uzyskania ochrony uzupełniającej. Cudzoziemiec z reguły dowiaduje się od funkcjonariuszy o tym, że posiada prawo złożenia do sądu odwołania od decyzji o odmowie zwolnienia w przypadku opisanym powyżej czy też zażalenia na postanowienie o przedłużeniu okresu pobytu w ośrodku strzeżonym (pouczenie i sentencja orzeczeń są tłumaczone na język zrozumiały dla cudzoziemca, jednak nie dotyczy to już uzasadnienia, co w praktyce znacznie utrudnia sformułowanie odwołania). Cudzoziemcy, z którymi przeprowadzono wywiady, nie wnosili skarg na brak informacji dotyczących opisanych powyżej procedur zaskarżenia. W Lesznowoli osoba z Wietnamu podkreśliła, że przy przyjęciu do ośrodka nie została poinformowana o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej.

Jednostka zatrzymująca ustnie informuje cudzoziemca o możliwości kontaktu z osobami, które mają zostać powiadomione o jego zatrzymaniu. Przy przyjęciu do ośrodka zatrzymany otrzymuje informacje o możliwości złożenia pisemnego wniosku o wspólne zakwaterowanie z osobą najbliższą (zgodnie z zasadą rodziny są umieszczane razem i bez takiego wniosku, chyba że istnieje konflikt między członkami rodziny[23]). Wiadomości te są przekazywane na piśmie, w ję-

[23] Warto jednak zaznaczyć, że zdarzają się także sytuacje, gdy część rodziny przebywa w placówce detencyjnej, a pozostała część w ośrodku dla uchodźców, podlegającym Urzędowi ds. Cudzoziemców. O ile w przypadku np. stosowania przemocy w rodzinie ma to uzasadnienie, o tyle w pozostałych sytuacjach trudno go szukać. W jednej ze spraw prowadzonej przez Stowarzyszenie Interwencji Prawnej w ośrodku zamkniętym umieszczona była matka z niepełnoletnimi dziećmi, a ojciec pozostawał na wolności.

zyku zrozumiałym dla cudzoziemca (najczęściej jest to język: rosyjski, gruziński, wietnamski francuski, a także inne – w Przemyślu w sumie jest ich siedemnaście). Cudzoziemiec potwierdza zapoznanie się z nimi podpisem. Dobrą praktyką w Kętrzynie jest organizowanie każdorazowo, dzień po przyjęciu do ośrodka, spotkania informacyjnego. Zajmuje się tym sekcja edukacyjna SG dla nowoprzybyłych, w celu pełniejszego wyjaśnienia praw i obowiązków osób przebywających w ośrodku. W trakcie tego spotkania funkcjonariusze informują cudzoziemców o ich prawach i obowiązkach, odpowiadają na pytania związane z pobytem. Ponadto w ośrodku tym odbywa się raz w tygodniu dyżur kierownika ośrodka[24] i w razie potrzeby jest on wówczas do dyspozycji cudzoziemców, udziela im informacji i wyjaśnia wątpliwości dotyczące pobytu w OSC.

Podczas pobytu w ośrodkach cudzoziemcy są ustnie informowani o możliwości składania skarg i wniosków. Cudzoziemcy, z którymi rozmawiano – za wyjątkiem pochodzących z Czeczenii trojga rozmówców z ośrodka w Przemyślu – potwierdzili, że wiedzą o tym i korzystają z tej możliwości. Przy przyjęciu do ośrodka cudzoziemcy otrzymują do wglądu regulamin pobytu w placówce detencyjnej. W Białymstoku wątpliwości związane z regulaminem wyjaśnia sekcja edukacyjna. W Lesznowoli, Krośnie Odrzańskim, Białej Podlaskiej, Kętrzynie i Białymstoku regulaminy są ogólnodostępne (wiszą na tablicach ogłoszeń, przeważnie są to wyciągi przygotowane w najpowszechniejszych wśród cudzoziemców językach czyli w: rosyjskim, gruzińskim, wietnamskim). Ośrodek w Przemyślu szczyci się przetłumaczeniem regulaminu aż na 17 języków, niestety dotarły do nas niepokojące sygnały dotyczące jego dostępności. Cudzoziemcy skarżą się, że mają ściśle limitowany czas na zapoznanie się z tym dokumentem, który jest im następnie odbierany. Regulamin nie jest później udostępniany, nie wisi na tablicy ogłoszeń. Troje cudzoziemców, uczestników zajścia z zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego zeznało, że funkcjonariusze wykorzystują fakt nieznajomości regulaminu przez osadzonych. Zabraniają lub nakazują cudzoziemcom pewne zachowania (rozmówcy nie sprecyzowali jednak, o jakie zachowania chodzi) twierdząc, że tak przewiduje regulamin. Podobnie rzecz ma się z karami. Skarżący się cudzoziemcy utrzymywali, iż odmawia się im wglądu do regulaminu, polecając, by zasięgali potrzebnych im informacji od osób, które przebywają dłużej w placówce, bądź też zdali się na funkcjonariuszy, którzy, według nich samych, są najlepiej zorientowanie w kwestii regulaminu.

Informacje o organizacjach pozarządowych są dostępne we wszystkich ośrodkach w formie pisemnej. Dane Centrum Pomocy Prawnej im. Haliny Nieć, Międzynarodowej Organizacji ds. Migracji (IOM) oraz Biura Wysokiego Komisa-

[24] Nazwy „kierownik OSC" używa ustawodawca w ustawach o cudzoziemcach i o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium RP. Straż Graniczna szefów ośrodków nazywa naczelnikami – kierownikami ośrodków. W niniejszym tekście stosujemy nazwę ustawową – kierownik.

rza Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców (UNHCR) są zazwyczaj rozwieszone przy wejściach do bloków mieszkalnych, na tablicach ogłoszeń bądź na piętrze. Dane teleadresowe podane są w języku polskim.

Trudno ustalić ilu funkcjonariuszy włada językami obcymi. Z informacji uzyskanych od funkcjonariuszy SG w Lesznowoli wynika, że większość z nich mówi tylko po polsku, a jedynie niektórzy posługują się angielskim i rosyjskim. Ponadto stwierdzono, że osoba pierwszego kontaktu z cudzoziemcami, dyżurująca na bloku w dniu monitoringu (niebędąca funkcjonariuszem SG), nie posługuje się żadnym innym językiem niż polski. W Krośnie Odrzańskim także jedynie część funkcjonariuszy zna angielski i rosyjski. W Przemyślu, zgodnie z oświadczeniem osoby oddelegowanej przez kierownika do rozmowy z osobami przeprowadzającymi monitoring, większość funkcjonariuszy na blokach zna komunikatywnie ukraiński i/lub rosyjski, jeden z pracowników cywilnych włada urdu i hindi. Do komunikacji funkcjonariusze i cudzoziemcy na oddziale używają „mieszaniny" języka polskiego i rosyjskiego w podstawowym zakresie. W Kętrzynie niektórzy funkcjonariusze posługują się angielskim. Nieliczni mówią po rosyjsku i niemiecku, jeden z funkcjonariuszy zna komunikatywnie włoski. Należy jednak zauważyć, że większość osadzonych w tym ośrodku to osoby rosyjskojęzyczne[25]. Funkcjonariusze na oddziale posługują się niezbyt zrozumiałą „mieszaniną" polskiego z rosyjskim w podstawowym zakresie. W Białej Podlaskiej funkcjonariusze zadeklarowali znajomość angielskiego, rosyjskiego i ukraińskiego. W OSC w Białymstoku oprócz osób ze znajomością angielskiego i rosyjskiego pracuje funkcjonariuszka mówiąca po francusku. W związku z powyższym w Lesznowoli cudzoziemcy skarżyli się na kłopoty komunikacyjne z funkcjonariuszami. W pozostałych ośrodkach osadzeni twierdzili, że „są w stanie się porozumieć". W tym miejscu należy zauważyć, że grupy cudzoziemców przebywających w ośrodkach są bardzo zróżnicowane. Rzeczywiście przeważają wśród nich osoby rosyjskojęzyczne, ale znajdują się tam także przedstawiciele innych kultur, np. Wietnamczycy (dominująca grupa w OSC w Lesznowoli) czy obywatele państw afrykańskich.

Niestety w większości ośrodków nie zapewnia się dostępu do profesjonalnego tłumacza podczas przyjęcia do ośrodka, wizyt u lekarza specjalisty czy u psychologa (Krosno Odrzańskie, Lesznowola, Kętrzyn, Białystok, Przemyśl). W tych sytuacjach asystuje funkcjonariusz komunikujący się w języku zrozumiałym dla cudzoziemca. W Białej Podlaskiej psycholog mówi po rosyjsku. W przypadku braku możliwości porozumienia się z cudzoziemcem, np. co do przebiegu leczenia czy też konieczności odbycia wizyty u psychiatry, na wniosek lekarza bądź psychologa, ośrodek stara się zorganizować pomoc tłumacza. W Przemyślu SG

[25] W OSC w Kętrzynie przebywało w czasie monitoringu 65 cudzoziemców, w większości rosyjskojęzycznych.

ma możliwość zapewnienia profesjonalnego tłumaczenia jedynie w przypadku wizyty u psychologa. Przy pozostałych czynnościach jest obecny funkcjonariusz znający język zrozumiały dla cudzoziemca w stopniu komunikatywnym (choć problem jest porozumiewanie się z Wietnamczykami).

Na tym tle bardzo korzystnie wyróżnia się ośrodek w Kętrzynie. Jeżeli tylko jest taka możliwość, SG stara się, aby tłumacz, który był przy zatrzymaniu cudzoziemców[26], był też obecny przy przyjęciu do ośrodka. Podczas przyjmowania cudzoziemców rosyjskojęzycznych, jest zapewniona obecność funkcjonariusza SG będącego z wykształcenia filologiem rosyjskim, który pełni rolę tłumacza. Regularnie, raz w miesiącu odbywają się spotkania informacyjne dla cudzoziemców, prowadzone po rosyjsku przy udziale funkcjonariusza z dyplomem filologii rosyjskiej. Przywołano także sytuację, w której nikt nie był w stanie nawiązać kontaktu z grupą Afrykanów i SG wynajęła na swój koszt innego tłumacza. W trakcie wizyty u lekarza specjalisty cudzoziemcowi towarzyszy zamiast tłumacza funkcjonariusz znający język zrozumiały dla cudzoziemca. Niestety w Lesznowoli przyjęto podobne rozwiązanie w przypadku wizyty u psychologa. Psycholog z tego ośrodka mówi świetnie po angielsku i włosku, aktualnie jednakże w tej placówce dominują cudzoziemcy rosyjskojęzyczni. Należy zaznaczyć, że rozwiązanie, w którym w trakcie wizyty u lekarza czy zwłaszcza u psychologa tłumaczem jest funkcjonariusz, wpływa niekorzystnie na przebieg spotkania, podczas którego cudzoziemiec krępuje się. Wówczas jego wizyta u lekarza czy psychologa staje się bezcelowa. Z punktu widzenia ochrony prawa do prywatności cudzoziemca i skuteczności oferowanej pomocy należałoby w takich przypadkach starać się zapewnić obecność tłumacza neutralnego.

Na potrzeby kontaktów codziennych podstawowa znajomość języka wydaje się wystarczająca do tego, by sprawnie komunikować się z osadzonymi (choć, jak opisano powyżej, nie jest ona niestety powszechna wśród personelu zatrudnionego w ośrodkach). Natomiast podczas przyjmowania cudzoziemca do ośrodka, kiedy przekazuje się informacje dotyczące jego sytuacji, przysługujących mu praw oraz obowiązującego regulaminu, obecność osoby dobrze władającej językiem zrozumiałym dla cudzoziemca jest niezbędna. Jest to kwestia kluczowa w przypadku wizyty u lekarza czy psychologa, gdzie brak wspólnego języka sprawia, że cudzoziemiec nie jest w stanie wyrazić swoich myśli, powiedzieć jakie ma problemy czy potrzeby. Z kolei nierozumiejący go specjalista nie jest w stanie postawić odpowiedniej diagnozy, ani przekazać zaleceń. Ponadto o ile w sytuacji przyjmowania do ośrodka obecność funkcjonariusza SG władającego językiem cudzoziemca jest naturalna, o tyle wydaje się, że tłumacz towarzyszący podczas wizyty u lekarza czy psychologa powinien być zde-

[26] Warto jednak zaznaczyć, że opieramy się tu na wypowiedziach funkcjonariuszy SG, bowiem cudzoziemcy nie chcieli wypowiadać się na tematy związane z ich zatrzymaniem.

cydowanie osobą neutralną, budzącą u cudzoziemca zaufanie. Stąd wniosek, że, że funkcji tej nie powinni pełnić funkcjonariusze.

2.3. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym

We wszystkich odwiedzanych ośrodkach obowiązują podobne zasady kontaktowania się ze światem zewnętrznym. Pomimo dość jasno określonych reguł, funkcjonariusze w określonych sytuacjach mają jednak możliwość interpretowania niektórych przepisów łagodniej lub surowiej.

Przy przyjęciu do ośrodka aparaty komórkowe z możliwością rejestrowania obrazu i dźwięku są zabierane cudzoziemcom i składane do depozytu, co jest podyktowane wymogami bezpieczeństwa[27]. W większości ośrodków cudzoziemcy mają możliwość korzystania z innych typów aparatów telefonicznych, nieposiadających wymienionych wyżej funkcji, w określonych porach: w Przemyślu trzy razy dziennie od śniadania do obiadu i po obiedzie do kolacji, a także po kolacji do godziny 21.00, w Krośnie Odrzańskim między 10.00 a 12.00, w Kętrzynie, Białymstoku, Lesznowoli w czasie wolnym tj. pomiędzy posiłkami i poza porą apeli. W pozostałych godzinach aparaty są w depozycie. Jedynie w Białej Podlaskiej nie ma żadnych ograniczeń, co do czasu używania prywatnych telefonów. Należy podkreślić, że jest to dobra praktyka, godną polecenia innym placówkom. Zwłaszcza, że nie istnieje racjonalne uzasadnienie zabraniania korzystania z prywatnych telefonów (skoro aparaty publiczne są ogólnie dostępne).

We wszystkich ośrodkach na oddziałach są też ogólnodostępne aparaty telefoniczne operatora publicznego. Korzystanie z nich nie wymaga uprzedniej zgody, jest ograniczone jedynie zasadami współżycia społecznego i ciszą nocną. W przypadku dużej różnicy czasu między strefą czasową w kraju pochodzenia cudzoziemca a Polską dopuszcza się odstępstwa od tej reguły. Cudzoziemcy zakupują z własnych środków karty telefoniczne i płacą za połączenia według taryfy operatora. Ich rozmowy telefoniczne nie są kontrolowane. Telefony przychodzące odbierają sami, w tej kwestii nie ma ograniczeń.

Każdej osobie, której brakuje środków finansowych, przysługuje na kontakt z rodziną 5 minut rozmowy dziennie na koszt SG. Jednak kilka osób osadzonych w Przemyślu twierdziło, że są pozbawiane możliwości korzystania z tego prawa. W innych ośrodkach nie składano skarg w tej sprawie. Ponadto z zasady cudzoziemiec może w swojej sprawie kontaktować się bezpłatnie z Międzynarodową Organizacją ds. Migracji, Wojewodą czy Urzędem ds. Cudzoziem-

[27] Funkcjonariusze mówili, że ma to uniemożliwić rejestrowanie zabezpieczeń, schematów, rozkładu budynku itp., ale także zapobiec utrwalaniu wizerunków funkcjonariuszy, którzy są postrzegani jako osoby, które „zamknęły" cudzoziemców.

ców. W pozostałych wypadkach, przy korzystaniu z ogólnodostępnego aparatu, środki za rozmowę są pobierane według stawki operatora z depozytu. W ośrodkach najczęściej dopuszcza się też bezpłatny kontakt cudzoziemca ze światem zewnętrznym za pośrednictwem aparatów SG w przypadku pilnej potrzeby i jednoczesnym braku środków finansowych. Za wyjątkiem OSC w Przemyślu, cudzoziemcy potwierdzali, że jest taka możliwość.

Za pośrednictwem SG cudzoziemiec może korzystać także z faksu. Odbywa się to na dwa sposoby, w zależności od rozwiązania przyjętego w danym ośrodku. W pierwszym przypadku faks wysyła się z aparatu służbowego SG (Leszno-wola, Krosno Odrzańskie, Biała Podlaska, Kętrzyn), do czego wystarczy ustna zgoda kierownika. Z punktu widzenia osadzonego jest to wariant najbardziej praktyczny. Drugie rozwiązanie przewiduje wysłanie faksu za pośrednictwem Poczty Polskiej. Wówczas koszty zgodnie ze stawkami operatora[28] ponosi osadzony. Aby to zrobić cudzoziemiec musi uprzednio skierować pisemną prośbę do kierownika ośrodka. Następnie z jego depozytu pobiera się pieniądze i wysyła faks za pośrednictwem poczty. Na koniec cudzoziemiec otrzymuje swoje dokumenty z powrotem. W przypadku drugiego rozwiązania należy brać pod uwagę ograniczenia dotyczące dnia tygodnia, w którym można dokonać wysyłki, np. w Przemyślu faks można wysłać jedynie w poniedziałek, środę, piątek – wysyłka przez funkcjonariuszy następuje do godziny 12.00. Nadanie materiałów do wysłania przez cudzoziemca jest możliwe do 15.30, chyba że upływa ustawowy termin do złożenia odwołania, zażalenia czy dokonania innej czynności sądowej lub administracyjnej – wtedy dopuszcza się odstępstwa. Przyjęte rozwiązania nie sprzyjają realizacji praw cudzoziemców. Wydają się one nieuzasadnione. O tym, że nie istnieją żadne przeciwwskazania do stosowania innej praktyki świadczy to, że jedynie w Przemyślu wprowadzono takie ograniczenia. Dodatkowo np. w Kętrzynie wszelkie faksy kierowane do Polski są wysyłane bezpłatnie. W pozostałych ośrodkach umożliwiono bezpłatne wysłanie faksów w sprawach urzędowych oraz w przypadku kontaktu z organizacjami zajmującymi się sprawami uchodźców. Możliwość ta dotyczy jednak wyłącznie uchodźców, innych cudzoziemców – nie. Takie zróżnicowanie uprawnień w sferze kontaktu ze światem zewnętrznym między osobami ubiegającymi się o ochronę międzynarodową a pozostałymi migrantami jest zupełnie niezrozumiałe, wydaje się bowiem niczym nie uzasadnione.

W ośrodkach istnieje możliwość odbierania i wysyłania korespondencji, w tym także paczek. O prawach i ograniczeniach w tym zakresie osadzeni są pouczani ustnie przy przyjęciu do ośrodka. Cała korespondencja jest płatna, jednak zdarza się, że w trudnych sytuacjach (upływający termin do wniesienia środka odwoławczego, brak środków finansowych) funkcjonariusze pokrywają

[28] Wynoszą one 1,10 zł za pierwszą stronę oraz 49 groszy za transfer.

koszty przesyłki z własnych środków bądź też bierze je na siebie SG. W Krośnie Odrzańskim, Białymstoku, Kętrzynie i Białej Podlaskiej listy do sądów i urzędów są przesyłane bezpłatnie. W sprawach nieurzędowych, jeśli cudzoziemiec posiada środki finansowe, za wysłanie przesyłki pobiera się odpowiednią kwotę z depozytu, po uprzednim złożeniu zamówienia przez cudzoziemca. W takich przypadkach obowiązuje cennik Poczty Polskiej. Kiedy cudzoziemiec wysyła korespondencję, musi przedstawić zawartość koperty do kontroli. Jednak treść korespondencji jest sprawdzana jedynie w ośrodku w Przemyślu. W pozostałych placówkach nie obowiązuje taka praktyka. Kontroluje się także zawartość korespondencji przychodzącej. W obecności cudzoziemca funkcjonariusz otwiera paczkę lub kopertę, sprawdza ją, po czym, jeśli nie zawiera ona substancji niedozwolonych, wydaje przesyłkę cudzoziemcowi. Z czynności tej sporządza się notatkę służbową.

Osadzeni mają możliwość kontaktu telefonicznego, faksowego albo listowego z organizacjami pozarządowymi. W przypadku kontaktu przedstawicieli organizacji pozarządowej z cudzoziemcem korespondencja jest przekazywana obcokrajowcowi, po uprzednim jej zarejestrowaniu. Zdarzało się, że na prośbę cudzoziemca, który miał kłopot z kontaktem z NGO, ze wskazanym pracownikiem organizacji pozarządowej kontaktował się funkcjonariusz placówki. Takie przypadki miały miejsce w Kętrzynie. W Białej Podlaskiej kontakt odbywa się poprzez funkcjonariuszy sekcji edukacyjnej, w Lesznowoli i Krośnie Odrzańskim poprzez funkcjonariusza dyżurnego. W Białymstoku i Przemyślu, zgodnie ze słowami funkcjonariuszy oddelegowanych do oprowadzenia członków naszej delegacji, nie zdarzały się ze strony cudzoziemców prośby wobec funkcjonariuszy o kontakt w ich imieniu ze wskazanym pracownikiem organizacji pozarządowej. Dane teleadresowe wybranych organizacji udzielających bezpłatnych porad prawnych są dostępne na tablicach informacyjnych we wszystkich ośrodkach, jednak często są podane w języku polskim. Informacje te, to w przeważającej części wydruki danych teleadresowych organizacji sporządzane przez funkcjonariuszy.

Cudzoziemcy narzekają na niską efektywność kontaktu telefonicznego czy faksowego z przedstawicielami organizacji pozarządowych. Zdecydowanie preferują kontakt osobisty. Jest on możliwy w kilku ośrodkach – w Białej Podlaskiej dwa razy w tygodniu odbywają się dyżury prawnika z Caritasu i Fundacji Instytut na Rzecz Państwa Prawa, do Krosna Odrzańskiego raz na kwartał odbywa się dyżur pracownika Centrum Pomocy Prawnej im. Haliny Nieć. Przedstawiciele tej organizacji dyżurują też raz w miesiącu w Lesznowoli. Z kolei ośrodek w Białymstoku odwiedza dwa razy w miesiącu prawnik z Caritasu. Taka forma i mała częstotliwość wizyt wynika przede wszystkim z ograniczonych możliwości finansowych i kadrowych organizacji pozarządowych.

W trakcie pobytu w ośrodku osadzeni w nim cudzoziemcy mają możliwość ewentualnego kontaktu jedynie z pracownikami organizacji pozarządowych.

Wyrażają z tego powodu niezadowolenie. Warto informować ich także o możliwości zwrócenia się do prywatnych kancelarii prawnych (w których będą musieli zapłacić za usługę, ale część z cudzoziemców byłoby na to stać), jak również podawać kontakty do osób trudniących się odpłatną pomocą adwokacką. Co ciekawe, w ośrodkach nie ma książek telefonicznych przeznaczonych do użytku cudzoziemców. W żadnym z ośrodków nie ma także sprzętu komputerowego z dostępem do Internetu, z którego mogliby oni korzystać.

Cudzoziemcom przysługuje prawo do widzeń. Jest ono w odczuciu cudzoziemców, z którymi rozmawialiśmy, realizowane prawidłowo. W poszczególnych ośrodkach przestrzeganie tego prawa nieznacznie się różni. Osadzony, aby uzyskać zgodę na widzenie, wypełnia formularz, w którym podaje dane własne oraz swoich gości. Jednorazowo mogą go odwiedzić maksymalnie dwie osoby dorosłe. Nie ma ograniczeń dotyczących liczby dzieci biorących udział w widzeniu. Wyjątkiem w tej kwestii stanowi ośrodek w Przemyślu, w którym przyjęto bardziej surowe uregulowania: prawo do widzeń przysługuje konkretnemu cudzoziemcowi nie częściej niż raz na dwa tygodnie. Widzenia są możliwe wyłącznie w określone dni tygodnia, są to: poniedziałki, środy, soboty i niedziele w godz.: 10.00-11.00, 11.00-12.00 i 14.00-15.00. W trakcie widzenia funkcjonariusz obserwuje spotkanie przez lustro weneckie, prowadzi się też monitoring widzeń. Dotyczy to także spotkań z prawnikiem czy pełnomocnikiem. Widzenie trwa regulaminowo 60 minut i nie bywa przedłużane. Z kolei w Kętrzynie, Lesznowoli i Białymstoku zdarza się, że kierownik udziela zgody na udział w widzeniu większej liczbie osób dorosłych i zezwala, by trwało ono dłużej[29]. Nie wprowadzono także ograniczeń odnośnie dni, w których widzenia mogą się odbywać. W trakcie widzenia funkcjonariusz stoi za szybą. Dotyczy to także spotkań z prawnikiem/pełnomocnikiem, które są nadzorowane. Rozmowy z zatrudnionym przez SG psychologiem odbywają się w gabinecie lekarskim, bez nadzoru[30]. W Krośnie Odrzańskim widzenia odbywają się w wyznaczone dni i wszystkie są nadzorowane. Widzenia w innych ośrodkach są także nadzorowane przez funkcjonariusza, który ma obowiązek mieć rozmówców w zasięgu wzroku. Odmiennie sprawa przedstawia się w Białymstoku, gdzie widzenia są nadzorowane jedynie przy pomocy monitoringu wizyjnego (bez fonii).

[29] Należy zaznaczyć, że jest to szczególnie istotne w przypadku, gdy dzieci z jednym z rodziców przebywają w ośrodku zamkniętym, a drugi rodzic pozostaje na wolności. W takiej sytuacji możliwość widzenia rodzica z dziećmi oraz czas spotkań nie powinny być w żadnym wypadku ograniczane. Rodzić powinien mieć możliwość widywania się z dziećmi codziennie, a jeśli nie jest to możliwe, by rzadsze widzenia mogły trwać kilka godzin.

[30] Jednak rozmowy z psychologiem zatrudnionym przez organizację pozarządową odbywają się z zasady w sali widzeń i są obserwowane przez pracownika SG. Dopiero na pisemną prośbę o umożliwienie badania cudzoziemca w odrębnym pokoju jest możliwość prowadzenia rozmowy bez obserwacji i świadków.

W Lesznowoli widzenia odbywają się w świetlicy, a funkcjonariusz stoi za drzwiami. Widzenie nie jest możliwe w przypadku odmowy na widzenie jednostki zatrzymującej[31] oraz wtedy, gdy przychodząca na widzenie osoba jest pod wpływem alkoholu. Ponadto w Przemyślu odmawia się zgody na widzenie, jeśli wpłynęło zbyt wiele wniosków w sprawie udzielenia zgody na widzenia w jednym terminie.

2.4. Warunki bytowo-lokalowe

W ramach dostosowania w Polsce ochrony granicy do wymogów układu z Schengen, na granicy zewnętrznej Unii Europejskiej zbudowano nowe ośrodki strzeżone w Białymstoku, Kętrzynie, Białej Podlaskiej i Przemyślu. Straż Graniczna przejęła ponadto od Mazowieckiej Wojewódzkiej Komendy Policji w Radomiu ośrodek w Lesznowoli oraz zaadaptowała na potrzeby ośrodka strzeżonego były areszt w celu wydalenia w Krośnie Odrzańskim (z 66 miejscami). Strzeżony Ośrodek dla Cudzoziemców i Areszt w Celu Wydalenia w Białej Podlaskiej oddano do użytku na początku 2008 roku. Posiada on 176 miejsc, w tym 152 miejsca w ośrodku strzeżonym. Ośrodek w Białymstoku powstał w budynku po dawnych carskich koszarach, który przeszedł gruntowny remont i jest w nim około 160 miejsc. W Przemyślu, w zmodyfikowanych koszarach SG wydzielono 138 miejsc na ośrodek, a Kętrzyn zaprojektowano dla około 150 osadzonych. Za wyjątkiem Lesznowoli i Krosna Odrzańskiego są to ośrodki nowe, schludne i zadbane, wyposażone w boiska, pola spacerowe oraz place zabaw dla dzieci. W Przemyślu przestrzeń dla dzieci jest bardzo zaniedbana – rzuca się w oczy piaskownica, w której rosną wysokie chwasty. Brakuje też zadaszonego, choćby częściowo, miejsca, co ogranicza możliwość korzystania ze spacerów w upalne lub deszczowe dni w odpowiednich warunkach. Lesznowola sprawia wrażenie ośrodka mocno niedoinwestowanego, co potwierdzają sami funkcjonariusze. Brak tu placu zabaw, świetlicy, boisko jest zniszczone. W dniu wizyty blok męski nie funkcjonował, ponieważ był remontowany.

Wszystkie ośrodki są ogrodzone wysokim płotem, zakończonym drutem kolczastym, dodatkowo w oknach zainstalowane są kraty[32]. Atmosferę zamknięcia i uwięzienia szczególnie odczuwa się w Krośnie Odrzańskim, co wynika z wcześniejszego przeznaczenia budynku – w pokojach mieszkalnych pozostały ciężkie, więzienne drzwi z zasuwami, niewielki spacerniak jest otoczony wysokim, betonowym murem – typowo więziennym. Pomimo starań funkcjonariuszy

[31] Chodzi o jednostkę zatrzymującą cudzoziemca lub też dokonującą doprowadzenia cudzoziemca, w skład której nie wchodzą funkcjonariusze pełniący służbę w OSC.

[32] Warto zauważyć, że w podobnych ośrodkach funkcjonujących w innych krajach UE przeważnie nie ma krat w oknach. W Polsce jednak obowiązek ich założenia jest narzucony przepisami, które w zbyt dużym stopniu opierają się na zasadach dotyczących więziennictwa.

i ich przyjaznego podejścia (podkreślali to pytani spontanicznie cudzoziemcy), dzieci raczej nie czują się komfortowo w takim *de facto* więziennym środowisku. Z uwagi na to, że ośrodki są bardzo dobrze strzeżone i monitorowane oraz ze względu na to, że raczej nie istnieje możliwość samowolnego ich opuszczenia, należałoby rozważyć, czy nie jest zasadne na poziomie ustawodawczym zrezygnować z krat w oknach. Należy bowiem pamiętać, że mamy do czynienia nie z więźniami, ale z osadzonymi cudzoziemcami, którzy nie popełnili żadnego przestępstwa. Wiele z tych osób to uchodźcy bądź osoby dotknięte w kraju swojego pochodzenia traumatycznymi doświadczeniami.

Przy przyjęciu do ośrodka cudzoziemiec musi oddać do depozytu między innymi dokumenty, pieniądze, przedmioty wartościowe, przedmioty niebezpieczne (ostro zakończone, szklane), urządzenia służące do odtwarzania i nagrywania informacji (w tym wspomniane wyżej telefony komórkowe, posiadające te funkcje) oraz sprzęt audio-video, który jest uznawany za wartościowy. Pozostałe przedmioty, które nie stwarzają możliwości złamania regulaminu i nie stanowią zagrożenia dla innych cudzoziemców, osadzony może trzymać w swoim pokoju. Jednakże zbyt duża liczba przedmiotów, która powodowałaby zagracenie pomieszczenia, jest niedopuszczalna; przedmioty wielkogabarytowe są także deponowane. Cudzoziemcom daje się możliwość dysponowania swoimi środkami pieniężnymi znajdującymi się w depozycie.

W celu dokonania zakupów cudzoziemiec sporządza listę potrzebnych rzeczy, a następnie przekazuje ją depozytariuszowi. Zależnie od ośrodka zakupy są robione raz (Lesznowola, Kętrzyn) bądź kilka razy w tygodniu. Dzień przed zakupami cudzoziemiec wypełnia u dyżurnego funkcjonariusza formularz zakupów. Zabronione jest zamawianie alkoholu i przedmiotów niebezpiecznych. Nie jest też dopuszczalne posiadanie szklanych naczyń – po przełożeniu zawartości należy oddać szklane opakowania i puszki. Na podstawie paragonu, przedkładanego zamawiającemu, wydana suma jest odliczana z pieniędzy zdeponowanych przez cudzoziemca, co ten kwituje.

W ośrodkach są oddzielne bloki dla kobiet i mężczyzn oraz oddziały rodzinne. Kobiety z dziećmi oraz rodziny umieszcza się na oddziale rodzinnym. W Lesznowoli blok męski jest zamknięty z powodu remontu, w związku z czym ośrodek nie przyjmuje samotnych mężczyzn. W Kętrzynie póki co blok męski w ogóle nie funkcjonuje, gdyż nie spełnia wymogów odpowiednich przepisów – brakuje krat w oknach oraz osobnego ogrodzonego spacerniaka.

Możliwość kontaktu między kobietami i mężczyznami, niebędącymi osobami najbliższymi, w Białej Podlaskiej jest dopuszczalna w formie telefonicznej bądź korespondencyjnej. W Krośnie Odrzańskim oraz Białymstoku kobiety i mężczyźni mogą spotykać się na spacerach i wspólnych zajęciach, w Lesznowoli – po wydaniu indywidualnej zgody przez kierownika. Z kolei w Przemyślu nie ma możliwości, aby mężczyźni i kobiety niebędący rodziną kontaktowali się ze sobą – bez

względu na czas i sposób kontaktu. Powoduje to, że osoby nie z najbliższej rodziny, a będące dla siebie osobami bliskimi, np. bezdzietni narzeczeni czy kuzynostwo, są stale odseparowane od siebie. Może to trwać nawet do 12 miesięcy. (W tym miejscu warto zwrócić uwagę na kulturowo inną, niż w Polsce, definicję bliskiej rodziny niektórych cudzoziemców – według tej definicji do bliskiej rodziny zalicza się także dalszych krewnych). Trudno znaleźć uzasadnienie praktyczne, i prawne takiej praktyki, a tym bardziej uznać ją za humanitarną.

Przydział miejsc w pokojach na terenie ośrodków odbywa się według klucza rodzinnego, a w następnej kolejności według klucza etniczno-narodowościowego. Lokatorów dobiera się tak, aby zminimalizować możliwość wystąpienia między nimi konfliktów. Na blokach żeńskich, gdzie są oddziały rodzinne, zdarza się na życzenie cudzoziemca odstępować od klucza rodzinnego (np. w sytuacji, gdy żona nie chce być zakwaterowana z mężem ze względu na stosowanie przez niego przemocy).

W Przemyślu na bloku męskim dwa pomieszczenia z osobnymi łazienkami są wydzielone dla małoletnich bez opieki. Małoletni mają kontakt z dorosłymi, gdyż przechodzą przez wspólny z blokiem męskim korytarz, by dojść do swoich pomieszczeń. Ponadto razem z dorosłymi chodzą na posiłki. W Krośnie Odrzańskim dla małoletnich bez opieki jest wydzielone odrębne pomieszczenie na bloku żeńskim. Należy pamiętać, że z art. 115 ust. 3 ustawy o cudzoziemcach wynika obowiązek umieszczenia małoletniego bez opieki w wyodrębnionej części ośrodka w sposób uniemożliwiający mu kontakt z przebywającymi tam osobami dorosłymi. W opisanych przypadkach przepisy te nie są przestrzegane. Warto jeszcze zwrócić uwagę na sytuację, gdy w OSC przebywa tylko jeden małoletni. Wówczas przestrzeganie przepisu o izolacji wobec pozostałych cudzoziemców w konsekwencji spowoduje jego całkowite odosobnienie i pozbawi go kontaktu z innymi ludźmi (za wyjątkiem pracowników SG), co dla „chronionej" prawem młodej osoby może być przeżyciem traumatyzującym. W ośrodku w Przemyślu funkcjonariusze SG opowiadali, że pewien czas temu przez rok przebywał u nich tylko jeden małoletni i – jak się wyrazili – „jeśli nie nagięliby przepisów, chłopiec chyba by zwariował". W przypadku, gdy małoletnich bez opieki jest niewielu w skali kraju, warto rozważyć możliwość umieszczenia ich wszystkich w jednym ośrodku tak, by izolacja od osób dorosłych nie oznaczała jednocześnie zupełnej izolacji i pozbawienia kontaktu z innymi ludźmi. W Kętrzynie, Białymstoku, Białej Podlaskiej i Lesznowoli nie przebywają małoletni bez opieki, co uzasadniano brakiem przystosowanych pomieszczeń.

Należy także zwrócić uwagę na praktykę ustanawiania funkcjonariuszy SG (Wydziału ds. Cudzoziemców) przedstawicielami ustawowymi małoletnich bez opieki. W takiej sytuacji przedstawicielem małoletniego, np. w sprawie o wydalenie, będzie reprezentant służby popierającej wniosek i to wydalenie realizującej, co stanowi oczywisty i jawny konflikt interesów.

W wizytowanych placówkach pokoje mieszkalne są otwarte w ciągu dnia i w nocy. Cudzoziemcy mają swobodę w przemieszczaniu się po wydzielonym oddziale. Ponadto w czasie wolnym mogą korzystać z biblioteki, gier świetlicowych i sprzętu sportowo-rekreacyjnego. W Kętrzynie, oprócz niewielkich zbiorów sekcji edukacyjnej, do dyspozycji cudzoziemców oddano katalogi książkowe Oddziału SG. Krosno Odrzańskie, w odróżnieniu od innych ośrodków, posiada tylko książki w języku polskim. W Kętrzynie dodatkowo zatroszczono się o zorganizowanie niedużej, skromnej siłowni. Aby z niej skorzystać, należy zgłosić to wartownikowi, który po przekazaniu kierownikowi zmiany informacji na temat liczby chętnych, odprowadza cudzoziemców do sali ćwiczeń. Nie ma sztywnego limitu czasowego do korzystania z siłowni. Sprzęt sportowy jest wydawany na czas spacerów. Sprzęt typu piłkarzyki i ping pong jest dostępny w świetlicy cały czas. Szachy i piłeczki do ping ponga wydają funkcjonariusze w dyżurkach.

W każdym z ośrodków do dyspozycji cudzoziemców oddano świetlice, gdzie można spędzać czas wolny grając w gry świetlicowe (bez limitu czasowego) lub oglądając telewizję czy filmy DVD. Zapewniono także dostęp do telewizji satelitarnej i kanałów niepolskojęzycznych. Cudzoziemcy nie mogą posiadać sprzętu audio-wideo we własnych pomieszczeniach, co w naszej opinii jest rozwiązaniem zbyt restrykcyjnym i niezrozumiałym.

Dodatkowo, w ośrodkach funkcjonują sekcje dydaktyczno-wychowawcze, w ramachktórych są organizowane specjalne zajęcia dla dzieci i młodzieży[33]. Według relacji cudzoziemców, w dniu wizytacji w Przemyślu zajęcia jednak nie odbywały się. Funkcjonariuszka SG wyjaśniła, że sekcja dydaktyczna w tym ośrodku liczy trzy osoby. W dniu wizyty jedna z nich przebywała na urlopie macierzyńskim, a druga była nieobecna z powodu szkoleń. W ośrodkach sekcje dydaktyczno-wychowawcze prowadzą dla dzieci zajęcia takie jak nauka polskiego oraz podstaw wiedzy o Polsce, rysunek, gry i zabawy świetlicowe. W ośrodku w Białymstoku rodzice chcieliby dla swoich dzieci prawdziwej szkoły i edukacji. Z uzyskanych informacji wynika, że w ośrodkach strzeżonych dla cudzoziemców nie przewiduje się żadnych zajęć prowadzonych przez osoby z zewnątrz – wyjątkiem jest ośrodek Białej Podlaskiej, gdzie dzieci są uczone przez nauczycieli z pobliskich szkół. Sekcje dydaktyczno-wychowawcze w niektórych ośrodkach organizują też, obok zajęć dla dzieci, zajęcia dla dorosłych (najczęściej jest to język polski i wiedza o Polsce), choć cudzoziemcy nie zawsze z nich korzystają.

[33] Zajęcia są prowadzone w oparciu o Podstawę Programową Wychowania Przedszkolnego dla Przedszkoli, Oddziałów Przedszkolnych w Szkołach Podstawowych oraz innych form wychowania przedszkolnego (Dz. U. z dn. 15 stycznia 2009 r., Nr 4, poz. 17) oraz o Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2007 r. w sprawie Ramowego Kursu Nauki Języka Polskiego dla Uchodźców (Dz. U. z 2007 r., Nr 35, poz. 221) z uwzględnieniem różnic kulturowych.

W ośrodkach strzeżonych reżim obowiązujący dorosłych nie różni się od tego dotyczącego dzieci – poza jednym wyjątkiem: dzieci mają dostęp do zajęć specjalnych. Oddano także do ich dyspozycji place zabaw. W Przemyślu plac zabaw jest jednak zaniedbany (w piaskownicy rosną półmetrowe chwasty), a w Lesznowoli miejsce do zabawy praktycznie nie istnieje (uzyskano informację, że sprzęt został „czasowo zdemontowany"). Z infrastruktury na zewnątrz dzieci mogą korzystać tylko w czasie spacerów, które przysługują im w takim samym wymiarze, jak dorosłym, w zależności od ośrodka, raz lub dwa razy dziennie. Oznacza to, że dzieci mają ściśle limitowany czas przeznaczony na aktywność ruchową na świeżym powietrzu. Małoletni, dla których przebywanie na ograniczonej przestrzeni, w zamkniętych pomieszczeniach jest szczególnie uciążliwe, są traktowani jak osoby skazane prawomocnym wyrokiem za przestępstwo karne i mogą się cieszyć namiastką wolności jedynie przez 60 minut dziennie. W niektóre dni, np. w czasie deszczu, cudzoziemcy nie korzystają ze spacerów wcale. Ta sytuacja dotyczy również dzieci. W Krośnie Odrzańskim czy Kętrzynie dzieci mogą korzystać ze spacerów częściej niż dorośli, jednak w pierwszym ośrodku w trakcie wizyty monitoringowej nie było zakwaterowanych żadnych dzieci. Konwencja o prawach dziecka[34] zawiera katalog praw i wolności obejmujący prawa cywilne, socjalne, kulturalne, polityczne i z założenia w pewnym zakresie uwzględnia też prawa ekonomiczne (dziecko powinno się uczyć, a nie pracować). Wśród praw osobistych dziecka znajdziemy w Konwencji prawo do rozwoju, a także wolności. Wśród praw socjalnych i kulturalnych wymienia się prawa do ochrony zdrowia, wypoczynku i czasu wolnego, prawo do bezpłatnej i obowiązkowej nauki. Należy zauważyć, że wobec istniejącego stanu prawnego i faktycznego w Polsce w zakresie umieszczania dzieci w ośrodkach strzeżonych prawa te nie są w pełnym zakresie gwarantowane.

2.5. Ochrona zdrowia[35]

Zgodnie z ogólną zasadą cudzoziemiec przebywający w ośrodku strzeżonym ma prawo do korzystania z nieodpłatnej pomocy lekarskiej, jednak nie ma możliwości wyboru lekarza. Odstępstwo od tej reguły stosuje się, gdy w ośrodku pracuje dwóch lekarzy, jak np. w Lesznowoli, bądź cudzoziemiec jest gotowy zapłacić za leczenie.

W OSC w Przemyślu na stałe jest zatrudniona lekarka, która przyjmuje cudzoziemców codziennie w godz. 7:30-15:30 (z wyjątkiem sobót i niedziel). Po-

[34] *Convention on the Rights of the Child* – międzynarodowa konwencja przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 20 listopada 1989 r., ratyfikowana przez Polskę 7 lipca 1991 r. (Dz. U. z 1991 r., Nr 120, poz. 526).

[35] Część niniejszego rozdziału, dotyczącą dostępu do pomocy psychologicznej opracowała Maria Książak z Fundacji Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna.

siada specjalizację z pediatrii i leczenia chorób wewnętrznych. Lekarka ta deklaruje znajomość języka ukraińskiego, rosyjskiego i angielskiego. Pielęgniarki w ośrodku dyżurują codziennie do godziny 19.00 (także poza sobotami i niedzielami), jednak nie udało się ustalić, jakimi językami obcymi władają. W tym samym ośrodku nie odnotowano przypadku, aby cudzoziemiec domagał się korzystania z odpłatnej pomocy medycznej. W razie potrzeby, na wniosek lekarza, organizuje się konwój do szpitali w Przemyślu. W przypadkach nagłej hospitalizacji i przygotowania do zabiegów brakuje pomocy tłumacza; wówczas wzywa się pracownika SG, władającego językiem zrozumiałym dla cudzoziemca. Funkcjonariusze SG nie posiadają jednak przetłumaczonych na języki zrozumiałe dla cudzoziemców dokumentów umożliwiających im wyrażenie świadomej zgody na zabiegi (w trakcie monitoringu spotkaliśmy się z przypadkiem, gdy cudzoziemiec przyznawał, że nie był świadom, na jakiego rodzaju zabieg się zgodził). W dniu 13 maja 2010 roku jedna z osadzonych cudzoziemek została przewieziona do szpitala, w którym urodziła dziecko. Nie znaleźliśmy jednak żadnych informacji świadczących o tym, że później, w ośrodku, odwiedzała ją położną.

W ośrodkach w Kętrzynie, Krośnie Odrzańskim oraz Białymstoku sytuacja jest szczególnie trudna. W Krośnie Odrzańskim cudzoziemcami opiekuje się lekarz Oddziału Straży Granicznej (mówiący dobrze po rosyjsku), który jest wzywany w razie konieczności, gdyż sprawuje także opiekę medyczną nad około 500 funkcjonariuszami. W pozostałych dwóch ośrodkach również nie ma wyznaczonych regularnych godzin przyjęć czy dyżurów dla cudzoziemców, a lekarz oddziałowy SG przyjmuje osadzonych w miarę potrzeb. W każdym z tych ośrodków pielęgniarki oddziałowe mówią tylko po polsku. Taki system nie wydaje się być właściwym rozwiązaniem z punktu widzenia dostępności opieki medycznej dla cudzoziemców. Tak duże obciążenie personelu medycznego, mającego pod swoją opieką cudzoziemców i pracowników SG, nasuwa pytanie: kto zostanie przyjęty przez lekarza w pierwszej kolejności – funkcjonariusz czy osadzony? W przypadku konieczności skorzystania z leczenia u specjalisty, na wniosek lekarza cudzoziemiec jest przewożony do szpitala rejonowego. Podczas zabiegów przeprowadzanych w szpitalu brakuje asysty tłumacza, zaś wszelkie dokumenty, które podpisuje cudzoziemiec, są w wersji polskiej (w tym także te dotyczące świadomej zgody na zabieg).

W OSC w Lesznowoli regularnie dyżuruje dwoje lekarzy (kobieta i mężczyzna) o specjalności pediatra oraz lekarz rodzinny. Każdy z nich przyjmuje pacjentów raz w tygodniu przez cztery godziny, w sumie zatem odbywają się dwa dyżury tygodniowo. W dni robocze, w ośrodku dyżurują pielęgniarki (ratownik medyczny oraz położna), porozumiewające się w języku rosyjskim w stopniu komunikatywnym. Stan zdrowia osadzonych jest na bieżąco kontrolowany przez personel medyczny, który prowadzi także kalendarz szczepień. W przypadku konieczności wizyty u specjalisty cudzoziemiec jest kierowany do jednego

ze szpitali: w Grójcu, Radomiu, a nawet w Warszawie. Na życzenie cudzoziemca organizuje się asystę tłumacza (w jednym wypadku zdarzyło się, że za zgodą kierownika, w trakcie zabiegów, był obecny tłumacz przysięgły).

W Białej Podlaskiej na stałe jest zatrudniony lekarz, mówiący po angielsku i rosyjsku. Jest on specjalistą medycyny rodzinnej, a w razie potrzeby dokonuje także konsultacji pediatrycznej. Ponadto na terenie ośrodka przez cały tydzień przyjmują pielęgniarki, porozumiewające się w języku rosyjskim, angielskim, niemieckim oraz migowym. Na wizyty specjalistyczne cudzoziemcy są kierowani do szpitala w Białej Podlaskiej. Na czas wizyty zapewnia im się pomoc tłumacza, zaś formularze zgody na dokonanie zabiegów są przetłumaczone na język zrozumiały dla cudzoziemca. Funkcjonowanie opieki zdrowotnej w OSC w Białej Podlaskiej jest godne pochwały i powinno stanowić wzór dla innych placówek.

Odnosząc się do najważniejszych problemów psychologicznych cudzoziemców przebywających w ośrodkach strzeżonych, najbardziej niepokojący jest wpływ, jaki wywiera na ich zdrowie psychiczne umieszczenie w placówce zamkniętej. Ma on szczególnie duże znaczenie w przypadku dzieci, kobiet w ciąży, matek oddzielonych od swych małoletnich dzieci, małoletnich dzieci bez opieki, osób niepełnosprawnych, a także osób, które doświadczyły wcześniejszych urazów związanych z wojną, nieludzkim traktowaniem i torturami. Wydaje się ogromnym nieporozumieniem, że pod pojęciem niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia (stanowiącego zgodnie z art. 107 ust. 1 pkt 2 ustawy o cudzoziemcach ustawową przesłankę zwolnienia cudzoziemca z ośrodka strzeżonego), w praktyce nie rozumie się zagrożenia życia lub zdrowia psychicznego osób przebywających w ośrodkach.

Niepokojący jest też brak jakiegokolwiek mechanizmu identyfikacji osób należących do wyżej wymienionych grup cudzoziemców o szczególnych potrzebach. W ich przypadku przypominające więzienie warunki osadzenia (kraty w oknach, druty kolczaste, wysokie mury więzienne, opisywany powyżej specyficzny reżim zamkniętej placówki) połączone z ograniczaniem możliwości dostępu do terapii oraz edukacji łamią w sposób oczywisty ich podstawowe prawa. Jednocześnie mogą stać się źródłem traumatyzacji. Funkcjonariusze SG, kierujący wniosek o umieszczenie cudzoziemca w ośrodku strzeżonym, nie są przeszkoleni w zakresie identyfikacji osób, w przypadku których przebywanie w takim reżimie jest niedopuszczalne. Takiej wiedzy brakuje także sędziom decydującym o umieszczeniu czy zwolnieniu z placówki. Przed wydaniem orzeczenia nie zlecają oni specjalistycznych badań psychologicznych pod tym kątem.

Wydaje się, że w Polsce nie ma żadnej procedury identyfikacji cudzoziemców o szczególnych potrzebach, która dawałaby im możliwość dostępu do pomocy, jakiej potrzebują. W ośrodkach strzeżonych procedura przyjęcia nowej osoby przewiduje najczęściej ocenę stanu jej zdrowia jedynie przez lekarza SG.

Nie ma jednak praktyki prowadzenia konsultacji psychologicznej lub psychiatrycznej w celu zaopiniowania, czy nie ma przeciwwskazań dotyczących detencji ze względu na wiek, szczególną sytuację rodzinną[36] lub stan psychiczny badanego. W przypadku umieszczenia takich osób w ośrodku pozostaje im więc długa i często nieefektywna procedura mająca na celu uzyskania w postępowaniu sądowym zwolnienia z ośrodka. Przy czym dostęp do pomocy w tym zakresie jest bardzo ograniczony – dostęp do organizacji pozarządowych kończy się najczęściej na poradzie prawnej (a i o nią nie jest łatwo) i nie rozszerza się na interwencję czy konsultację psychologiczną. Dopóki w Polsce nie zostanie wprowadzony system identyfikacji osób i rodzin należących do grup o szczególnych potrzebach przed podjęciem decyzji o ich ewentualnym umieszczaniu w ośrodkach strzeżonych, wydaje się uzasadnione, by organizacje pozarządowe udzielały osadzonym cudzoziemcom nie tylko sporadycznych konsultacji w zakresie ich praw związanych z procedurą azylową bądź odwoławczą, lecz również w zakresie specjalistycznych konsultacji i badań psychologicznych. Ich celem byłoby poradnictwo dotyczące życia w zamknięciu, a w niektórych przypadkach także wsparcie w uzyskaniu możliwości zwolnienia tych osób, dla których pobyt w ośrodkach jest szczególnie destrukcyjny ze względu na ich stan zdrowia lub stan zdrowia ich małoletnich dzieci. Powyższe problemy potwierdzają konkretne przypadki.

W OSC w Przemyślu przebywała rodzina ubiegająca się o nadanie statusu uchodźcy – ojciec z dwójką dzieci w wieku 3 i 6 lat. Ich matka została zwolniona kilka miesięcy wcześniej i przewieziona początkowo do szpitala w Rzeszowie, po czym umieszczona w ośrodku dla uchodźców w Warszawie (ze względu na bardzo ciężki stan zdrowia, powodujący konieczność dalszej inwazyjnej diagnostyki oraz leczenia w stołecznych szpitalach). Ze względu na rolę przypisaną ojcom w kulturze czeczeńskiej, mężczyzna ten nigdy wcześniej nie sprawował ciągłej opieki nad małymi dziećmi i nie zajmował się ich codzienną pielęgnacją. Należy dodać, że młodsze dziecko było opóźnione w rozwoju (co potwierdza orzeczenie o niepełnosprawności wydane w Federacji Rosyjskiej) i przed przybyciem do Polski pozostawało pod stałą opieką poradni neurologicznej. Dziecko to wymagało szczególnej troski i przede wszystkim zapewnienia poczucia bezpieczeństwa.

W czasie przeprowadzonych przez psychologa badań diagnostycznych i wywiadu okazało się, że opiekujący się nimi ojciec sam cierpi na syndrom stresu pourazowego (PTSD), zaburzenia snu i depresję, natomiast stan zdrowia dwójki dzieci wskazuje na niepokojąco silne objawy stresu związanego z separacją od matki i pobytem w ośrodku zamkniętym. Ponadto w czasie późniejszych

[36] Do takiej sytuacji należałoby zaliczyć rozdzielenie rodziny i/lub oddzielenie rodzica od małoletniego dziecka na skutek umieszczenia jednego z nich w placówce zamkniętej.

spotkań z matką zarówno psycholog, jak i badający kobietę psychiatra z Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA stwierdzili, że poza ciężką chorobą somatyczną cierpi ona na depresję spowodowaną separacją z rodziną i bezustannie martwi się stanem zdrowia swoich dzieci. Wysłany do Sądu Rejonowego w Przemyślu wniosek o natychmiastowe zwolnienie dzieci i ojca z powodu złego stanu psychicznego został odrzucony, pomimo przeprowadzenia przez psychologa dokładnego badania i sporządzenia opinii psychologicznej o każdym z członków tej rodziny. Dopiero po kilku miesiącach Sąd Okręgowy w Warszawie wydał postanowienie o zwolnieniu dzieci wraz z ojcem z ośrodka, umożliwiając połączenie rodziny.

Warto jednak dodać, że zwolnieni z ośrodka strzeżonego ojciec i dwoje małych dzieci nie otrzymali biletów na przejazd do Warszawy ani żadnych środków pieniężnych na ich zakupienie – depozyt, który miał do dyspozycji ojciec w dniu zwolnienia, wynosił 11 zł. W rezultacie cała trójka została zatrzymana i wysadzona z pociągu w połowie drogi do Warszawy. Podróż rodziny trwała dwie doby i była bardzo wyczerpująca dla dzieci. Od ośrodka strzeżonego uzyskaliśmy informację, że SG nie ma obowiązku pokrywania kosztów podróży osób zwalnianych z OSC. Z kolei Urząd do Spraw Cudzoziemców także nie mógł pokryć kosztów podróży osób, które jeszcze nie wystąpiły o pomoc socjalną.

Nie sposób prześledzić wszystkich sytuacji związanych z rozdzielaniem dzieci i matek[37]. Rodzice dzieci, z którymi prowadzono rozmowy podczas monitoringu, pracownicy sekcji edukacyjnych oraz niektórzy lekarze i pracownicy SG informowali, że dla wielu dzieci przebywanie w ośrodku strzeżonym jest bardzo trudnym i niezmiernie stresującym doświadczeniem. Dzieci są niespokojne, występują u nich symptomy narastającego stresu, w tym moczenie dzienne i nocne, często płaczą, budzą się z krzykiem w nocy i nie mogą się uspokoić, częściej bywają agresywne wobec rówieśników.

Stan sześcioletniej dziewczynki z Gruzji, badanej przez psychologa podczas monitoringu OSC w Przemyślu, był bardzo poważny. Była ona nadmiernie pobudzona, nieposłuszna, agresywna wobec innych dzieci, przejawiała zachowania

[37] Przed rozpoczęciem monitoringu Fundacja Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna zaangażowała się także w sprawę kobiety zawróconej wraz z dziećmi z Niemiec. Uciekła ona do tego kraju, ukrywając się przed rodziną męża, która starała się porwać i uprowadzić jej dzieci (pomimo decyzji sądu rosyjskiego przyznającego matce prawo wyłącznej opieki nad nimi). W Niemczech kobieta miała zapewnione mieszkanie chronione. Po decyzji o zawróceniu jej do Polski (w ramach rozporządzenia Dublin II) okazało się, że w Polsce nie są dostępne mieszkania chronione dla kobiet w podobnej sytuacji. Kobieta i jej dzieci były więc przetrzymywane w ośrodku SG w Krośnie, ponieważ nie było innego miejsca na terenie RP, gdzie rodzina mogłaby mieszkać bezpiecznie.

Natomiast w czasie monitoringu w bloku rodzinnym w OSC w Przemyślu przebywała matka z dwójką małych dzieci zawrócona z Norwegii. Jej mąż i ojciec dzieci otrzymał w tym kraju status uchodźcy, pomimo tego rodzina nie została połączona, a zawróconą matkę z dziećmi umieszczono w placówce zamkniętej.

świadczące o początkach psychozy: często nieadekwatnie do sytuacji reagowała silnym i długotrwałym śmiechem, w innych momentach płakała nie mogąc się opanować. Ponadto moczyła się w dzień i w nocy, często płakała, miała koszmary nocne, często krzyczała, „*ja tu nie chcę być, chcę stąd wyjść*", wskakiwała na meble, szarpała kraty w oknach. Matka nie otrzymywała pampersów, pomimo zgłoszenia, że dziecko zaczęło się moczyć. Niemożność nadążenia z praniem ciągle mokrego ubrania dziewczynki najprawdopodobniej doprowadziła do infekcji dolnych dróg moczowych oraz wysokiej gorączki. Do tej infekcji wkrótce dołączyły inne, takie jak: zapalenie zębów, gardła oraz spojówek. Dziewczynka przez wiele dni cierpiała w wyniku silnego bólu zębów, nie otrzymała jednak odpowiedniej pomocy medycznej w zakresie leczenia stomatologicznego. Wprawdzie została zaprowadzona do gabinetu dentystycznego, ale bała się tak bardzo, że odmawiała otworzenia ust i poddania się leczeniu. Pomimo przeprowadzenia badania, szczegółowego opisania sytuacji i skierowania do Sądu Rejonowego w Przemyślu sporządzonej przez psychologa opinii wraz z wnioskiem o zwolnienie dziecka i matki z ośrodka strzeżonego, sąd postanowił przedłużyć ich pobyt w placówce detencyjnej.

Inna badana kobieta przebywała w ośrodku w Białej Podlaskiej. Zdiagnozowano u niej PTSD. Wpadała w panikę budząc się każdego ranka i widząc kraty, miała trudności z oddychaniem. Dopiero w kilka miesięcy po interwencji wraz ze swoim mężem i dziećmi została zwolniona z ośrodka i otrzymała pobyt tolerowany. Jej dwoje dzieci z powodu braku dostępu do edukacji w czasie pobytu w ośrodku musiało powtarzać klasy.

Powyżej przytoczone przypadki dowodzą, że pobyt w ośrodkach strzeżonych dzieci i ofiar zdarzeń traumatycznych powoduje u nich niczym nieuzasadnione cierpienie. We wszystkich odwiedzanych placówkach cudzoziemcy teoretycznie mieli dostęp do psychologa. Jednak w każdym przypadku był on pracownikiem SG, co znacznie ograniczało zaufanie cudzoziemców. Ponadto była to osoba zatrudniona w celu rekrutacji, szkoleń lub pracy z oficerami SG, której do długiej listy obowiązków dopisano kolejny – sprawowanie opieki nad cudzoziemcami (warto dodać, że kolejny obowiązek nie pociągał za sobą zwiększenia wynagrodzenia). Żaden z psychologów pracujących w ośrodkach SG nie został do tej roli należycie przygotowany i nie przeszedł odpowiednich szkoleń w zakresie pracy z osobami z innych kręgów kulturowych czy z ofiarami konfliktów zbrojnych. Pracę psychologów ogranicza również fakt, że większość z nich nie posługuje się biegle językiem cudzoziemców, w związku z czym prawie każda rozmowa i konsultacja wiąże się z koniecznością wezwania tłumacza. Angażowani w pracę tłumacze często są również pracownikami SG, co jest niezgodne z zasadami etyki i poufności pracy psychologa. Żaden z tłumaczy rozmów i konsultacji psychologicznych nie przeszedł szkoleń dotyczących tłumaczenia dla służby zdrowia i tłumaczenia procesu konsultacji i terapii psychologicznej. Wyżej wy-

mienione ograniczenia sprawiają, że pomoc psychologiczna, którą objęci są cudzoziemcy przebywający w ośrodkach strzeżonych, w praktyce ogranicza się do sporadycznych i doraźnych interwencji.

Cudzoziemcy, umieszczani w ośrodkach na czas określony przez sąd, uznają pobyt w tej placówce za rodzaj kary za popełnienie wykroczenia (głównie nielegalnego przekroczenia granicy lub nielegalnego pobytu w Polsce). Nie rozumieją więc dlaczego ta kara jest przedłużana. Powoduje to u nich frustrację, a zbyt długie zamkniecie w ośrodku deportacyjnym jest głównym powodem niezadowolenia, a czasem buntów i głodówek.

Problemem jest także praktyka wydawania i przekazywania decyzji o przedłużeniu pobytu w ośrodku strzeżonym o kolejne trzy miesiące. Odbywa się to przeważnie w ostatnim dniu, a nierzadko w ostatnich minutach przed terminem zwolnienia z ośrodka. Ten zwyczaj powoduje ogromny stres cudzoziemców i rodzi znaczne problemy psychologiczne. Osoby w tym dniu są już spakowane i gotowe do wyjścia; ich dzieci również. Tymczasem po przekazaniu informacji o przedłużeniu ich pobytu, muszą same poradzić sobie z zaakceptowaniem tej decyzji i w odpowiedni sposób przekazać ją swoim dzieciom. Z pracy Fundacji Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna wynika, że psycholodzy wielokrotnie byli zmuszeni prowadzić konsultacje interwencyjne przez telefon wobec osób, które były w ostrym stanie kryzysu psychicznego wywołanym informacją o przedłużeniu pobytu w ośrodku przekazaną w ostatnim dniu przed terminem zwolnienia określonym wyrokiem sądu. Większość osób płakała, krzyczała, dwie miały myśli samobójcze. Wszystkim bardzo trudno było zaakceptować decyzję o pozostaniu w ośrodku, jak również znaleźć w sobie siłę, by tę trudną informację przekazać swej rodzinie i swoim dzieciom. Jako przykład można podać cudzoziemca umieszczonego w OSC w Przemyślu, który po otrzymaniu informacji o przedłużeniu pobytu w tej placówce, przekazanej w ostatniej chwili przed zwolnieniem, wpadł w stan takiego pobudzenia emocjonalnego i agresji, że funkcjonariusze byli zmuszeni zastosować wobec niego środki przymusu bezpośredniego. W konsekwencji został on później przeniesiony z ośrodka strzeżonego do aresztu deportacyjnego.

Zdecydowanie należy zmienić tę praktykę. Jeśli dalsze zatrzymanie cudzoziemców jest konieczne, należy występować wcześniej do sądu z wnioskiem o przedłużenie zatrzymania, a informację o wydanym przez sąd orzeczeniu doręczać cudzoziemcom co najmniej na kilka dni przed upływem terminu zakończenia poprzedniego postanowienia, by nie robić im złudnej nadziei na zwolnienie. Wskazane jest, aby informację taką przekazał w języku zrozumiałym dla cudzoziemca pracownik SG w asyście psychologa (lub sam psycholog SG). Najwłaściwszą praktyką byłoby przekazywanie takiej decyzji całej rodzinie jednocześnie, a nie jednej osobie, która musi potem dodatkowo zmierzyć się z trudną rolą osoby informującej pozostałych członków rodziny.

2.6. Edukacja

Artykuł 15 ust. 1 ustawy o systemie oświaty[38] nakłada na osoby, które nie ukończyły 18 roku życia, obowiązek nauki. Składa się on z dwóch elementów: obowiązku szkolnego, trwającego do czasu ukończenia gimnazjum, czyli nauki w formie instytucjonalnej w szkole podstawowej lub gimnazjum (art. 15 ust. 5 ustawy) oraz obowiązku uczenia się po ukończeniu gimnazjum, a przed ukończeniem 18 roku życia. Obowiązek ten może być realizowany w różnych formach: uczęszczania do szkoły ponadgimnazjalnej lub innej placówki edukacyjnej, albo poprzez uczęszczanie na zajęcia innego typu, czy realizowanie przygotowania zawodowego (art. 16 ust. 5a ustawy). Przepisy ustawy wyszczególniają też obowiązek szkolny, który rozpoczyna się z początkiem roku szkolnego w tym roku kalendarzowym, w którym dziecko ukończy 7 rok życia (art. 15 ust. 2 ustawy) i trwa do ukończenia gimnazjum, nie dłużej jednak niż do ukończenia 18 roku życia.

Należy podkreślić, że obowiązkowi szkolnemu podlegają wszystkie dzieci we wskazanym powyżej wieku, przebywające na terytorium RP, niezależnie od ich statusu prawnego, także cudzoziemcy – niezależnie od tego nawet, czy są w Polsce legalnie, czy też nielegalnie. Wynika to w pierwszym rzędzie z art. 70 ust. 1 Konstytucji RP, gwarantującemu każdemu prawo do nauki oraz określającemu, że nauka jest obowiązkowa do 18 roku życia. Sformułowanie „każdy" oznacza także nie-obywatela polskiego, przebywającego na terytorium naszego kraju. Prawo do nauki oznacza, że nikomu, kto chce się uczyć, a nie ukończył 18 roku życia, nie wolno odmówić tego prawa, a na organach państwa ciąży obowiązek stworzenia odpowiednich ku temu warunków. Powodem odmowy nie może zatem być nieznajomość języka polskiego lub umieszczenie w ośrodku strzeżonym.

Tymczasem po przeprowadzeniu monitoringu nasuwa się jednoznaczny wniosek, że prawo do edukacji na terenie ośrodków strzeżonych nie jest praktycznie realizowane. Zarówno sami cudzoziemcy, których dzieciom nierzadko przychodzi spędzać w zamknięciu 12 miesięcy, jak i funkcjonariusze SG otwarcie przyznają, że w kwestii edukacji dzieci i młodzieży państwo polskie nie wywiązuje się ze swoich obowiązków. Działania sekcji edukacyjnych, funkcjonujących we wszystkich ośrodkach, nie są w stanie z oczywistych względów zastąpić edukacji szkolnej. Prawie we wszystkich ośrodkach to funkcjonariusze tej sekcji prowadzą dobrowolne zajęcia dla dzieci i dorosłych (wiedza o Polsce, zajęcia językowe). W pięciu na sześć funkcjonujących ośrodków osoby objęte prawem do edukacji lub prawem do nauki nie mają możliwości korzystania z nich.

[38] Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r., Nr 256, poz. 2572 ze zm.).

Nie organizuje się żadnych zajęć szkolnych. Placówki nie są w żaden sposób przygotowane do zapewnienia dzieciom i młodzieży prawa do edukacji stosownie do wymogów ustawy o systemie oświaty, a dotychczas nie rozważano możliwości, by organizować zajęcia dla osadzonych w szkołach powszechnych.

Jedynie OSC w Białej Podlaskiej przyjął rozwiązanie w postaci zawarcia umowy z okoliczną szkołą. Nauczyciele z placówek zewnętrznych mają prawo wejścia na teren ośrodka, gdyż od września 2010 roku zamiast pracowników sekcji edukacyjnej, za kształcenie cudzoziemców odpowiadają nauczyciele trzech szkół różnego szczebla (szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum)[39]. Ten pozytywny przykład nie jest jednak w stanie zmienić obrazu wszystkich pozostałych ośrodków, który jest negatywny i powinien zmusić do refleksji nad stworzeniem takich rozwiązań prawnych, które zagwarantują dzieciom-cudzoziemcom pełny dostęp do edukacji, zgodnie z Konstytucją RP i ustawą o systemie oświaty. Obecna sytuacja świadczy bowiem o niewydolności naszego państwa w obszarze tak ważnym jak przestrzeganie praw dziecka. Ten stan rzeczy jest niezależny od kierowników ośrodków, które wizytowaliśmy, a jego rozwiązanie musi się dokonać na poziomie ustawodawczym.

3. Podsumowanie i rekomendacje

Podsumowując wyniki przeprowadzonego monitoringu, warto odnieść się do ustaleń wcześniejszych badań prowadzonych w tym zakresie przez inne organizacje[40]. Niestety okazuje się, że bardzo wiele z postulatów powtarzanych od lat przez organizacje pozarządowe do dziś nie zostało wprowadzonych w praktyce. Dotyczy to kwestii utrudnień w porozumiewaniu się cudzoziemców z pracownikami ośrodków z powodu ich bardzo słabej znajomości języków obcych czy braku właściwego informowania osadzonych o przysługujących im prawach i możliwościach ubiegania się o zwolnienie z placówki zamkniętej. Tak jak my, także autorzy wcześniejszych raportów zwracali uwagę na ograniczoną aktywność cudzoziemców i niewielkie urozmaicenie sposobów spędzania przez nich czasu wolnego, a także na zły stan i niedoposażenie obiektów, w których

[39] Na marginesie należy nadmienić, że nowy system został uruchomiony we wrześniu 2010 r. Wizyta zespołu monitoringowego miała miejsce 2.09.2010 r., więc niemożliwym było ocenienie, jak system ten sprawdzi się w praktyce i jak jest oceniany przez cudzoziemców, a także na ile spełnia przepisy w zakresie dostępu do edukacji. Należy docenić starania OSC w Białej Podlaskiej, który jako pierwszy i na razie jedyny stara się wyjść naprzeciw potrzebom dzieci oraz obowiązkom zawartym w przepisach. Tym nie mniej wydaje się, że rozwiązaniem docelowym powinno być umożliwienie dzieciom nauki w systemie otwartym, razem z polskimi dziećmi.

[40] *Projekt sprawozdania Komisji Wolności Obywatelskich…*, str. 22; *Report on detention of asylum seekers…*, str. 7 i nast.; K. Zdybska, *Ocena ogólna wizytowanych placówek…,* str. 93 i nast.

przebywają osadzeni. Podnoszono także zalecenia odnośnie zakazu umieszczania w placówkach detencyjnych małoletnich dzieci i kobiet w ciąży, jak również zapewnienie wszystkim osadzonym dostępu do właściwej pomocy medycznej, w tym psychologicznej. W zasadzie wszystkie te rekomendacje pozostają do dziś aktualne.

Zagadnienie pozbawiania cudzoziemców wolności w przypadku, gdy nie popełnili żadnego przestępstwa, jest szczególnie delikatne i wymaga opracowania bardzo przemyślanego, sprawnego systemu, ograniczającego do minimum niedogodności związane z ich pobytem w zamknięciu. Przeprowadzony monitoring pokazuje, że należy szybko wprowadzić istotne zmiany w funkcjonowaniu ośrodków strzeżonych dla cudzoziemców, szczególnie w zakresie umieszczenia w nich małoletnich i to nie tylko tych bez opieki, ale także posiadających opiekunów prawnych.

W ośrodkach dużym wyzwaniem jest rozwiązanie problemu **komunikacji**. Przede wszystkim jest niezbędne **podwyższanie kompetencji językowych funkcjonariuszy Straży Granicznej**, aby mogli porozumiewać się z osadzonymi cudzoziemcami przynajmniej w podstawowych językach (rosyjskim i angielskim). Ponadto należałoby zapewnić cudzoziemcom stały **dostęp do tłumaczy** – przede wszystkim na etapie przyjmowania cudzoziemców do ośrodka i wdrażania w obowiązujące ich zasady oraz przysługujące im prawa, jak również w kontakcie z lekarzami, a zwłaszcza z psychologami. Ważne jest także, by tłumacze medyczni nie byli funkcjonariuszami SG. Należy też przetłumaczyć na języki zrozumiałe dla cudzoziemców regulaminy pobytu w placówkach. Powinny być one stale dostępne dla osadzonych.

W kwestii kontaktu ze światem zewnętrznym należy znacznie **złagodzić** panujący obecnie **więzienny rygor pobytu** w ośrodku strzeżonym. Nie ma bowiem żadnego uzasadnienia dla ograniczenia cudzoziemcom możliwości dysponowania telefonami komórkowymi (nierejestrującymi obrazu i dźwięku) w przypadku, gdy do ich ciągłej dyspozycji jest niebędący na nasłuchu publiczny telefon na kartę. Cudzoziemcom powinno się ułatwić także dostęp do faksu, jak również stworzyć możliwość korzystania z internetu. Warto też rozszerzyć politykę informacyjną względem nich w zakresie możliwości korzystania z pomocy prawnej świadczonej przez prywatne kancelarie, a także zwiększyć możliwość kontaktu organizacji pozarządowych z osobami, które nie ubiegają się o nadanie statusu uchodźcy.

Ustawodawca traktuje cudzoziemców przebywających w ośrodkach strzeżonych w sposób bardzo zbliżony do postępowania wobec osób przebywających w więzieniach. Rygor panujący w ośrodku strzeżonym dotyczący rozkładu dnia, spacerów, komunikacji ze światem zewnętrznym, dostępu do opieki medycznej jest bardzo podobny do więziennego. Tymczasem sytuacja prawna tych dwóch grup jest diametralnie różna, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w prawach,

jakie przysługują tym dwóm grupom w czasie detencji. Jeszcze raz należy podkreślić, że cudzoziemcy nie zostali umieszczeni w placówkach zamkniętych za karę, a jedynie po to, by służyć ochronie bezpieczeństwa poprzez kontrolę miejsca ich pobytu. Dlatego niedogodności wynikające z izolacji powinny być minimalizowane.

Ponadto należy zauważyć, że ustawodawca wprowadził dwa rodzaje placówek detencyjnych dla cudzoziemców: areszt w celu wydalenia i ośrodek strzeżony. W zamyśle miały się one różnić od siebie reżimem i prawami osób w nich przebywających. Tymczasem w praktyce jest inaczej – rygor panujący w placówkach obu tych rodzajów nie różni się znacznie. Biorąc pod uwagę fakt, że mamy do czynienia z osobami, które nie popełniły przestępstwa i nie stwarzają zasadniczo zagrożenia dla bezpieczeństwa naszego państwa, takie ograniczenia jak limitowanie czasu spacerów, niemożność kontaktowania się kobiet i mężczyzn niebędących krewnymi nie znajdują żadnego racjonalnego uzasadnienia. Także kraty w oknach i inne więzienne rozwiązania architektoniczne powinny być ograniczane w sytuacji, gdy ośrodki są bardzo dobrze strzeżone i w rezultacie ucieczka z nich ze względu na zabezpieczenia zewnętrzne (wysokie mury, systemy monitoringu etc.) jest bardzo utrudniona.

Cudzoziemcom przebywającym w ośrodkach należy również **rozszerzyć ofertę zajęć w czasie wolnym**, tj. zajęć kulturalno-oświatowych czy rozrywkowych, umożliwić kontakty osób niespokrewnionych, w tym także innej płci, zapewnić stale otwarte pokoje i nieograniczony dostęp do spacerów. Wszystko to powinno pozytywnie wpłynąć na pobyt cudzoziemców w ośrodku, a w szczególności zmniejszyć traumatyczne doświadczenia związane z detencją. Takie warunki powinny również poprawić wzajemne relacje pomiędzy osadzonymi oraz osadzonymi i strażnikami. Należy także umożliwić organizowanie zajęć i innych aktywności na terenie ośrodków przez organizacje pozarządowe oraz inne instytucje działające poza strukturami SG. Tym bardziej, że takie programy funkcjonują nawet w więzieniach.

W kwestii **opieki zdrowotnej** zasadniczym problemem pozostaje komunikacja. Jak już wspomniano, podczas wizyt specjalistycznych **należy angażować profesjonalnych tłumaczy**. Konieczne jest także zatrudnienie lekarzy (w ośrodkach, w których nie są zatrudnieni na stałe), których zadaniem będzie opieka medyczna nad osadzonymi. Lekarze powinni mieć wyznaczone stałe godziny dyżurów w ośrodkach i w tym czasie być do dyspozycji jedynie cudzoziemców. Wybór lekarza powinien być uzależniony od tego czy zna on podstawowe języki obce (rosyjski i angielski). Kluczowe jest także **zapewnienie** w ośrodkach **odpowiedniej pomocy psychologicznej**. Psycholodzy powinni być przeszkoleni w pracy z osobami odmiennymi kulturowo, a także posiadać umiejętności pracy z ofiarami traum, tortur czy stresu pourazowego. Idealnie byłoby także, gdyby znali języki obce. W innych przypadkach cudzoziemcy powinni mieć za-

pewniony dostęp do tłumaczy. Oczywiście zarówno psycholodzy, jak i tłumacze powinni być przygotowani do współpracy podczas prowadzenia zespołowej interwencji na rzecz odmiennych kulturowo i ciężko doświadczonych pacjentów. Ważne jest też, by ani psycholodzy, ani pracujący z nimi tłumacze nie byli funkcjonariuszami Straży Granicznej. Dopóki nie zostanie wprowadzony zakaz umieszczania małoletnich w strzeżonych ośrodkach, potrzebni są też psycholodzy doświadczeni w zakresie terapii dzieci.

Prawdopodobnie w związku z brakiem odpowiedniej opieki lekarskiej oraz psychologicznej w ośrodkach, zwłaszcza w zakresie diagnostyki, rzadko zdarzają się sytuacje **zwalniania cudzoziemców z placówek detencyjnych ze względu na zły stan zdrowia**, co stanowi poważne naruszenie jednego z podstawowych praw przysługujących cudzoziemcom. Zgodnie z art. 107 ust. 1 pkt 2 ustawy o cudzoziemcach postanowienie o zwolnieniu cudzoziemca ze strzeżonego ośrodka lub aresztu w celu wydalenia wydaje się na wniosek cudzoziemca lub organu, któremu podlega strzeżony ośrodek w przypadku, gdy dalszy pobyt cudzoziemca w placówce detencyjnej stanowi zagrożenie dla jego zdrowia lub życia. Do wyjątków należą sytuacje, kiedy uprawniony do tego kierownik ośrodka strzeżonego występuje do właściwego sądu o zwolnienie cudzoziemca w związku z niepokojącym stanem zdrowia. Niezrozumiała jest także opieszałość sądów, kiedy wnioskują o to sami cudzoziemcy, w tym także w imieniu swoich dzieci, których poważny stan zdrowia zostaje potwierdzony niezależną opinią lekarską czy psychologiczną. Ta praktyka powinna jak najszybciej ulec zmianie.

Jak wskazano wcześniej, **zapewnienie prawa do edukacji** w szerokim zakresie należy do obowiązków państwa nie tylko względem jego obywateli, ale wszystkich osób znajdujących się na jego terytorium, co zresztą znajduje odzwierciedlenie w najważniejszych aktach prawnych, łącznie z przepisami konstytucyjnymi (o czym była mowa powyżej). Wyniki monitoringu są w tym zakresie zdecydowanie negatywne. Pokazują, że państwo polskie nie jest w stanie sprostać temu zadaniu względem cudzoziemców przebywających w ośrodkach strzeżonych. Warto zatem poważnie zastanowić się nad zasadnością praktyki umieszczania w ośrodkach strzeżonych dzieci i ich rodziców bądź prawnych opiekunów, skoro państwo polskie nie jest w stanie zapewnić osadzonym dzieciom podstawowych, konstytucyjnych praw związanych z dostępem do edukacji. Godne naśladowania wydaje się tu brytyjskie rozwiązanie, w którym zrezygnowano z umieszczania małoletnich w ośrodkach strzeżonych dla cudzoziemców[41].

[41] http://www.homeoffice.gov.uk/media-centre/news/family-returnshttp://www.guardian.co.uk/politics/2010/dec/16/nick-clegg-shameful-detention-children-end http://www.refugeecouncil.org.uk/news/archive/press/2010/december/16122010_end_child_detention_may

Należy poważnie **rozważyć generalny zakaz umieszczania dzieci w ośrodkach strzeżonych** także z innych względów. Jest to bowiem chyba jedynym przypadek, kiedy państwo polskie pozbawia wolności dzieci, które nie zrobiły nic, co usprawiedliwiałoby taką praktykę. Małoletni może spędzić w zamknięciu aż 12 miesięcy. I bez względu na to jak silnie będzie się niwelować ten fakt, nadal będzie to pozbawianie wolności dzieci. Jest to sprzeczne z międzynarodowymi zobowiązaniami, które przyjęła Polska podpisując Konwencję Praw Dziecka. Obecnie żaden z funkcjonujących ośrodków nie jest w najmniejszym stopniu przystosowany do tego, by mogły w nim przebywać dzieci. Dotyczy to zarówno rygoru, jak i panujących w nich warunków.

Niezbędnym minimum do natychmiastowego wprowadzenia – dopóki nie zostaną zmienione przepisy w sugerowanym przez nas zakresie – jest natychmiastowe zapisanie dzieci przebywających w ośrodkach do okolicznych szkół. Nie ma żadnych przeciwwskazań, by nie miały do nich uczęszczać na takich samych zasadach, jak dzieci, przebywające w otwartych ośrodkach dla uchodźców. Jeśli szkoła jest położona daleko, na Straży Granicznej ciąży obowiązek zorganizowania dzieciom transportu z ośrodka do szkoły.

Na tle innych ośrodków najgorzej podczas monitoringu wypadł Strzeżony Ośrodek w Przemyślu. Niezależnie od uwarunkowań prawnych, właśnie w nim obowiązuje najbardziej surowy rygor. To tam najtrudniejsza jest (pomimo posiadania regulaminu przetłumaczonego na 17 języków) zarówno komunikacja między osadzonymi a funkcjonariuszami, jak i kontakt pozbawionych wolności cudzoziemców ze światem zewnętrznym. Również z tego ośrodka dochodzą alarmujące sygnały nieodpowiedniej reakcji władz na zły stan zdrowia cudzoziemców. W związku z tym jest wskazane przeprowadzenie przez Komendę Główną Straży Granicznej wewnętrznej kontroli w tym ośrodku w celu sprawdzenia celowości stosowania w tej placówce tak surowych reguł wobec cudzoziemców, wyróżniających ją negatywnie na tle pozostałych ośrodków.

Mamy nadzieję, że nasze postulaty przyczynią się do wprowadzenia zmian, które pozwolą przede wszystkim zapewnić realizację podstawowych praw cudzoziemców. Proponowane przez nas rozwiązania powinny doprowadzić do zracjonalizowania regulacji systemowych i spowodować zmianę spojrzenia na sytuację cudzoziemców pozbawionych wolności, jak również przyczynić się do wprowadzenia zmian realnie poprawiających ich sytuację. Obecnie szczególnie pilne i kluczowe jest wprowadzenie zakazu umieszczania dzieci w ośrodkach strzeżonych. Nie sposób pogodzić tej niehumanitarnej praktyki z zasadami, jakimi powinno kierować się państwo prawa, dla którego dobro dziecka powinno być szczególnie ważne.

Noty o autorach

Dawid Cegiełka – prawnik, absolwent Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, aplikant adwokacki w Okręgowej Izbie Adwokackiej w Warszawie, członek założyciel i wieloletni pracownik Stowarzyszenia Interwencji Prawnej, gdzie od wielu lat udziela porad prawnych w Sekcji ds. Cudzoziemców, trener i szkoleniowiec.

Aleksandra Chrzanowska – absolwentka kulturoznawstwa na Uniwersytecie Warszawskim (praca magisterska pt.: *„Tożsamość kulturowa uchodźców czeczeńskich w Polsce"*). Przez rok pracowała jako tłumaczka w polskim przedstawicielstwie Fundacji Lekarze bez Granic (Médecins Sans Frontières) realizującej program pomocy psychologicznej dla osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy. Obecnie członkini zarządu Stowarzyszenia Interwencji Prawnej i koordynatorka Sekcji ds. Cudzoziemców, pracuje z przymusowymi migrantami jako tłumaczka i doradczyni międzykulturowa/integracyjna. Autorka publikacji z zakresu integracji uchodźców i wielokulturowości.

Sara Collantes – prawniczka specjalizująca się w prawie międzynarodowym oraz w prawie Unii Europejskiej. W ramach PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants) odpowiedzialna za pierwszy projekt dotyczący dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów w Europie współfinansowany przez Komisję Europejską. Następnie z ramienia Lekarzy Świata członkini zespołu koordynacyjnego w projekcie HUMA network. Autorka kilku raportów porównujących uwarunkowania prawne dostępu do opieki medycznej migrantów, w tym migrantów przymusowych, w różnych krajach członkowskich UE, m. in. *Access to health care for undocumented migrants in Europe* (PICUM, 2007) i *Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries* (HUMA network, 2009).

prof. dr hab. Halina Grzymała-Moszczyńska – pracownik Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej oraz Uniwersytetu Jagiellońskiego (Kierownik Zakładu Psychologii Religii w Instytucie Religioznawstwa), specjalizacja: psychologia religii, psychologia kulturowa (ze szczególnym uwzględnieniem adaptacji kulturowej uchodźców i imigrantów). Prowadzi badania nad procesem akulturacji Pola-

ków wyjeżdżających za granicę i cudzoziemców przybywających do Polski oraz z zakresu komunikowania i negocjacji międzykulturowych.

Witold Klaus – doktor nauk prawnych, adiunkt w Zakładzie Kryminologii Instytutu Nauk Prawnych Polskiej Akademii Nauk, Prezes Stowarzyszenia Interwencji Prawnej, absolwent Szkoły Praw Człowieka Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka; absolwent Podyplomowych Studiów Ewaluacji Programów Społecznych w Instytucie Socjologii UW; zdobywca Społecznego Nobla 2008 dla innowatora społecznego (nagrody przyznawanej przez Fundację Ahoka – Innovators for the Public); autor wielu publikacji z zakresu praw człowieka, praw cudzoziemców, kryminologii i sprawiedliwości naprawczej.

Natalia Klorek – absolwentka Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego oraz kierunku Global Development w Instytucie Studiów Regionalnych i Globalnych UW. Ma wieloletnie doświadczenie w pracy w sektorze pozarządowym, szczególnie na polu pracy z migrantami. W ramach programu GLEN odbyła 3-miesięczny staż w Ugandzie (Lira), gdzie w międzynarodowej organizacji ASB zajmowała się ewaluacją programu skierowanego do powracających uchodźców wewnętrznych na terenie post-konfliktowym. Opracowywała koncepcje ewaluacji programów edukacyjnych, prowadziła też szkolenia z zakresu monitoringu i ewaluacji. Autorka artykułów i opracowań o tematyce społecznej oraz współpracy rozwojowej.

Maria Książak – psycholog (specjalizacja psychologia kliniczna i psychologia międzykulturowa), absolwentka studiów podyplomowych z zakresu interwencji kryzysowej i psychologii traumy, a także różnych kursów terapeutycznych oraz szkoleń dotyczących pracy z uchodźcami i ofiarami katastrof, w tym zaawansowanego kursu terapeutycznego pracy z PTSD w Departamencie Psychiatrii Uniwersytetu w Pensylwanii. Członek Europejskiego Stowarzyszenia Badań nad Stresem Traumatycznym. Przez 5 lat koordynowała projekty humanitarne na Kaukazie Północnym, obecnie pracuje z uchodźcami w Polsce. Jest w zarządzie Fundacji Międzynarodowa Inicjatywa Humanitarna, prowadzi konsultacje, interwencje oraz terapię stresu pourazowego, pracuje również jako trener w zakresie pracy z migrantami i uchodźcami.

Krzysztof Maśliński – adwokat i lekarz, absolwent Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego i II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. W 2001 roku ukończył staż podyplomowy uzyskując prawo wykonywania zawodu lekarza. W latach 2001-2005 odbył aplikację adwokacką w Izbie Adwokackiej w Warszawie. Obecnie prowadzi indywidualną praktykę adwokacką w Warszawie, specjalizuje się w prawie medycznym. Au-

tor artykułów i wykładów z zakresu prawa medycznego. Od 2007 roku Rzecznik Praw Osób ze Stwardnieniem Rozsianym Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego.

Katarzyna Wencel – prawniczka, absolwentka Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku oraz podyplomowych studiów w Kolegium Europejskim w Brugii, członkini Stowarzyszenia Interwencji Prawnej, w którym udziela porad prawnych cudzoziemcom, specjalistka w zakresie prawa antydyskryminacyjnego; była pracowniczka Ministerstwa Sprawiedliwości (w Departamencie Współpracy Międzynarodowej), autorka publikacji z zakresu praw cudzoziemców i przeciwdziałania dyskryminacji.