

Dostęp imigrantek i imigrantów do systemu opieki zdrowotnej w województwie pomorskim – konstruowanie pola międzysektorowej współpracy

JACEK MIANOWSKI
UNIWERSYTET GDAŃSKI

Abstrakt

Migracja ludzi to przemieszczenie się ich z jednej lokalizacji do innej. Zmiana miejsca zamieszkania powoduje, że migranci stoją przed nowymi dla siebie wyzwaniami. Proces migracji warunkują różne zmienne m.in. zdrowie. W związku z tym możliwości i ograniczenia w dostępie migrantów do systemu opieki zdrowotnej w kraju przyjmującym mogą profilować przebieg procesu migracji. W tym kontekście potrzebna jest wielosektorowa współpraca na rzecz tworzenia promigranckich systemów zdrowia, które uwzględnią kulturową i językową specyfikę migrantów oraz deficyt ich wiedzy na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Migranci potrzebują bowiem informacji, jak efektywnie korzystać z usług ambulatoryjnych i medycznych w przychodni i szpitalu.

Od 2014 roku Polska coraz częściej korzysta z pracowników zagranicznych, żeby wypełnić luki zatrudnienia na rynku pracy. Województwo pomorskie jest jednym z regionów Polski, do którego przybywają cudzoziemcy z zamiarem podjęcia pracy zarobkowej. Przyjeżdżają tutaj cudzoziemcy, którzy nie mają odpowiednich dokumentów, ale też legalnie przebywają obcokrajowcy, którzy nie mają ubezpieczenia zdrowotnego z powodu nielegalnego zatrudnienia. Są też osoby legalnie zatrudnione, które mają ubezpieczenie zdrowotne, ale nie wiedzą, jak w pełni skorzystać z dostępu do systemu opieki zdrowotnej. Niniejszy tekst jest próbą określenia pola międzysektorowej kooperacji pomorskich instytucji samorządowych, pozarządowych i prywatnych, które wspierają migrantów w dostępie do *Podstawowej Opieki Zdrowotnej*.

Słowa kluczowe:

migracja, zdrowie, kooperacja międzysektorowa, region pomorski.

TOŁE
STÓJ
RANCJA

Wprowadzenie

Migracja ludzi to przemieszczenie się ich z jednej lokalizacji do innej (Villa i Raviglione, 2019, s. 46). Może to dotyczyć migracji ze wsi do miasta (*rural-to-urban*), z jednego miasta do innego miasta (*urban-to-urban*) (Skeldon, 2018, s. 5) w granicach tego samego kraju lub z kraju do kraju. Ze względu na zasięg terytorialny migracje możemy zatem podzielić na wewnętrzne i zewnętrzne. Osoby, które migrują za granicę swojego kraju, to migranci międzynarodowi. Statystyki informują, że w 2019 roku kraj zamieszkania zmieniło 272 miliony ludzi (3.5 % ludności świata). Z kolei osoby, które przemieszczają się wewnątrz kraju zamieszkania, to migranci wewnętrzni. Według danych z 2009 roku wewnątrz kraju swojego zamieszkania migrowało 740 milionów ludzi (IOM, 2020, s. 21).

Osoby, które decydują się na migrację różni zasięg, motyw i czas migracji. Zdarza się jednak, że trudno jest określić dokładnie, kto jest migrantem. Z jednej strony bowiem dzieci, które urodziły się w rodzinach migranckich nazywa się drugim czy trzecim pokoleniem migrantów, mimo tego, że nigdy nie migrowały. Dotyczy to też osób, które urodziły się, wzrastają i przebywają w danym kraju, a mimo to nie mają obywatelstwa tego kraju (IOM, 2020, s. 29). Z drugiej strony osoby, które wracają do kraju pochodzenia po długiej międzynarodowej migracji nie są klasyfikowane jako migranci, mimo że mają za sobą podróże i doświadczenie migracyjne (Skeldon, 2018, s. 1). Wyznacznikiem uznania kogoś za migranta może być doświadczenie migracyjne jako wynik obligacji zmiany miejsca dotychczasowego miejsca przebywania. Łączy to migrację np. z przyczyn ekonomicznych i politycznych.

Proces migracji warunkują różne zmienne m.in. zdrowie, które szeroko rozumiane jako potencjał w wymiarze fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym pozwala migrantowi

wypełniać społeczne oczekiwania związane z pełnieniem ról w rodzinie, społeczności czy miejscu pracy (Smith, Tang, Nutbeam, 2006, s. 344). Zależnie od fazy procesu migracji (etap przedwyjazdowy, podróż, osiągnięcie miejsca docelowego, przerwanie pobytu w kraju przyjęcia, powrót do kraju pochodzenia) (Zimmerman, Kiss, Hossain, 2011) zdrowie warunkuje sposób realizacji scenariusza migracji. W związku z tym możliwości i ograniczenia w dostępie migrantów do systemu opieki zdrowotnej w kraju przyjmującym mogą profilować przebieg procesu migracji. Niniejszy tekst jest próbą określenia relacji migracji i zdrowia w kontekście działań kooperacyjnych, które w województwie pomorskim podejmują instytucje samorządowe, pozarządowe i prywatne w celu wsparcia migrantów w dostępie do systemu opieki zdrowotnej.

Migracja i zdrowie w wymiarze globalnym, kontynentalnym i lokalnym

Przyczyną migracji ludzi może być m.in. ubóstwo, bezrobocie, konflikt zbrojny czy naturalny kataklizm. Celem większości ludzkich migracji jest więc chęć poprawy jakości życia (Rausa i Lloyd, 2012, s. 3) i zmiany swojego statusu społeczno-ekonomicznego. Efektywność osiągnięcia celów migracyjnych odzwierciedlają sumy przekazów pieniężnych, jakie migranci przesyłają do kraju pochodzenia (500 bilionów USD w 2016 roku). Sumy te dowodzą, że migracje ludzi są korzystne zarówno dla kraju pochodzenia, jak i przeznaczenia (Villa i Raviglione, 2019, s. 46). Większość migrantów zewnętrznych migruje w poszukiwaniu pracy, ze względu na rodzinę lub w celu podjęcia nauki. Ruchy migracyjne powodują etnokulturowe różnicowanie się krajów europejskich (Bischoff, Chiarenza, Loutan, 2009, s. 10). Wzrost ilości migrantów w krajach europejskich implikuje pracę nad jakością relacji

mieszkańców i migrantów w granicach kraju przyjmującego, ale także współpracę między krajami przyjmującymi, np. na polu ekonomicznym, edukacyjnym, zdrowotnym, społecznym czy kulturowym.

Zmiana miejsca zamieszkania powoduje, że migranci stoją przed nowymi dla siebie wyzwaniami. W związku z tym migranci w Europie mają deficyt wiedzy na temat funkcjonowania instytucji w kraju przyjmującym, w tym np. jak funkcjonuje system opieki zdrowotnej. Migranci potrzebują m.in. informacji, jak efektywnie korzystać z usług zdrowotnych. Dotyczy to zarówno informacji na temat możliwości korzystania z usług ambulatoryjnych, jak i usług medycznych w szpitalu. Optymalizacja poprawy efektywności dostępu migrantów do systemu opieki zdrowotnej wymaga kompleksowych działań. Przykładem takich działań jest europejski projekt *Szpitali Przyjaznych Migrantom (Migrant Friendly Hospitals – MFH)*, który zrealizowano w latach 2002–2004. W projekcie wzięły udział szpitale z 12 europejskich krajów: Austrii, Danii, Finlandii, Francji, Niemiec, Grecji, Irlandii, Włoch, Holandii, Hiszpanii, Szwecji i Wielkiej Brytanii. W tworzeniu założeń projektu ważną rolę odegrały Narodowe i Regionalne oddziały sieci *Szpitali Promujących Zdrowie (Health Promoting Hospitals)* pod egidą Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). W projekcie uczestniczyły m.in.: metropolitalne szpitale uniwersyteckie i wspólnotowe szpitale w małych miastach, podmioty publiczne i prywatne, a także organizacje pożytku publicznego. Celem projektu było wzmocnienie roli szpitali w promowaniu zdrowia i wiedzy na temat zdrowia migrantów i mniejszości etnicznych w Unii Europejskiej oraz poprawa usług szpitalnych adresowanych do tego typu odbiorców poprzez określenie norm jakości i rozwój oraz świadczenie usług przyjaznych migrantom i przedstawicielom mniejszości etnicznych. W aspekcie merytorycznym projekt oferował m.in. szkolenie

na temat przyjaznej migrantom obsługi w zakresie opieki nad matką i dzieckiem oraz szkolenia personelu medycznego rozszerzające ich kompetencje kulturowe. Wyniki projektu zostały zaprezentowane w grudniu 2004 w Amsterdamie podczas konferencji pn. *Szpitala w Zróżnicowanej Kulturowo Europie (Hospitals in Culturally Diverse Europe)*. Doświadczenia projektowe zostały wykorzystane do sformułowania rekomendacji dla Europy (Bischoff i in., 2009).

Związki migracji i zdrowia były także przedmiotem refleksji w 2008 roku na forum Światowego Zgromadzenia na temat zdrowia (*World Health Assembly*), które przyjęło *Rezolucję* w sprawie zdrowia migrantów. W konsekwencji tego zdarzenia w 2010 roku Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization*), Międzynarodowa Organizacja na rzecz Migrantów (*International Organization for Migrants*) i rząd Hiszpanii zorganizowały w Madrycie pierwsze *Globalne Konsultacje (The First Global Consultation on Migrant Health)* dotyczące problematyki relacji zdrowia i migracji. Podczas *Konsultacji* zostały zaproponowane operacyjne ramy implementacji *Rezolucji* w krajach członkowskich WHO. Potwierdzono wówczas potrzebę wielosektorowej współpracy na rzecz tworzenia promigranckich systemów zdrowia, które uwzględnią kulturową i językową specyfikę relacji migrantów jako odbiorców działań systemu opieki zdrowotnej (Fortier, Mosca, Weekers, 2017; Villa i Raviglione, 2019, ss.46–47; IOM, 2020, s.15).

Od 2014 roku Polska coraz częściej korzysta z pracowników zagranicznych, żeby wypełnić luki zatrudnienia na rynku pracy. W 2016 roku pracowało w Polsce 473 112 cudzoziemców. Najwięcej w województwie mazowieckim (145 752 osoby). W trzech innych województwach liczba pracowników cudzoziemców przekroczyła 40 tysięcy. Dotyczy to województwa: dolnośląskiego (45 356 osób),

małopolskiego (44 682 osoby) i wielkopolskiego (40 647). W województwie śląskim pracowało 31 618 osób, w województwie łódzkim 27 673 osoby a w województwie pomorskim 23 773 osoby (GUS, 2018). Województwo pomorskie plasuje się więc na 6 miejscu w Polsce pod względem liczby zatrudnianych pracowników cudzoziemców. Z danych *Pomorskiego Obserwatorium Rynku Pracy* wynika, że w powiatowych urzędach pracy województwa pomorskiego zarejestrowano w 2019 roku ogółem 128,8 tys. oświadczeń o powierzeniu wykonywania pracy obywatelom Armenii, Białorusi, Mołdawii, Federacji Rosyjskiej, Gruzji i Ukrainy bez konieczności uzyskania zezwolenia na pracę (z tego 64,2 tys. oświadczeń wydano w Urzędzie Pracy w Gdańsku). 87 % wszystkich oświadczeń (112,3 tys.) pracodawcy powierzyli osobom z Ukrainy.

W IV kwartale 2019 roku (XI/XII) na zlecenie *Wojewódzkiego Urzędu Pracy* w Gdańsku zostało przeprowadzone badanie metodą wywiadu bezpośredniego *CAPI* wśród 500 osób z Ukrainy i Białorusi, zatrudnionych lub poszukujących pracy. 47 % badanych zadeklarowało, że czas ich pobytu w województwie pomorskim zawierał się w przedziale od 1–3 lat. 30,2 % spośród badanych to osoby mieszkające z rodziną, a 24 % wyraziło deklarację, że planuje sprowadzić rodzinę. Mimo że 36,4% badanych deklarowało gotowość, żeby zostać w województwie pomorskim na dłużej lub na stałe (26,6%), to jednak badani wskazywali również czynniki, które mogą ograniczyć ich pobyt w województwie pomorskim. Migranci zapytani o powody, które skłoniłyby ich do wyjazdu z województwa pomorskiego, odpowiedzieli, że może to być m.in.: wysokość zarobków (27,2 %), tęsknota za rodziną i znajomymi (27,2 %), procedury pobytowe (25,0%), trudność pozyskania pracy w zawodzie (22,8%), bariera językowa (20,7 %) oraz trudny dostęp do opieki zdrowotnej (12,0%) (PORP, 2019, ss. 19–24).

Proces migracji przebiega zatem zgodnie z oczekiwaniami, o ile migranci mogą realizować swoje cele w kontekście ekonomicznym, społecznym (rodzinnym), kulturowym, ale także zdrowotnym. Zdrowie migrantów, ich rodzin i społeczności w ramach procesu migracji determinują m.in.: indywidualny styl życia, wpływ wspólnoty pochodzenia, warunki pracy i życia, warunki socjoekonomiczne, kulturowe i środowiskowe (Fortier i in., 2017, s. 14) czy dostęp do opieki zdrowotnej, który bywa trudny także dla mieszkańców kraju przyjmującego. Migranci doświadczają zatem tych samych problemów co pozostali mieszkańcy. Dodatkowo stają jednak przed nowymi wyzwaniami kulturowymi, które mogą skutkować stresem w sferze społecznej i ekonomicznej (Villa i Raviglione, 2019, s. 1). W dalszej części tekstu rozważymy współzależność zdrowia i migracji w odniesieniu do osób, które przyjeżdżają do województwa pomorskiego w celach zarobkowych z Ukrainy, czyli z kraju, który zalicza się do tzw. krajów trzecich.

Przedmiot, założenia i cel pracy

Przedmiotem analizy w niniejszym tekście są ramy konstruowania pola międzysektorowej kooperacji trójmiejskich instytucji w aspekcie dostępu cudzoziemców do *Podstawowej Opieki Zdrowotnej*. Celem jest prezentacja rodzajów i wyników działań, jakie instytucje publiczne, pozarządowe i medyczne podejmują w sprawie ułatwiania dostępu imigrantkom i imigrantom do systemu opieki zdrowotnej poprzez włączanie ich w środowiskową opiekę pielęgniarską. Położne i pielęgniarki medycyny szkolnej pracują bezpośrednio z pacjentem w jego środowisku zamieszkania i w szkole oraz świadczą pacjentom usługi w opiece paliatywnej. Presja z powodu napływu migrantów do województwa pomorskiego i zmian demograficznych, jakie ten napływ powoduje, skłania pielęgniarki wymienionych

specjalizacji do tego, żeby współtworzyć z przedstawicielami instytucji publicznych i organizacji pozarządowej (*Centrum Wsparcia Imigrantek i Imigrantów*) program działania, który usprawni ich pracę w terenie i ograniczy ilość nieubezpieczonych imigrantów. Takiej presji nie odczuwają jeszcze lekarze, dlatego są nieobecni w konstruowanym programie działania.

Do badania zostały zaproszone osoby, które z racji wykonywanego zawodu (pielęgniarki, asystentki rodzinne) lub doświadczenia życiowego związanego ze zmianą kraju przebywania (migranci) spotykają się z problemem ograniczeń w dostępie do systemu opieki zdrowotnej. Dobór respondentów miał zatem charakter celowy i wynikał z założenia, że poznanie perspektywy pielęgniarek, pracowników instytucji trójmiejskich i migrantów pozwoli skonfrontować te perspektywy w kontekście konstruowania pola międzysektorowej współpracy w sprawie dostępu migrantów do opieki zdrowotnej.

Dane pozyskane do analizy problematyki dostępu cudzoziemców do systemu opieki zdrowotnej w województwie pomorskim zostały zgromadzone w trakcie 15 wywiadów jakościowych pogłębionych (częściowo strukturyzowanych) z pracownikami:

- organizacji pozarządowej (*Centrum Wsparcia Imigrantów i Imigrantek* w Gdańsku, dwukrotny wywiad z kierowniczką projektu *Otwarte Pomorze–Integracja w działaniu* i jednokrotne wywiady z dwiema asystentkami rodzin migranckich);
- Okręgowej Izby Położnych i Pielęgniarek* w Gdańsku (Przewodniczącą *Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych* oraz Przewodniczącą *Komisji ds. Pielęgniarek Środowiska Nauczania i Wychowania*),
- Niepublicznych Zakładów Medycyny Szkolnej i Opieki Zdrowotnej* (pielęgniarkami środowiska nauczania i wychowania w Aglomeracji Trójmiasta – 5 osób)

- Pomorskiego Hospicjum dla Dzieci* – koordynatorką programu edukacyjnego *Medycyna Wrażliwa Kulturowo*;
- oraz imigrantami długoterminowymi z Ukrainy (2 kobiety i 1 mężczyzna), którzy przyjechali do Polski z motywów politycznych (uchodźczyni z Krymu) lub w celach zarobkowych i mieszkają w Polsce dłużej niż rok (1 kobieta, uchodźczyni z Krymu, prowadzi własną firmę spożywczą; 1 kobieta pracuje jako asystentka rodzinna w organizacji pozarządowej; mężczyzna jest konsultantem ubezpieczeniowym w prywatnej firmie).

Rozmowy były prowadzone w okresie od stycznia do kwietnia 2020 roku w siedzibie wymienionych wyżej instytucji trójmiejskich na terenie Gdańska oraz drogą telefoniczną i internetową¹. Dyspozycje w wywiadach jakościowych zostały sformułowane tak, żeby zidentyfikować ograniczenia i możliwości w kwestii dostępu migrantów do *Podstawowej Opieki Zdrowotnej* z perspektywy

1 Sytuacja epidemiczna ogłoszona w Polsce w marcu 2020 roku ograniczyła możliwości prowadzenia bezpośrednich rozmów z respondentami. Część rozmów (do 14 marca 2020) odbyła się w siedzibie instytucji (*Komisji Społeczno-Gospodarczej Urzędu Miasta Gdańska, Pomorskim Hospicjum dla Dzieci* w Gdańsku, *Centrum Wsparcia Imigrantów i Imigrantek* w Gdańsku), a część z pomocą mediów komunikacyjnych. Z powodu sytuacji epidemicznej zostały odwołane dwie ważne konferencje zaplanowane w kontekście konstruowania pola współpracy instytucji trójmiejskich w kwestii dostępu migrantów do systemu opieki zdrowotnej: 1. *Medycyna wrażliwa kulturowo. Wielokulturowość pacjentów – wyzwania i rozwiązania w ochronie zdrowia na Pomorzu*, zaplanowana przez *Pomorskie Hospicjum dla Dzieci i Europejskie Centrum Solidarności* w dniu 16 marca 2020 roku; 2. *Pomorska konferencja regionalna Pielęgniarek i Położnych Imigrantki i imigrantki w systemie ochrony zdrowia* zaplanowana na czerwiec 2020 roku przez *Centrum Wsparcia Imigrantów i Imigrantek* w Gdańsku i *Okręgową Izbę Położnych i Pielęgniarek* w Gdańsku przy współpracy z *Urzędem Marszałkowskim Województwa Pomorskiego*.

instytucjonalnej (społeczność przyjmująca) i migrantów oraz określić, w jaki sposób i na jakich płaszczyznach odbywa się współpraca instytucjonalna z myślą o zmniejszeniu ilości cudzoziemców, którzy nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego. Analiza danych z wywiadów jakościowych odbyła się według metodyki indukcyjnej w dwóch fazach:

- w pierwszej fazie dokonano rejestracji danych i ich kodowania w języku i zgodnie z perspektywą rozmówców;
- w drugiej fazie przeprowadzono kodowanie analityczne zogniskowane (Lofland, Snow, Anderson, Lofland, 2009, ss. 280–284) na identyfikacji czynników, które wspierają lub utrudniają dostęp migrantów do systemu opieki zdrowotnej.

W tekście zostały też wykorzystane informacje zawarte w Przewodniku Pomorskim – *Integracja Imigrantów i Imigrantek* dotyczące założeń i stanu integracji imigrantek i imigrantów w województwie pomorskim.

Określenie pola kooperacji trójmiejskich instytucji w sprawie dostępu cudzoziemców do systemu opieki zdrowotnej poprzedzi opis regulacji prawnych, które umożliwiają lub ograniczają dostęp cudzoziemców do opieki zdrowotnej oraz opis struktury i funkcji systemu opieki zdrowotnej.

Prawne wyznaczniki dostępu do systemu opieki zdrowotnej w Polsce

W Polsce zgodnie z art. 68 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polski* każdy ma prawo do ochrony zdrowia. W odniesieniu do osób, które przyjeżdżają do Polski ogólną zasadę konstytucyjną regulują poniższe dokumenty prawne z mocą Ustawy i Rozporządzenia (Ministra Spraw Wewnętrznych z 2019 i Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 2006 roku z późn. zm.):

1. *Ustawa o cudzoziemcach* (z dnia 12 grudnia 2013 roku);
2. *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (z dnia 27 sierpnia 2004);
3. *Ustawa o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej* (z dnia 13 czerwca 2003 roku z późn. zm.);
4. *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej* (z dnia 30 sierpnia 1991 r.) i *Ustawa o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej* (z dnia 22 października 2010 roku);
5. *Ustawa o pomocy społecznej* (z dnia 12 marca 2004 roku);
6. *Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie środków utrzymania, które powinien posiadać cudzoziemiec wjeżdżający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z 2019 roku* (zależnie od kraju pochodzenia, celu pobytu i okresu pobytu);
7. *Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie podejmowania i odbywania przez cudzoziemców studiów i szkoleń oraz ich uczestniczenia w badaniach naukowych i pracach rozwojowych z dnia 12 października 2006 roku* (z późn. zm.).

Art. 25 (Obowiązki cudzoziemca wjeżdżającego na teren RP) *Ustawy o cudzoziemcach* zobowiązuje obcokrajowca, który wjeżdża na teren RP, żeby posiadał dokument potwierdzający posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego lub posiadał podrózne ubezpieczenie medyczne ważne przez okres planowanego pobytu na terenie RP. Ubezpieczenie powinno pokryć wydatki np. gdyby konieczny był powrót danej osoby z powodów medycznych, potrzebna pilna pomoc medyczna, nagłe leczenie szpitalne lub w przypadku jej śmierci. Ubezpieczenie zdrowotne lub medyczne powinno wskazywać, że ubezpieczyciel pokryje koszty świadczeń zdrowotnych, których udzielił ubezpieczonemu podmiot medyczny.

Plan pobytu cudzoziemców i dokumentacja jaką dysponują (np. *Karta Pobytu w Polsce*) określają status ich pobytu i zakres dostępu do systemu opieki zdrowotnej. Legalne zatrudnienie i zgłoszenie przez pracodawcę do ZUS, prowadzenie działalności gospodarczej, ubieganie się o status uchodźcy, nauka i studia gwarantują ubezpieczenie w ramach *Narodowego Funduszu Zdrowia*. W innych przypadkach cudzoziemiec może ubezpieczyć się w ZUS i co miesiąc samodzielnie opłacać składki lub wykupić prywatną polisę ubezpieczeniową, czyli tzw. ubezpieczenie zdrowotne cudzoziemców, które pokryje koszty prywatnego leczenia w Polsce, albo skorzystać z usług medycznych odpłatnie (Mińkowska, 2010, ss. 145–150).

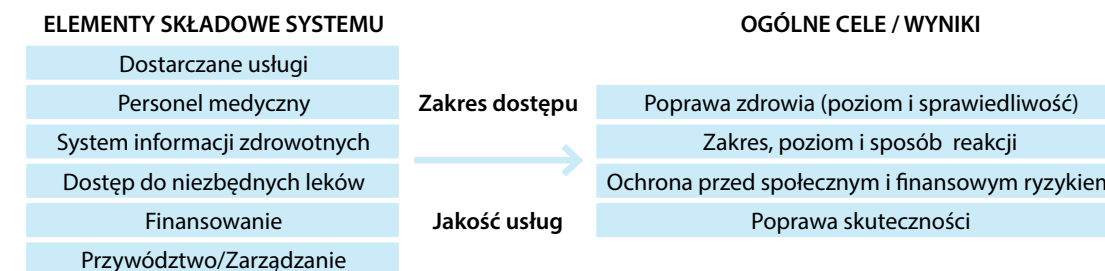
Struktura i funkcje sytemu opieki zdrowotnej w Polsce

W nazewnictwie polskim system zdrowia (*health system*) określa się jako system ochrony zdrowia lub system opieki zdrowotnej. Nazewnictwo i zakres tych kwestii nie są więc ujednoczone. W związku z tym różne mogą

być cele i działania systemów zdrowotnych (Zgliczyński, 2018). Do zadań systemu zdrowia należy: ochrona zdrowia, promocja zdrowia, zapobieganie chorobom, ale także współpraca z innymi sektorami otoczenia na rzecz zdrowia (WHO, 2008). System zdrowia tworzą publiczne i prywatne organizacje i instytucje oraz zasoby, które służą poprawie, zachowaniu lub przywracaniu zdrowia.

System opieki zdrowotnej (i jego egemplifikacja, np. medycyna) to rodzaj systemu społecznego, który wpisany jest w makrosystem społeczno-cywilizacyjny (nadsystem) (Bizoń, 1976, ss. 107–108; Piątkowski, 2015, ss. 81–83). Poszczególne elementy systemu opieki zdrowotnej zależą od sposobu zarządzania i możliwości przetwarzania informacji na temat zdrowia. Finanse i kadra pracownicza stanowią kluczowe komponenty wejścia (*key input components*) do systemu opieki zdrowotnej. Natomiast produkty medyczne i technologie oraz dostarczane usługi odzwierciedlają efekty/wyniki (*the immediate outputs*) systemu opieki zdrowotnej (WHO, 2010). Strukturę systemu opieki zdrowotnej ilustruje Schemat 1.

Schemat 1. Struktura systemu opieki zdrowotnej



Funkcje ochrony zdrowia możemy rozpatrywać przedmiotowo i podmiotowo w odniesieniu do indywidualnych i zbiorowych potrzeb zdrowia. Indywidualne potrzeby zdrowotne wynikają m.in. z chorób, niedomagań czy wypadków. Zbiorowe potrzeby zdrowotne dotyczą np. warunków życia, pracy, zamieszkania czy odżywiania (Zgliczyński, 2018, s.10). Funkcje ochrony zdrowia realizuje personel medyczny, który świadczy usługi w oparciu o dane z systemu informacji na temat zdrowia i z użyciem produktów i technologii medycznych. Za całokształt działań medycznych odpowiada menedżment medyczny, który musi zadbać m.in. o płynność finansową systemu opieki zdrowotnej (WHO, 2010). Interwencje medyczne (np. leczenie chorób, łagodzenie dolegliwości) (Bizoń, 1976, s. 109) to zadania, które muszą mieć źródła finansowania. Jeśli działania medyczne nie mają pokrycia finansowego, to dany ośrodek medyczny ma problem, żeby ekonomicznie zbilansować zakresy interwencji medycznych i potrzeb zdrowotnych.

Każda nierozliczona finansowo usługa medyczna powoduje rozbieżności w zakresach interwencji medycznych i potrzeb zdrowotnych. Rozbieżności w obu zakresach może powodować brak ubezpieczenia zdrowotnego odbiorcy usługi zdrowotnej, który na przykład trafia na oddział ratunkowy i wymaga zaopatrzenia w trybie pilnym. W takim przypadku ma on prawo do takiego świadczenia, niezależnie od tego czy pochodzi z Ukrainy, Białorusi, Rosji, Bangladeszu (czyli z tzw. krajów trzecich), Litwy, Łotwy, Rumunii (czyli krajów Unii Europejskiej) czy Norwegii (czyli kraju spoza Unii Europejskiej). Obywatele m.in. z tych krajów podejmują pracę w województwie pomorskim i w wyniku wypadku lub poważnych problemów zdrowotnych trafiają do trójmiejskich szpitali, gdzie okazuje się, że część z nich nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego i nie ma też środków własnych na leczenie.

Z powodu braku ubezpieczenia zdrowotnego i środków własnych cudzoziemców w 2016 roku kwota niezapłaconych świadczeń zdrowotnych udzielonych cudzoziemcom w szpitalu im. Kopernika, św. Wojciecha na Zaspie i Wojewódzkim Centrum Onkologii wyniosła ponad 250 tys. zł, a w pierwszej połowie 2017 roku – 220 tys. złotych. Cena hospitalizacji zależy od procedury medycznej. Na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym kwoty za procedury medyczne wynoszą od 460 do 2 500 złotych. Kwoty za procedury medyczne wykonywane na oddziałach szpitalnych są wyższe. Szpitale ponoszą koszty za nieubezpieczonych obywateli i dlatego nieopłacone faktury za takie osoby generują ich straty. W 2017 roku w podobnej sytuacji było Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, które wydało na leczenie i hospitalizację nieubezpieczonych pacjentów cudzoziemców około miliona złotych. Ambasady i konsulaty państw, z których pochodzą nieubezpieczeni pacjenci, nie mogą partycypować w tych kosztach i dlatego ogranicza to możliwości ich zwrotu (Godlewska, 2018).

Konieczne są zatem działania, które pozwolą zidentyfikować czynniki, które odpowiadają za rozbieżności. Identyfikacja takich czynników przekracza jednak możliwości jednego systemu. Wobec tego, żeby system ochrony zdrowia czy opieki zdrowotnej mógł w sferze indywidualnych i zbiorowych potrzeb zdrowotnych uwzględniać ekonomiczne, środowiskowe czy społeczne uwarunkowania zdrowia (Zgliczyński, 2018:9), musi kooperować z innymi sektorami swojego otoczenia w sprawie zdrowia. W ten sposób może lepiej dostosować się do wymogów płynących z nadsystemu i sprawniej realizować cele, dla których został powołany (Bizoń, 1976, ss. 107–108; Piątkowski, 2015, ss. 81–83).

Dostęp do systemu opieki zdrowotnej w województwie pomorskim jako element systemowej i społecznej integracji imigrantek i imigrantów

Kompleksowa obsługa osób przybywających do województwa pomorskiego w celach migracyjnych wymaga międzysektorowej współpracy zróżnicowanych instytucji (Siciarek, 2020), ponieważ tylko taka forma współpracy może zapewnić imigrantom i imigrantkom integrację w wymiarze systemowym i społecznym (Esser, 2006; Mouzelis, 1997; Siciarek, 2020).

W wymiarze systemowym stan integracji jest wynikiem funkcjonowania instytucji, organizacji i mechanizmów (np. instytucji prawa, rynku, korporacji), które je podtrzymują (Boswick i Heckmann, 2006, s. 2). Implikuje to więc współpracę w skali makro (Siciarek, 2020), której celem jest włączenie imigrantów do instytucji kraju przyjmującego (np. w zakresie aktywizacji zawodowej, edukacji, opieki

zdrowotnej). Integracja społeczna dotyczy włączenia jednostek w system, tworzenia związków między jednostkami i ich postaw wobec społeczeństwa. Jest ona rezultatem świadomej i motywowanej interakcji oraz współpracy jednostek i grup (Boswick i Heckmann, 2006, s. 2). Integrację społeczną możemy rozpatrywać z perspektywy grupy etnicznej i mieszkańców kraju przyjmującego oraz ze względu na stopień włączenia/wyłączenia danej jednostki. Kombinacja zmiennych perspektyw oraz skala inkluzji/ekskluzji pozwala określić zakres integracji społecznej poszczególnych aktorów. Odpowiednio zatem marginalizacja oznacza brak włączenia do grupy etnicznej i społeczeństwa przyjmującego. Segmentacja obejmuje inkluzję do grupy etnicznej, ale wyłączenie ze społeczeństwa przyjmującego. Asymilacja jest opozycją do segmentacji i oznacza wyłączenie z grupy etnicznej. Pełne obustronne włączenie do systemów społecznych zamyka kontinuum inkluzji i ekskluzyj w aspekcie integracji społecznej. Tabela 1. zawiera syntezę typów integracji.

Tabela 1. Typy integracji społecznej

Integracja z grupą etniczną	Integracja ze społeczeństwem przyjmującym		
		TAK	NIE
	TAK	Obustronna inkluzja	Segmentacja
NIE	Asymilacja	Marginalizacja	

Źródło: Opracowanie własne na podst.: (Esser, 2006, s.8)

Wskaźnikiem integracji systemowej jest spójność całego systemu społecznego i różnych elementów społeczeństwa. Integracja systemowa i społeczna stanowi zatem dynamiczny dwukierunkowy proces wzajemnego dostosowania się imigrantów i mieszkańców (*Justice and Home Affairs*, 2004, s. 17) kraju przyjmującego. Przy czym migranci w tym procesie są włączani w społeczne, ekonomiczne, kulturowe i polityczne życie wspólnoty przyjmującej, ale wymaga to wspólnej odpowiedzialności migrantów i wspólnoty (IOM, 2019, s. 106).

Ograniczenia i możliwości dostępu imigrantek i imigrantów do opieki medycznej w województwie pomorskim

Zgodnie z regulacją prawną osoba, która wjeżdża do Polski powinna mieć ubezpieczenie zdrowotne (turystyczną polisę wyjazdową). A zatem na etapie przedwyjazdowym wymóg ten musi uwzględnić też osoba, która planuje w celach zarobkowych przemieścić się np. z Ukrainy do Polski. Na podstawie rozmów z migrantami z Ukrainy i pielęgniarkami środowiska nauczania i wychowania prześledzimy w tej części tekstu ograniczenia i możliwości w sprawie dostępu do systemu opieki zdrowotnej osób, które przyjeżdżają do Polski z Ukrainy, żeby pracować zarobkowo.

Według jednego z rozmówców (migranta z Ukrainy) turystyczną polisę wyjazdową można na Ukrainie kupić za 50–100 hrywien przy furgonetkach osobowych, które oferują transport do Polski: (...) *żeby tylko mieć a de facto to jest żadne ubezpieczenie (...) ono kończy się, bo wykupuje się na miesiąc, żeby przyjechać i służba zdrowia w Polsce ma problem, bo takie osoby, obywatele przychodzą do przychodni i muszą za to zapłacić. Na start takich osób nie ma ubezpieczeń, no i to jest wszystko drogo* (migrant z Ukrainy, konsultant ubezpieczeniowy).

Taka polisa nie gwarantuje zatem pełnego dostępu do opieki zdrowotnej w Polsce. Osoba, która przyjeżdża do Polski i nie ma innego ubezpieczenia, musi więc zapłacić za wizytę w przychodni lub szpitalu. W związku z tym ma ona warunkowy dostęp do usług medycznych w województwie pomorskim.

Sytuacja cudzoziemca komplikuje się jeszcze bardziej, gdy dana osoba przebywa już na terenie województwa pomorskiego, ma 67 lat lub więcej i potrzebuje zabiegu chirurgicznego bądź opieki w szpitalu (np. z powodu braku nogi). (...) *Dla osób starszych powyżej 67 roku życia firmy już nie chcą dać oferty, bo takiej oferty nie ma dla nich (...) a prywatnie to proszę zapłacić za tego typu zabieg chirurgiczny* (migrant z Ukrainy, konsultant ubezpieczeniowy). W takiej sytuacji musi ona zapłacić za procedurę medyczną (np. 5–6 tys. zł). Problem pojawia się też, gdy polisa prywatna nie została przygotowana kompleksowo. W związku z tym zdarza się, że kobieta, która spodziewa się dziecka i potrzebuje z tego powodu pomocy medycznej nie może jej otrzymać. (...) *Ludzie do mnie dzwonią, że pani rodzi już za 2 dni poród, no to sorry, ubezpieczenia na to nie ma* (migrant z Ukrainy, konsultant ubezpieczeniowy), ponieważ polisa ubezpieczeniowa została skonstruowana tak, że nie obejmuje usługi w zakresie porodu.

Dostęp do opieki zdrowotnej zależy także od tego czy urzędnicy pomorscy honorują daną polisę ubezpieczeniową. Zdarza się, że nie każda prywatna polisa ubezpieczeniowa jest akceptowana przez urzędy. W przypadku pracowników fizycznych z Ukrainy urzędnicy w urzędach pomorskich zwracają uwagę na to, z jakiej firmy ubezpieczeniowej pochodzi polisa. Zdarza się, że nie akceptują polisy ubezpieczeniowej, jeśli nie jest to produkt krajowy. (...) *Urzędy mają dużo do powiedzenia i nie chcą każdej firmy ubezpieczeniowej (...) próbowałam wyjaśnić i trochę w głębi, żeby otrzymać informację konkretną, informacji*

nikt mi takiej nie udzielił (migrant z Ukrainy, konsultant z ubezpieczeniowy). Polisa ubezpieczeniowa jest niezbędna, żeby rozwiązać podstawowe potrzeby w nagłych wypadkach a także, gdy dana osoba jest w trakcie oczekiwania na realizację celu przyjazdu. Polisa ubezpieczeniowa gwarantuje bowiem ubezpieczenie w razie choroby, konieczności powrotu do domu, konfliktu z pracodawcą lub wypadku w pracy. Stanowi zatem minimum zabezpieczenia.

Konflikty z pracodawcą zdarzają się na przykład dlatego, że w świetle aktualnych przepisów pracodawca może zgłosić pracownika lub inną osobę wykonującą pracę zarobkową do ubezpieczenia społecznego w terminie 7 dni od dopuszczenia jej do pracy. Zdarza się więc, że pracodawca nie zgłasza do ubezpieczenia społecznego osoby dopuszczonej do pracy. Mimo tego pracodawca, który powierza pracę obywatelowi Ukrainy zapewnia go, że jest ubezpieczony, choć nie zawarł z nim umowy. (...) *Z Ukraińcami historia jest bardzo skomplikowana, bo (...) pracodawcy obiecują, że osoba jest przyjęta do zakładu pracy. Tutaj bardzo często jest inny problem, kiedy osoba myśli, że wszystko ma i jest OK i tłumaczy, że proszę pana jasne, że ma pan ubezpieczenie, proszę nie martwić się – a faktycznie pracodawca żadnego dokumentu nie zawarł. Osoba, która jest obywatelem Ukrainy nie potrafi, za dużo wierzy pracodawcy* (migrant z Ukrainy, konsultant ubezpieczeniowy). Cudzoziemiec może więc pracować przekonany, że ma ubezpieczenie przez okres (np. roku) bez umowy o pracę, ale w sytuacji, gdy doznaje urazu nogi w wypadku, np. podczas pracy na budowie i z tego powodu trafia do szpitala, okazuje się, że nie jest ubezpieczony. (...) *Otrzymałam kontakty, kiedy już osoba pracowała rok no i tam okazuje się, że żadnej umowy nie istniało oraz spadła na budowie chłopakowi bryła 1,5 tony no i miał nogę zmiażdżoną. Szef z nim jeździł, jeździł, jeździł, odpowiadał mu, że ubezpieczenie masz a okazuje*

się, że żadnego ubezpieczenia nie ma (migrant z Ukrainy, konsultant ubezpieczeniowy).

Na rynku pracy funkcjonują też podmioty fikcyjne, które faktycznie nie prowadzą działalności gospodarczej, bądź unikają kontroli organów państwowych poprzez posługiwanie się tzw. wirtualnym adresem lub w ogóle nie posiadają adresu (wykreślenie siedziby z KRS), jednak występują o wydanie dokumentów pozwalających na zatrudnienie cudzoziemców (PIP, 2018, s. 125). Skalę nieuczciwości pracodawców w Polsce i województwie pomorskim ilustrują wyniki kontroli inspektorów *Państwowej Inspekcji Pracy*. W 2018 roku inspektorzy pracy przeprowadzili 7 817 kontroli legalności zatrudnienia i wykonywania pracy przez cudzoziemców w Polsce. Największą grupę objętych kontrolą cudzoziemców stanowili obywatele Ukrainy (33,7 tys. osób), tj. 83% sprawdzanych cudzoziemców. Obywatele Ukrainy stanowili też największą grupę nielegalnie zatrudnionych cudzoziemców (3 943 osoby, tj. 11,7% obywateli tego kraju objętych kontrolą). Stanowi to 86% ogółu cudzoziemców, którym powierzono nielegalne wykonywanie pracy. W województwie pomorskim przeprowadzono w tym czasie 550 kontroli legalności pracy wykonywanej przez 3 625 cudzoziemców. Kontrola wykazała, że 406 cudzoziemcom powierzono nielegalną pracę (PIP, 2018, ss. 117–121).

Osoby, które przyjeżdżają z Ukrainy do województwa pomorskiego w celach zarobkowych, mogą uzyskać w *Urzędzie Pracy* w Gdańsku podstawowe informacje na temat możliwości ubezpieczenia zdrowotnego. Migrant ekonomiczny, który nie ma uprawnień do korzystania z opieki zdrowotnej może opłacać miesięczną składkę ubezpieczeniową w ramach NFZ, która wynosi 362, 34 zł. Jednak osoba, która przyjeżdża do Polski z Ukrainy na 3 miesiące nie wie, jak ułożyć jej scenariusz pobytu w Polsce i finansowo często nie stać jej na takie ubezpieczenie.

W takiej sytuacji pracownik Urzędu Pracy w Gdańsku kieruje migrantów do konsultanta firmy ubezpieczeniowej (pochodzenia ukraińskiego), z którym współpracuje w tej sprawie. Konsultant pomaga szukać produktów dedykowanych dla osób w trudnych sytuacjach, kiedy Państwo polskie nie chce wspierać migranta lub nie stać go na taką opcję. Konsultant doradza wtedy, jaki pakiet zdrowotny migrant powinien wykupić, żeby mógł razem z rodziną skorzystać z prywatnej opieki zdrowotnej, czyli mieć dostęp do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, gdy potrzebna jest wizyta z dzieckiem lub wykonać badania laboratoryjne. Skład pakietu zdrowotnego zależy od tego czy cudzoziemiec ma wizę wjazdową, kartę pobytu czy kartę stałego pobytu. (...) *Im mocniejszy ten dokument, tym lepsza sytuacja* (migrant z Ukrainy, konsultant ubezpieczeniowy), bo cudzoziemiec może otrzymać lepszy pakiet zdrowotny. Przydatne są zwłaszcza takie pakiety zdrowotne, które pozwalają uzyskać szybką pomoc zdrowotną, gwarantują rehabilitację po wypadku, leczenie w ciężkiej chorobie czy badania diagnostyczne typu rezonans (...) *coś takiego obywatel Ukrainy może wykupić na kilka miesięcy czy na krótki okres czasu (...) i nie daj Boże chorób czy powrotu do kraju, co często jest wymagane i co się moim rodakom przydaje przy konflikcie z pracodawcą albo wypadku w pracy* (migrant z Ukrainy, konsultant ubezpieczeniowy).

Z perspektywy migrantów, którzy wybrali Polskę jako miejsce stałego pobytu (czy to z motywów politycznych, jak np. w przypadku uchodźców z Krymu, czy częściej z ekonomicznych) kluczowe jest uzyskanie Karty Pobytu, ponieważ umożliwia ona zameldowanie. Oczekiwanie na nią może jednak trwać od roku do 2,5 roku. Obcokrajowcy nie muszą mieć PESEL-u, bo do *Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców (e-WUŚ, ZUS)* (...) można wpisać numer paszportu i nie ma sprawy, możesz korzystać. Jedyne problem,

że kiedy nie wpisujesz PESEL a tylko numer paszportu albo dowodu osobistego, to raczej nie będzie ciebie widać w tym systemie e-WUŚ i dlatego, kiedy idziesz do lekarza, to potrzebne przedtem, jak idziesz do lekarza pójść do ZUS-u i wziąć zaświadczenie, że ty masz ZUS albo pisać takie oświadczenie u lekarza, że masz ZUS. Lekarze raczej potrzebują tego zaświadczenia z ZUS-a (migrantka z Ukrainy, asystentka rodzinna w CW II). Problem niewidoczności ubezpieczenia zdrowotnego w systemie osób ubezpieczonych to rodzaj technicznej wady systemowej, która ma jednak ekonomiczne konsekwencje i jest uciążliwa zarówno dla migrantów, jak i dla personelu medycznego. Potwierdzają to wypowiedzi pielęgniarek środowiska nauczania: (...) *Nowe dzieci, które przyjeżdżają do Polski (z Ukrainy najczęściej), one jakiś czas nie mają numeru PESEL i one są w ogóle do systemu nie wprowadzone ze względu na to, że sprawia to trudność, bo potem dochodzi do różnych blokad i problemów. I ja najczęściej za te dzieci, które nie mają PESELU nie mam zapłacone (...). My udzielamy świadczeń takim dzieciom normalnie tak, jak każdemu innemu, ale nie jesteśmy za to wynagradzane (...)* *One najczęściej po jakimś czasie, po jakimś pół roku zdobywają numer PESEL. Potem się je wprowadza i wszystko jest normalnie i widnieją w systemie. Na podstawie paszportu my nie wprowadzamy ze względu na to, że są problemy z wprowadzeniem do systemu takiego ucznia. (...) Dzieci korzystają z usług w takim stopniu, jak pozostałe dzieci tylko nie jesteśmy wynagradzane* (pielęgniarka środowiska nauczania). (...) *Jeżeli wprowadzamy numer paszportu i jeżeli później wprowadzamy numer danego pracodawcy, to niestety Fundusz w większości wypadków odrzuca nam te dzieci, gdyż w systemie pokazuje, że to nie jest ten pracodawca, że są błędne dane* (Przewodnicząca Komisji ds. Pielęgniarek Środowiska Nauczania i Wychowania OIPiP).

System e-WUŚ identyfikuje numer paszportu jako brak ubezpieczenia. Przed wizytą

u lekarza potrzebne jest więc zaświadczenie z ZUS-u, że dana osoba jest ubezpieczona. Zaświadczenie wystawia się na okres 30 dni i potwierdza ono ubezpieczenie zdrowotne. Bez zaświadczenia lekarz nie wie czy dana osoba jest ubezpieczona i w takiej sytuacji potrzebne jest oświadczenie sporządzane w miejscu świadczenia usługi. Jeżeli oświadczenie nie jest zgodne z prawdą, to osoba, która podała nieprawdziwe informacje musi pokryć koszty świadczenia medycznego.

W czasie oczekiwania na kartę stałego pobytu nie można starać się o zameldowanie i nie można rozpocząć rejestracji w *Powszechnym Elektronicznym Systemie Ewidencji Ludności (PESEL)*, ponieważ rejestracja w systemie PESEL wymaga zameldowania w miejscu pobytu. A to zależy od zgody właściciela, który wynajmuje mieszkanie. Stabilizacja pobytu w kraju przyjmującym zależy też od zatrudnienia. Matka, która sama wychowuje czwórkę nieletnich dzieci, może mieć w tym kontekście problem, żeby znaleźć pracę, ponieważ z punktu widzenia pracodawcy ważna jest sytuacja rodzinna kandydata do pracy, która m.in. jest podstawą proponowanej wysokości dochodu. Znalezienie pracy po części rozwiązuje problemy, z jakimi mierzą się migranci. Jednak brak PESEL-u nadal utrudnia dostęp do systemu opieki zdrowotnej, ponieważ każda wizyta w przychodni wymaga zaświadczenia, że dana osoba ma aktualne ubezpieczenie zdrowotne. Zaświadczenie to powinna przygotować osoba z księgowości danego zakładu pracy, a to wiąże się z jej dodatkowym angażowaniem i może budzić jej niechęć do wykonywania nieobowiązkowych czynności. Każda wizyta w przychodni czy szpitalu wymaga bowiem ponownej weryfikacji posiadania aktualnego ubezpieczenia zdrowotnego. (...) *Pamiętam, że cały czas biegałam do tej księgowej, po prostu u dziecka boli ząb, trzeba najpierw pójść do księgowej wziąć ten ZUS a oni też zawsze denerwowali, nie chcieli to dawać*

a ja to często potrzebowałam. Dzieci u jednego ząb, u jednego coś tam, do okulisty, trzeci jeszcze coś, no i naprawdę za dużo problemów (...). Teraz spokój, że swoją firmę otworzyłam (uchodźczyni z Ukrainy, właścicielka piekarni i cukierni).

Teoretycznie z chwilą otrzymania numeru PESEL dostęp do systemu opieki zdrowotnej jest otwarty. W praktyce zdarza się, że personel medyczny ma czasem wątpliwości czy rzeczywiście cudzoziemiec ma aktualne ubezpieczenie zdrowotne. Ilustruje to przypadek obsługi przez personel medyczny, jaki opisała wspomniana wyżej uchodźczyni z Ukrainy. Sytuacja dotyczyła przebiegu ustalonej wcześniej wizyty z synem u okulisty w celu wykonania zabiegu usunięcia gradówek w oku. (...) *PESEL miałam i też odmówili. Jeszcze potrzebowali, żeby jeszcze miałam, znowu, żeby księgowa ten ZUS podała. No jak? Jestem ubezpieczona, już mam PESEL. Nie będziemy robić zabieg. Niech pani jeszcze czeka. Zadzwoiłam do swojego szefa, chyba trochę pokrzyżał. Potem wysłali e-mail, znowu od księgowej. Księgowa wyszła na urlop. Szef zadzwonił do księgowej, żeby ona przyszła do biura i przez e-mail wysłali znowu moje ubezpieczenie. No i widać było też, że albo to była dyskryminacja, nie wiem, no nie chcieli po prostu przyjąć i koniec, chociaż ja w kolejce czekałam, na ten dzień będzie zabieg a oni cały czas – pani nie jest ubezpieczona i koniec i nie chcieli robić i tak 3 miesiące czekałam. U mojego syna byli te gradówki, gdzieś z pięć gradówek i on był taki zmęczony przez to* (uchodźczyni z Ukrainy, właścicielka piekarni i cukierni). Mimo posiadania PESEL-u, terminowego stawienia się na wizytę i posiadania aktualnego ubezpieczenia zdrowotnego, personel medyczny domagał się zaświadczenia o posiadaniu aktualnego ubezpieczenia zdrowotnego i rozmówczyni musiała wyjaśnić, gdzie pracuje.

Międzysektorowa współpraca w sprawie dostępu imigrantek i imigrantów do systemu opieki zdrowotnej w województwie pomorskim

Brak ustawy migracyjnej w Polsce ogranicza zakres działań na rzecz integracji na poziomie regionalnym. Nie ma na przykład wytycznych i środków na realizację strategii integracyjnej w regionie. Zakres i pole współpracy zależą zatem od potrzeb i możliwości danego regionu. W województwie pomorskim potrzeby takiej współpracy związane są ze wzrostem liczby cudzoziemców, który notuje się od 2016 roku. W tym kontekście w 2018 roku *Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego* zlecił *Jednostkom Samorządu Terytorialnego* zadanie podwyższenia kompetencji w zakresie integracji imigrantów. Udana integracja wymaga udziału wszystkich sektorów społeczeństwa: instytucji publicznych, liderów społecznych i religijnych, systemu edukacji, organizacji pozarządowych, pracodawców oraz podmiotów medycznych (Siciarek, 2020, ss. 4–5). Szerokie pole międzysektorowej współpracy w sprawie dostępu migrantów do systemu opieki zdrowotnej w województwie pomorskim tworzą podmioty samorządowe (*Komisja Społeczno-Gospodarcza Urzędu Miasta*), *Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych* w Gdańsku, podmioty medyczne typu *Niepubliczne Zakłady Medycyny Szkolnej i Opieki Zdrowotnej*, a także organizacje pozarządowe: *Centrum Wsparcia Imigrantów i Imigrantek* w Gdańsku, *Pomorskie Hospicjum dla Dzieci* w Gdańsku czy *Europejskie Centrum Solidarności*.

Działania kooperacyjne poszczególnych instytucji mają charakter inicjacyjny (*Urząd Marszałkowski*), koncepcyjny i pragmatyczny oraz operacyjny (*Centrum Wsparcia Imigrantów i Imigrantek*). W marcu 2020 roku CW II i OIPIP

w Gdańsku zawarły porozumienie, dzięki któremu zrealizują projekt włączenia imigrantów w system Podstawowej Opieki Zdrowotnej, szczególnie w środowiskową opiekę pielęgniarzką i położniczą. Specjalizacje pielęgniarzki zostały wybrane, gdyż pracują bezpośrednio z pacjentem w jego środowisku zamieszkania i w szkole.

Projekt ma pomóc przygotować położne na sytuacje, gdy zgłaszają się do nich np. kobiety cudzoziemki w ciąży, ale nie wiadomo, jak rozliczyć usługę medyczną. Młode małżeństwa migrantki, które spodziewają się potomstwa nie mogą bowiem skorzystać z opieki medycznej, mimo tego, że mężowie pracują i z tego tytułu osoby te mają ubezpieczenie zdrowotne. Położna odsyła jednak takie osoby do innych instytucji, bo nie wie, jak rozliczyć usługę medyczną i prosi, żeby dowiedziały się, jaki jest kod pracodawcy, który pozwoli osobie ciężarnej skorzystać z dostępu do *Podstawowej Opieki Zdrowotnej*. Osoba ciężarna zgłasza się do *Centrum Wsparcia* po pomoc, żeby dowiedzieć się dlaczego nie może z niej skorzystać. Mężowie też nie wiedzą, dlaczego żona nie może skorzystać z opieki medycznej.

(...) Okazuje się, że główny pracodawca jest podwykonawcą i tego głównego kodu od głównego pracodawcy, który miał gdzieś tam zgłosić i zapisać nie ma i teraz panie z *Centrum* mówiły a my na spotkaniu powiemy, że wystarczy zgłosić się do nas i już my po nitce do kłębka w sposób niezwykle szybki podamy paniom (pielęgniarkom) te kody. (...) Panie położne nie wiedzą, skąd te numery brać, sama pani rodząca czy ciężarna nie wie skąd brać, bo mąż tylko wie, że pracuje i dzień w dzień chodzi do danej firmy, ale jest podwykonawcą a nie wie, kto jest główny (Przewodnicząca *Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych* OIPIP). W tym przypadku problem wynika z tego, że pracownicy, którzy pracują w firmie podwykonawczej nie wiedzą, jaki jest właściwy kod dostępu do systemu opieki zdrowotnej, ponieważ siedziba właściwego

pracodawcy jest poza Trójmiastem. Bez dostępu do właściwego kodu nikt nie może rozliczyć świadczenia medycznego. CW II pomaga imigrantom zdobyć dane do rozliczenia usług medycznych w ramach *Narodowego Funduszu Zdrowia: (...) i te panie właśnie te namiary do rozliczenia do NFZ są w stanie bardzo szybko zorganizować dla pań położnych, a one będą zadowolone, że za wykonaną pracę tu i tu bez problemu rozliczą się z NFZ i dostaną za to pieniądze. No, bo co innego zrobić raz, dwa, trzy, pomóc komuś pro bono a co innego świadczyć taką pomoc dookoła i nie móc rozliczyć się z NFZ* (Przewodnicząca *Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych* OIPIP).

W przypadku położnych, które prowadzą działalność gospodarczą jest to szczególnie ważne, ponieważ jeśli problem powtarza się, położne nie mają podstawy do rozliczenia usługi medycznej na podstawie kontraktu z NFZ. Z pomocą pielęgniarek i położnych środowiskowych oraz pielęgniarek środowiska nauczania z dwóch pomorskich *Izb Pielęgniarek i Położnych* przeszkolonych przez CW II imigranci będą włączani w system POZ. Za włączenie imigrantów do systemu opieki zdrowotnej pielęgniarka otrzyma wynagrodzenie według stawki kapitałowej wypłacanej przez NFZ. Efekt działania i jego konstrukcja finansowa zostały uzgodnione z *Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych* w Gdańsku. Projekt działań kooperacyjnych obejmuje także:

- warsztaty animacyjne metodą dobra wspólnego, podczas których uczestnicy zdefiniują korzyści dla całej społeczności oraz systemu ochrony zdrowia, jakie wynikają z włączenia imigrantów w podstawową opiekę zdrowotną;
- szkolenia międzykulturowe i legalizacyjne z użyciem metody warsztatowej i studium przypadków, w czasie których pielęgniarki i położne środowiskowe zdobędą kompetencje międzykulturowe, wiedzę na temat legalizacji pobytu i pracy, weryfikacji

- uprawnień do korzystania z opieki zdrowotnej przez imigrantów oraz innych aspektów pobytowych;
- szkolenia metodą warsztatową i studium przypadków z pierwszego kontaktu z osobą z odmiennego kręgu kulturowego, która doświadcza przemocy;
- szkolenia metodą warsztatową i studium przypadków dla pielęgniarek środowiska nauczania z kompetencji międzykulturowych i pracy z dzieckiem przechodzącym przez proces adaptacyjny oraz akulturacyjny (CW II, 2019).

Oferta wykładów i szkoleń dla pielęgniarek środowiskowych i położnych zawiera tematy, które są wynikiem kontaktów pracowników CW II z imigrantami. OIPIP jako partner chce skorzystać ze szkolenia w sprawie pomocy imigrantom w dostępie do usług medycznych, ponieważ może ono pomóc m.in. położnej poradzić sobie w sytuacji, gdy np. imigrantka z Czechenii jest w ciąży i potrzebuje pomocy, ale też może pomóc odróżnić w tej sytuacji kontakt z taką osobą i problem nierozliczonej usługi medycznej. CW II skierowało ofertę współpracy do pielęgniarek jako do (...) grup, które wymagają konkretnego uświadomienia i nauczania, jak radzić sobie z tym problemem, żeby potraktować jako wyzwanie a nie bać się, że przyszła, np. Czechenka w ciąży i mam się jej bać. Nie jako Czechenki tylko jako zero rozliczenia (Przewodnicząca *Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych* OIPIP).

CW II może więc pomóc zidentyfikować dane ubezpieczeniowe głównego pracodawcy potrzebne do skorzystania z dostępu do systemu opieki zdrowotnej, bez których położne nie odzyskają pieniędzy za wykonane świadczenia. Działania projektowe mają pomóc rozwiązywać problemy, gdy ubezpieczenie jest zagwarantowane, ale dojście do tej gwarancji jest skomplikowane. Działania projektowe CW II i OIPIP mają także pomagać w sytuacji, gdy

weryfikacja gwarancji ubezpieczeniowych danej osoby wypada dla niej negatywnie, bo okazuje się, że pracuje bez umowy, która to gwarantuje. W przypadku hospitalizacji takich osób CW II pomaga zidentyfikować inne możliwości finansowania usługi medycznej. W procedurze refundacji kosztów usług medycznych partycypują wówczas wyznaczeni w szpitalach pracownicy szpitala, którzy kontaktują się w tej sprawie z *Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej, Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej lub Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej*.

Zadaniem projektu jest pomóc pielęgniarcom wykonywać świadczenia i poznać drogi odzyskania pieniędzy za zrealizowane usługi, które czasem dodatkowo wymagają dojazdu do osoby potrzebującej pomocy położnej. Brak wiedzy jak odzyskać pieniądze powoduje, że położne nie chcą świadczyć usług takim osobom. Z drugiej strony są pielęgniarki, które są przygotowane do świadczenia takich usług, ponieważ mają odpowiednią wiedzę i kompetencje, ale potrzebują pomocy CW II, żeby poznać procedury refundacji takich świadczeń.

Podsumowanie

Współpraca na rzecz dostępu migrantów do systemu opieki zdrowotnej w województwie pomorskim rozwija się dlatego, że:

1. presja z powodu zmian demograficznych w wyniku napływu migrantów do województwa pomorskiego przyczyniła się do utworzenia *Centrum Wsparcia Imigrantów i Imigrantek*, czyli organizacji pozarządowej (*migrant-serving community organization*), która monitoruje te zmiany i wspiera migrantów w rozwiązywaniu ich problemów bytowych, np. w zakresie opieki zdrowotnej. CW II znając specyfikę potrzeb migrantów oferuje ekspercką wiedzę i komplementarne usługi;
2. personel medyczny, który ma bezpośredni kontakt z migrantami (np. *front-line staff*

typu: służby ratownictwa medycznego w szpitalach, położne, pielęgniarki środowiskowe i pielęgniarki medycyny szkolnej i wychowania czy pielęgniarki medycyny paliatywnej) także zaczął odczuwać presję z powodu zmian demograficznych i w odpowiedzi na nią współtworzy z organizacją pozarządową program działania, który usprawni ich pracę (Fortier, 2010, s. 3).

System opieki zdrowotnej wrażliwy na potrzeby migrantów nie tworzy jednak nowych usług. Ilość i jakość usług zdrowotnych są takie, jakie mają do dyspozycji mieszkańcy kraju przyjmującego. O systemie opieki zdrowotnej powiemy, że jest wrażliwy na potrzeby migrantów dlatego, że uwzględnia językowe, kulturowe, społeczne czy religijne potrzeby osób, które migrują ze swojego kraju. Wrażliwość promigranckiego systemu opieki zdrowotnej to w pewnej mierze wartość dodana tego systemu i wypadkowa jego współpracy ze środowiskiem.

Napływ ludności z tzw. krajów trzecich do Polski i zmiany, jakie on powoduje w województwie pomorskim, określa zakres i sposób konstruowania pola międzysektorowej współpracy w sprawie dostępu migrantów do systemu opieki zdrowotnej w tym województwie. Przybywają tutaj cudzoziemcy, którzy nie mają odpowiednich dokumentów. Na jego terenie legalnie przebywają obcokrajowcy, którzy nie mają ubezpieczenia zdrowotnego z powodu nielegalnego zatrudnienia. Są też osoby legalnie zatrudnione, które mają ubezpieczenie zdrowotne, ale nie wiedzą, jak w pełni skorzystać z dostępu do systemu opieki zdrowotnej. Działania na polu międzysektorowej współpracy na rzecz dostępu migrantów do opieki zdrowotnej w województwie pomorskim uwzględniają zróżnicowane sytuacje, w jakich znajdują się migranci w województwie pomorskim. Zwiększa to zatem możliwości integracji systemowej (dostępu do systemu

opieki zdrowotnej) i integracji społecznej migrantów przybywających do województwa pomorskiego. 🗨️

Dr n. hum. Jacek Mianowski – autor pracuje jako adiunkt w Zakładzie Socjologii Spraw Publicznych i Gospodarki, Instytutu Socjologii na Wydziale Nauk Społecznych Uniwersytetu Gdańskiego. Interesuje się problematyką związaną z socjologią komunikacji społecznej, socjologią zdrowia i choroby oraz socjologią polityki. W tym zakresie prowadzi też badania własne i w kooperacji z partnerami indywidualnymi i instytucjonalnymi. Publikował, m.in., w: *Pomeranian Journal of Life Sciences* [Rębiałkowska-Stankiewicz Małgorzata, Gajewska Magdalena, Mianowski Jacek (2019). Działania profilaktyczne ukierunkowane na nowotwór jądra męczyzn w wieku 15–40 lat. Promocja kampanii „Odważni wygrywają” – doświadczenia toruńskie; *Studiach Humanistycznych AGH* [Rębiałkowska-Stankiewicz Małgorzata, Mianowski Jacek, Gajewska Magdalena (2018). Searching for meaning in life by taking part in drama. The Perspective of mentees of the Fight Cancer Academy in Toruń]; *Miscelanea Anthropologica et Sociologica* [Stankiewicz-Rębiałkowska Małgorzata, Mianowski Jacek (2017). The trajectory of change in an emerging adult with a brain glioma].

Afiliacja:

Zakład Socjologii Spraw Publicznych i Gospodarki
Instytut Socjologii
Wydział Nauk Społecznych
Uniwersytet Gdański
ul. Jana Bażyńskiego 4
80-309 Gdańsk
e-mail: jacek.mianowski@ug.edu.pl

Bibliografia

Bischoff, A., Chiarenza A., Loutan, L. (2009). Migrant-friendly hospitals: a European initiative in an age of increasing mobility, *World Hospitals and Health Services*, 45:3/2009, 7–9.

- Bizoń, Z. (1976). Wzorce adaptacji systemu medycznego do zmian społecznych. W: M. Sokołowska, J. Hołowska, A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie* (107–131). Warszawa: PWN.
- Bloch, N., Goździak, E.M. (red.). *Od gości do sąsiadów. Integracja cudzoziemców spoza Unii Europejskiej w Poznaniu w edukacji na rynku pracy i w opiece zdrowotnej*. Poznań: Centrum Badań Migracyjnych UAM.
- Bosswick, W., Heckmann, F. (2006). *Integration of migrants: Contribution of local and regional authorities*. Pobrane z: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef0622en.pdf
- Centrum Wsparcia Imigrantów i Imigrantek (2019). *Bezpieczna Przystań*, projekt współfinansowany z Programu Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji. Projekt 33/12–2019 /FAMI „Otwarte Pomorze-Integracja w działaniu”, (dokumentacja wewnętrzna organizacji).
- Esser, H. (2006). Migration. Language and Integration, *AKI Research Review 4*.
Pobrane z: <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/2006/iv06-akibilanz4b.pdf>
- Fortier, J.F. (2010). Migrant-Sensitive Health Systems. W: *Health of Migrants. The Way Forward Report of a Global Consultation on Migrant Health* (s. 61–70). Madrid: WHO, IOM.
- Fortier, J.F., Mosca, D., Weekers, J. (red.). (2017). *Health of migrants: resetting the Agenda. Report of the 2nd Global Consultation Colombo*. Sri Lanka, Geneva: IOM. Pobrane z: https://publications.iom.int/system/files/pdf/gc2_sri_lanka_report_2017.pdf
- Godlewska, I. (2018). Szpitale wydają krocie na leczenie nieubezpieczonych cudzoziemców. Nie ma kto oddać długu, *Gazeta Wyborcza*, 31.01.2018.
- Główny Urząd Statystyczny (2018). Cudzoziemcy na krajowym rynku pracy w ujęciu regionalnym. Załącznik 1. Wyniki badania. Cudzoziemcy na krajowym rynku pracy. Pobrane z: <https://stat.gov.pl/statystyki-eksperymentalne/kapital-ludzki/cudzoziemcy-na-krajowym-ryнку-pracy-w-ujęciu-regionalnym,6,1.html>

- IOM UN (2019). *Glossary on Migration*, Geneva: International Organization for Migration.
Pobrane z: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf
- IOM UN Migration (2020). *World Migration Report*, Geneva: International Organization for Migration.
- Justice and Home Affairs, Council of the European Union (2004). Immigrant Integration Policy in the European Union – Council Conclusions. W: *Press Releas, 14615/04 (Presse 321)*, Brussels, 1–34.
- Lofland, J., Snow, D.A., Anderson, L., Lofland, L.H. (2009). *Analiza układów społecznych. Przewodnik metodologiczny po badaniach jakościowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Mińkowska, A. (2010). Cudzoziemiec jako pacjent. Integracja w sferze poznańskiej opieki zdrowotnej. W: N. Bloch, E.M. Goździak (red.), *Od gości do sąsiadów. Integracja cudzoziemców spoza Unii Europejskiej w Poznaniu w edukacji na rynku pracy i w opiece zdrowotnej* (s.145–170). Poznań: Centrum Badań Migracyjnych UAM.
- Mouzelis, N. (1997). Social and system integration: Lockwood, Habermas, Giddens. *Sociology*, 31:1/1997, 111–119.
- Ostrowska, A., Skrzypek, M. (red.). (2015). *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju*. Warszawa: IFiS PAN.
- Państwowa Inspekcja Pracy (2019). *Sprawozdanie Głównego Inspektora Pracy z działalności Państwowej Inspekcji Pracy – 2018*. Warszawa <https://www.pip.gov.pl/pl/f/v/211637/Sprawozdanie%202018%20r>.
- Piątkowski, W. (2015). Dysfunkcyjność systemu opieki zdrowotnej w polskiej socjologii medycyny. Zarys problematyki. W: A. Ostrowska, M. Skrzypek (red.), *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju* (67–104). Warszawa: IFiS PAN.
- Pomorskie Obserwatorium Rynku Pracy (2019). *Informacja o sytuacji na rynku pracy województwa pomorskiego w roku 2019*. Pobrane z: <https://porp.pl/uploads/original/042020/28/fdccb02c50-Rynek-pracy-woj-pomorskiego-w-2019-r.pdf>
- Rausa, B., Lloyd, S.L. (2012). *Encyclopedia of Immigrant Health*. New York: Verlag-Springer.
- Sokołowska, M., Hołowska J., Ostrowska, A. (red.). (1976). *Socjologia a zdrowie*. Warszawa: PWN.
- Siciarek, M. (2020). *Integracja imigrantów i migrantek. Przewodnik pomorski, Gdańsk – Sopot – Gdynia*.
- Skeldon, R. (2018). International Migration, Internal Migration, Mobility and Urbanization: Towards More Integrated Approaches. *Migration Research Series*, 53/2018. Geneva: IOM, 1–10. Pobrane z: <https://publications.iom.int/books/mrs-no-53-international-migration-internal-migrationmobility>.
- Smith, B. J, Tang, K. C., Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21:4/2006, 340–345. DOI:10.1093/heapro/dal033
- World Health Organization (2010). *Health of Migrants. The Way Forward Report of a Global Consultation on Migrant Health*. Madrid: IOM.
- World Health Organization (2010). *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: a Handbook of Indicators and their Measurement Strategies*. Pobrane z: https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1
- Villa, S., Raviglione, M.C. (2019). Migrant's health: Building migrant-sensitive health systems, *Journal of Public Health Research*, 8:1592/2019, 46–49.
- Zgliczyński, W.S. (2018). System ochrony zdrowia w Polsce – wybrane zagadnienia, *Studia Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu*, 4:56/2018, 9–46, DOI.10.31268/StudiaBAS.2018.23
- Zimmerman, C., Kiss, L., Hossain, M. (2011). Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making, *PLoS Med*, 8:5/2011, 1–7, DOI:10.1371/journal.pmed.1001034.

Access of immigrant and immigrant women to the health care system in the Pomeranian Voivodeship – construction of a cross-sectoral cooperation filed

Abstract

Human migration is the movement of people from one location to another. Changing the place of residence means that migrants are facing new challenges. Migration process is conditioned by various variables, among others health. Therefore, the possibilities and restrictions on migrants' access to the healthcare system in the host country can profile the migration process. In this context, multi-sectoral cooperation is needed to create pro-migrant healthcare systems which will be to take into account the cultural and linguistic specificity of migrants and a deficit of their knowledge about the functioning of the healthcare system. Migrants need information on how to effectively use outpatient and medical services in a clinic and hospital.

Since 2014, Poland has been increasingly using foreign workers to fill employment gaps in the labour market. The Pomeranian Voivodeship is one of a region of Poland to which foreigners come with the intention of taking up paid employment. In the Pomeranian Voivodeship are foreigners who do not have the relevant documents and no have health insurance due to illegal employment, but they are legally residents. There are also legally employed people who have health insurance, but they do not know how to make full use of access to the healthcare system. This text is an attempt to determine the field of cross-sectoral cooperation of Pomeranian local government, non-governmental and private institutions that support migrants in accessing Primary Health Care.

Keywords: migration, health, cross-sectoral cooperation, Pomeranian region.