

ZAGROŻENIE BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO A PROBLEM UCHODźCÓW

DOI: 10.26399/meip.4(63).2018.51/t.plusa

WPROWADZENIE

Uchodźcami możemy nazwać tych, którzy uciekają przed wojną lub prześladowaniami w kraju zamieszkania. Z kolei, ci którzy opuszczają swój kraj w celu poprawy jakości swojego życia (poszukiwanie pracy, dołączenie do członków swojej rodziny itp.) są migrantami, którzy mogą w każdej chwili powrócić do swojego domu, czego nie mogą uczynić uchodźcy. W art. 3 ustawy (Dz.U. 2003, nr 128 poz. 117)¹ na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej cudzoziemcowi udziela się ochrony przez: 1) nadanie statusu uchodźcy; 2) udzielenie azylu; 3) udzielenie zgody na pobyt tolerowany; 4) udzielenie ochrony czasowej.

Mając na uwadze powyższe merytoryczne uwarunkowania, musimy odpowiedzieć na pytanie – kim są w istocie rzeczy ci, którzy docierają łodziami do Grecji, Włoch, Serbii? Według danych podanych przez Adriana Edwardsa z Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców, powołanego przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych wśród osób próbujących dostać się do Europy, 3/4 stanowią mężczyźni, a nie kobiety, co jest bardzo symptomatyczne².

* Tadeusz Plusa – prof. dr hab., Wydział Medyczny Uczelni Łazarskiego w Warszawie, tadeusz.plusa@lazarski.edu.pl.

¹ Dz.U. 2003 nr 128 poz. 1176 – Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

² UNHCR – Convention and Protocol Relating to the Status of Refugees.

1. UWARUNKOWANIA PRAWNE

Status uchodźcy jest nadawany cudzoziemcowi, który spełnia warunki uznania za uchodźcę określone w Konwencji dotyczącej statusu uchodźcy, sporządzonej w Genewie 28 lipca 1951 roku oraz protokole sporządzonym w Nowym Jorku 31 stycznia 1967 r. Status uchodźcy jest nadawany także osobom objętym wnioskiem (małżonkom, małoletnim, dzieciom). Przy obecnym stanie prawnym, w przypadku wydania decyzji o odmowie nadania statusu uchodźcy, w decyzji tej orzeka się ponadto o udzieleniu pomocy uzupełniającej lub zgody na pobyt tolerowany. Cudzoziemcowi, który ma status uchodźcy, przysługuje prawo do:

- pomocy społecznej i opieki medycznej;
- do oświaty w szkołach podstawowych, ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych;
- w zakresie podejmowania i wykonywania działalności gospodarczej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do korzystania z takich samych praw, jak obywatele polscy, może wykonywać pracę nie ubiegając się uprzednio o stosowne zezwolenie wojewody oraz do uzyskania zasiłku dla bezrobotnych;
- cudzoziemcowi, który ma status uchodźcy, udziela się pomocy w celu wspierania procesu jego integracji ze społeczeństwem, w trybie i na zasadach określonych w ustawie z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; przysługują mu uprawnienia cudzoziemca, któremu udzielono zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, o ile przepisy ustawy z 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium RP lub inne ustawy nie stanowią inaczej;
- cudzoziemcowi, któremu nadaje się status uchodźcy, wydaje się dokument podróży (ważny na dwa lata od dnia wydania) przewidziany w Konwencji Genewskiej i kartę pobytu ważną przez trzy lata od dnia wydania.

W zobowiązaniach i zarządzeniach Urzędu do Spraw Cudzoziemców, poza przyjęciem i ulokowaniem uchodźców w otwartych ośrodkach dla cudzoziemców, ustalono zapewnienie całodziennego wyżywienia oraz opieki medycznej. Według danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z chwilą uzyskania przez cudzoziemca statusu uchodźcy na terenie RP przysługuje mu prawo do korzystania z pełnego zakresu świadczeń z pomocy społecznej na takich samych zasadach jak obywatelom polskim. Czyli przez pierwsze 6 miesięcy uchodźca miesięcznie otrzymuje 1335 zł oraz na każdego członka rodziny odpowiednio procentowo pomniejszone stawki. Przez następne 6 miesięcy

według przyjętego programu cudzoziemiec/uchodźca otrzymuje 90% kwoty poprzedniej. Pomoc może trwać do 12 miesięcy³.

Powyższe uwarunkowania wynikają z ustawy modyfikowanej w 2015 r.⁴, gdzie art. 70. mówi:

„Cudzoziemcowi, któremu nadano status uchodźcy, udziela się pomocy mającej na celu wspieranie procesu jego integracji. Pomocy tej udziela się w trybie i na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej”.

Cudzoziemcy mają więc zapewniony dostęp do polskich publicznych placówek opieki zdrowotnej, jeżeli oni sami (dobrowolnie) lub ich pracodawcy (obowiązkowo) opłacają składki na ubezpieczenie zdrowotne w Polsce (na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135 z późniejszymi zmianami). W przypadku uchodźców, cudzoziemców ze zgodą na pobyt tolerowany oraz cudzoziemców mających pozwolenia na pobyt stały (w przypadku braku pracy), składki na ubezpieczenie zdrowotne mogą być opłacane przez powiatowy urząd pracy lub ośrodek pomocy społecznej⁵.

2. OPIEKA MEDYCZNA

Należy podkreślić, że opieka medyczna przyznana uchodźcom już przebywającym w Polsce w minionym roku wyniosła 10,3 mln zł, a do października bieżącego roku koszt przekroczył już 8,5 mln zł. Minimum 12 mln zł – to koszt wstępnych badań i opieki medycznej nad uchodźcami z Syrii i Erytrei, których Polska ma przyjąć w najbliższym czasie.

Uchodźcy są objęci pomocą, o której mowa w art. 57 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 2006, nr 234, poz. 1695 ze zmianami) oraz dzieci tych cudzoziemców od chwili urodzenia do czasu złożenia w ich imieniu

³ Dz.U. 2003, nr 128 poz. 1176 – Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

⁴ Ustawa z dnia 10 września 2015 r. o zmianie ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

⁵ *Finansowanie leczenia cudzoziemców w Polsce*, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechno-ubezpieczenie-zdrowotne/finansowanie-leczenia-cudzoziemcow-w-polsce>

wniosku o nadanie statusu uchodźcy, w zakresie określonym w art. 67 ust. 1 tej ustawy⁶.

Opieka medyczna, za którą będzie płacić Urząd do Spraw Cudzoziemców, obejmuje wstępne badania, leczenie specjalistyczne, hospitalizację, opiekę długoterminową, stomatologię i ratownictwo, opiekę psychologa. Szacunkowo przyjmuje się, że na osobę wyniesie to 263 zł miesięcznie.

2.1. Pomoc medyczna w ośrodkach dla uchodźców

Obowiązujące zasady wynikające z ustaw i rozporządzeń nakładają obowiązek zapewnienia opieki medycznej osobom ubiegającym się o status uchodźcy. Na wniosek cudzoziemca, wobec którego zostało wszczęte postępowanie o nadanie statusu uchodźcy, a który nie ma wystarczających środków finansowych, Szef Urzędu do Spraw Cudzoziemców przyznaje pomoc polegającą na umieszczeniu go w ośrodku dla osób ubiegających się o status uchodźcy lub azylu, bądź przyznania świadczenia pieniężnego na pokrycie we własnym zakresie kosztów pobytu na terytorium Polski oraz udzieleniu opieki medycznej⁷. Cudzoziemcowi zakwaterowanemu w ośrodku pobytowym przysługują⁸:

- wyżywienie,
- bilety na przejazd w celu wzięcia udziału w postępowaniu o status uchodźcy, badaniach lekarskich, szczepieniach i w innych uzasadnionych przypadkach,
- zapewnienie pomocy dydaktycznych dla dzieci uczęszczających do szkół publicznych i pokrycie kosztów związanych z nauką,
- stała pomoc pieniężna na zakup środków higieny osobistej oraz pokrycie drobnych wydatków osobistych,
- pomoc medyczna.

Centralny Szpital Kliniczny MSWiA realizuje umowę z Urzędem do Spraw Cudzoziemców w Warszawie od dnia 1 lutego 2005 roku na podstawie, której koordynuje za pomocą powołanego Zespołu ds. Świadczeń Medycznych dla Osób Ubiegających się o Nadanie Statusu Uchodźcy, wykonywanie

⁶ Dz.U. 2003, nr 128 poz. 1176 – Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

⁷ *Finansowanie leczenia...*, *op. cit.*

⁸ I. Rzeplińska, J. Białas, B. Domańska i wsp., *Status uchodźcy – ochrona uzupełniająca w Polsce – co dalej?*, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2012, s. 19–25.

świadczeń zdrowotnych na rzecz cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy⁹. Opieka medyczna obejmuje:

1. **Filtr epidemiologiczny.** Wszystkie osoby zgłaszające się po raz pierwszy z wnioskiem o objęcie ich pomocą socjalną przechodzą przez tzw. filtr epidemiologiczny w ośrodku recepcyjnym w Białej Podlaskiej lub w Podkowie Leśnej-Dębak. W ramach filtra są wykonywane badania obejmujące następujące procedury medyczne: wczesne wykrywanie, diagnostyka i kierowanie na leczenie gruźlicy, wczesne wykrywanie, diagnostyka i kierowanie na leczenie chorób zakaźnych, wenerycznych i pasożytniczych.
2. **Punkty medyczne na terenie ośrodków.** W każdym z ośrodków działają punkty medyczne, w których pomocy z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielają lekarz, lekarz pediatra oraz pielęgniarki.
3. **Specjalistyczne badania i konsultacje.** W uzasadnionych przypadkach chorzy są kierowani, poprzez wystawienie stosownego skierowania, przez lekarzy ośrodkowych do szpitali lub na badania specjalistyczne. Usługi specjalistyczne wykonywane są w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA lub w innych zakładach opieki zdrowotnej, z którymi Szpital ma podpisaną umowę.
4. **Opiekę stomatologiczną.** Cudzoziemcy korzystają z opieki dentystycznej w gabinetach stomatologicznych, z którymi Urząd do Spraw Cudzoziemców podpisał umowy o wykonywanie tych usług.
5. **Pomoc psychologiczną.** W ośrodkach dla cudzoziemców rozwinięty jest system opieki psychologicznej. W szczególnych przypadkach cudzoziemcy kierowani są do specjalistycznych zakładów opieki psychologicznej lub psychiatrycznej.
6. **Rehabilitację.** W celu otrzymania środków finansowych na rehabilitację najpierw należy udać się do lekarza specjalisty po opinię o niezbędności przeprowadzenia zabiegów rehabilitacyjnych. Lekarz specjalista powinien określić rodzaj, liczbę i koszty zabiegów. Uzyskaną opinię należy przedłożyć lekarzowi ośrodka, który skieruje pacjenta na odpowiednie leczenie rehabilitacyjne.

2.2. Ośrodki i tzw. filtry epidemiologiczne

W Polsce istnieje 12 ośrodków dla uchodźców, w których zapewniona jest całościowa opieka zdrowotna dla każdego cudzoziemca. W ośrodkach recepcyjnych w Podkowie Leśnej-Dębaku i Białej Podlaskiej są oni poddawani

⁹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 654 z późn. zm.

badaniom głównie pod kątem chorób zakaźnych (m.in. w kierunku wirusowego zapalenia typu B i C, nosicielstwa wirusa HIV oraz pozytywnych odczynów kiłowych VDRL). W wyznaczonych szpitalach są wykonywane także badania radiologiczne klatki piersiowej¹⁰.

Utworzone tam tzw. filtry epidemiologiczne przeprowadzają badania wstępne. Wykryte zakażenie powinno być weryfikowane w warunkach szpitalnych, w zakresie posiadanych możliwości diagnostycznych i leczniczych. Wśród uchodźców, którzy w ciągu ostatnich miesięcy trafili do Europy z Afryki, stwierdzono jedynie pojedyncze przypadki odry, błonicy, krztuśca, gruźlicy i duru brzuszego. W Polsce, jak wynika z informacji Głównego Inspektora Sanitarnego, ryzyko epidemii jest niskie, m.in. dzięki wysokiemu odsetkowi Polaków zaszczepionych przeciwko krztuścowi, polio, błonicy i odrze¹¹. Istnieje jednak ryzyko sprowadzenia do kraju, w których rozlokowani zostaną uchodźcy, różnego rodzaju chorób zakaźnych, w tym ryzyko pojawienia się chorób nie występujących w tej strefie klimatycznej. Z tego punktu widzenia napływ imigrantów do Europy, od wielu tygodni określany jako najostrożniejszy kryzys migracyjny po drugiej wojnie światowej, oznacza wielkie wyzwanie dla zdrowia publicznego głównie dlatego, że przybysze pochodzą m.in. z Afryki i Bliskiego Wschodu.

3. ZAGROŻENIE BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO

Obserwowane ruchy migracyjne, a zwłaszcza uchodźstwo, stanowią istotne zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego, które jest elementem bezpieczeństwa narodowego¹². Co prawda, Polska jest aktualnie traktowana przez uchodźców jako kraj tranzytowy w drodze do zachodniego „socjału”¹³, ale ich obecność stwarza możliwość przeniesienia wielu chorób, zwłaszcza zakaźnych.

Pion Epidemiologii i Mikrobiologii wraz z laboratorium BSL 3 (*biological safety level*) Państwowego Zakładu Higieny jest gotów do podjęcia niezbędnych działań w zakresie diagnostyki i prewencji chorób zakaźnych, o ile taka

¹⁰ Ustawa z dnia 10 września 2015 r. o zmianie ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

¹¹ D. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska, 2011, s. 168–185.

¹² E. Nowak, M. Nowak, *Zarys teorii bezpieczeństwa narodowego, Zarządzanie bezpieczeństwem*, Warszawa 2015, s. 24–30.

¹³ I. Latkowska, *Uchodźcy jako zagrożenie dla bezpieczeństwa społecznego w Polsce w świetle badań społecznych*, Res Polticae, 2016, VIII: 93–108.

potrzeba zostanie określona przez Ministerstwo Zdrowia i Główny Inspektorat Sanitarny. Koszty tych działań powinny zostać pokryte z odpowiedniego funduszu Komisji Europejskiej za pośrednictwem MZ i GIS (wypowiedź prof. dr hab. med. Mirosława Wysockiego – byłego dyrektora PZH). Należy podkreślić, że dotychczas przybywali do nas głównie uchodźcy ze Wschodu, co spowodowało, że w 2009 roku do PZH zgłoszono 652 przypadki zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A (żółtaczkę pokarmową), przy czym chorowały przede wszystkim dzieci przebywające w ośrodkach dla uchodźców na Lubelszczyźnie.

Z dostępnych raportów i publikacji wynika, że u przyjeżdżających do Europy uchodźców z Afryki Północnej i Subsaharyjskiej wykryto m.in. krztusiec, gruźlicę, zakażenia skóry, dur brzuszny oraz choroby pasożytnicze. Zarejestrowano też pojedyncze przypadki odry i błonicy. Według ECDC (*European Centre of Disease Control*) ryzyko zawleczenia przez uchodźców czy emigrantów chorób egzotycznych (np. gorączki Ebola czy zakażeń koronawirusem) jest niskie. W 2015 roku w znajdujących się na terenie Unii Europejskiej ośrodkach dla uchodźców zdarzyły się zachorowania na dur powrotny, błonicę oraz meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, to w żadnym z tych przypadków nie doszło do wybuchu epidemii¹⁴.

Zakażenia jelitowe stanowią najpowszechniejsze zagrożenie dla populacji europejskiej. Liczba zakażonych *Shigella spp.* – bakterią odpowiedzialną za wywoływanie duru brzusznego – pozostaje w ścisłym związku z brakiem higieny u uchodźców. Problemem jest fakt, że nowo przyniesione szczepy wykazują znaczną oporność na dotychczas stosowane antybiotyki¹⁵.

W Danii, Szwecji i Niemczech odnotowano przypadki zachorowań na ciężką postać błonicy, której dotychczas w Europie nie stwierdzano. Według raportu ECDC źródłem zakażenia byli przybyli do tych krajów uchodźcy¹⁶.

Dane brytyjskiego Ministerstwa Zdrowia pokazują, że od 2011 r. odnotowano ponad 100 przypadków zakażeń przecinkowcem cholery i 1200 zachorowań na dur brzuszny. Poza tym nieoficjalnie mówi się o tym, że w ostatnich 5 latach w brytyjskich szpitalach aż 10-krotnie podejrzewano u chorych zakażenie pałeczką dżumy, ale żaden z tych przypadków nie został oficjalnie potwierdzony przez agencję *Public Health of England*. Mimo to eksperci

¹⁴ Rapid risk assessment: Communicable disease risks associated with the movement of refugees in Europe during the winter season. ECDC, 16 November 2015.

¹⁵ Rapid risk assessment. Shigellosis among refugees in the EU. ECDC. 2015.

¹⁶ Rapid risk assessment: Cutaneous diphtheria among recently arrived refugees and asylum-seekers in the EU. ECDC, 31 July 2015.

zalecili Brytyjczykom wzmoczoną czujność, bowiem w średniowieczu dżuma zabiła 25 milionów ludzi¹⁷.

We włoskiej prowincji Lodi zarejestrowane są przypadki zachorowania na gorączkę Zachodniego Nilu. W Hiszpanii lekarze zanotowali pierwszy przypadek zakażenia się tropikalnym wirusem chikungunya. Eksperci wiążą rozpowszechnianie się chorób tropikalnych na terytorium Unii Europejskiej także z przyływem migrantów.

Według raportu Robert Koch Institute w Niemczech wynika¹⁸, że odnotowano tam „gwałtowny rozwój chorób zakaźnych”, co wiąże się z kolejną falą uchodźców w Europie. Z kolei Roczny Raport Epidemiologii Chorób Zakaźnych, opublikowany w Niemczech 12 lipca 2017 r., wskazuje, że od 2015 r. w Niemczech uległa znacznemu zwiększeniu liczba zachorowań na epidemiczne zapalenie spojówek, ospę wietrzną, cholere, kryptosporidiozę, dengę i bąblowicę, a także odnotowano wzrost liczby zakażeń hantawirusowych, infekcyjnych zapaleń wątroby, zatruc jadem kiełbasianym, gorączek krwotocznych i dużo częstsze występowanie enterokrwotocznego szczepu *Escherichia coli* oraz bakterii *Haemophilus influenzae*. Szczególnie niepokojące jest zwiększenie liczby zachorowań na AIDS, gruźlicę, trąd, dur epidemiczny, odrę, meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu, nagminne zapalenie przyusznic, dur rzekomy, różyczkę, dyzenterię, kiłę, toksoplazmozę, włośnicę, tularemię, tyfus i krztusiec.

Większość tych chorób nie występowała w Europie od dziesiątków lat w wyniku prowadzonych szczepień oraz nacisku na higienę. Zapomniano o durze epidemicznym, w którym umieralność wynosi ok. 40%, jeżeli choroba nie jest wcześniej rozpoznana i nie jest leczona antybiotykami. Zachorowania na dengę, chorobę tropikalną, nie były spotykane w Europie. Obecnie liczba zachorowań stale się zwiększa. Z tego powodu ECDC wzmacnia stale nadzór i kontrole nad zachorowaniami w Europie, szczególnie w aspekcie lawinowego napływu uchodźców¹⁹.

Jak wynika z raportów i doniesień prasowych, znaczna liczba uchodźców nie trafia do ośrodków dla nich przeznaczonych, gdzie powinni przejść badania medyczne. Jak podano, na 1,1 mln zarejestrowanych w Niemczech uchodźców ok. 300 tys. zniknęło poza wyznaczonymi ośrodkami i nie wiadomo, co

¹⁷ Do Europy powracają śmiertelne choroby przenoszone przez imigrantów. Europa, 15 lutego 2016.

¹⁸ G. Wierchołowski, *Ten raport jest wstrząsający! Groźne choroby uchodźców atakują Europę!*, Republika, 2017.

¹⁹ M. Chatchpole, D. Coulombier, *Refugee crisis demands European Union-wide surveillance!*, Eurosurveillance, 2015, 20, 45.

się z nimi dzieje. Szczególnie bulwersujący jest opisany w prasie przypadek uchodźcy z Jemenu, który uciekając przed deportacją schronił się w parafii w Bünsdorf (północne Niemcy), gdzie przebywał ponad 6 miesięcy i, jak się okazało, był chory na szczególnie oporną na leczenie odmianę gruźlicy. W czasie pobytu w parafii uchodźca miał kontakt z dziećmi z przedszkola umiejscowionego obok i mógł zarazić ponad 50 podopiecznych, co stwarza wyjątkową sytuację epidemiczną. ECDC w swoich raportach podała, że w 2016 r. odnotowano 58 994 przypadki zachorowań na gruźlicę w 30 krajach Unii Europejskiej, co wskazuje na konieczność zwiększenia nadzoru epidemicznego²⁰.

Tragiczny jest także stan uzębienia i higieny jamy ustnej. W przeprowadzonych badaniach uchodźców w Niemczech wykazano, że 79% ma zaawansowaną i nieleczoną próchnicę, a wielu ma ropne zmiany w jamie ustnej. Stosowanie codziennej higieny jamy ustnej jest dla większości nowym odkryciem²¹.

ECDC w swoich zaleceniach podaje prawdy oczywiste, a w tym, że stan zdrowia migrantów powinien być sprawdzany już przy wjeździe do Unii, że uchodźcom należy stworzyć odpowiednie warunki do czasowego pobytu – dach nad głową, sanitariaty, żywność, że konieczne jest prowadzenie edukacji prozdrowotnej i szczepień. ECDC zaleca także badania przesiewowe pod kątem chorób zakaźnych, w połączeniu z informacją, skąd pochodzą chorzy migranci oraz, jaką przebyli drogę, aby poznać ewentualne źródła zakażeń. Zalecenia są po to, aby raportu ECDC nie wykorzystywano do szerzenia strachu przed uchodźcami. Według dr Zsuzsanny Jakab, dyrektor WHO na Europę:

„Pomimo powszechnego mniemania o powiązaniu pomiędzy uchodźcami i migracją chorób zakaźnych, nie stwierdzono takiego przypadku”²².

Niestety, dostępne fakty wskazują, że jest inaczej.

4. SPECJALNA LISTA CHORÓB

Resort zdrowia opracował specjalną listę chorób, których rozpoznanie lub podejrzenie wystąpienia może stanowić podstawę odmowy wjazdu cudzoziemca na terytorium Polski. Są to: błonica, cholera, polio czy gruźlica płuc

²⁰ Surveillance raport: Annual epidemiological raport for 2016. Tuberculosis. ECDC 2018.

²¹ M. Solyman, A.-M. Schmidt-Westhausen, *Oral health status among newly arrived refugees in Germany: a cross-sectional study*, BMC Oral Health, 2018, 18(132), s. 1–9.

²² Cała prawda o zdrowiu uchodźców, Med Express.pl

w okresie prątkowania, dur brzuszny i dury rzekome (A, B i C), dur wysypkowy, dżuma, ospa prawdziwa i lekooporna gruźlica pozapłucna, gorączki krwotoczne oraz grypa wywołana nowym szczepem wirusa (szczepem pandemicznym lub wysoce zjadliwymi szczepami odzwierzęcymi), a także zakażenia wirusami powodującymi zespół ostrej niewydolności oddechowej.

Na liście są nie tylko choroby zakaźne charakteryzujące się ciężkim przebiegiem klinicznym i wysoką umieralnością, ale także te, które mają duży potencjał przenoszenia się drogą oddechową, przez skażenie żywności lub wody. Patogeny, które mogą wywoływać choroby zakaźne, niosą ze sobą ryzyko ich epidemicznego szerzenia się na terenie Polski. Problemem będzie sytuacja, gdy dojdzie do masowego napływu zakażonych, z czym należy się liczyć w przypadku przyjmowania nielegalnych uchodźców.

Choroby zakaźne, które mogą występować wśród cudzoziemców przybywających z Bliskiego Wschodu i dla których może istnieć zwiększone ryzyko wystąpienia ognisk epidemicznych, są najczęściej chorobami, przeciw którym w Polsce prowadzone są szczepienia w ramach Programu Szczepień Ochronnych (poliomyelitis, odra, błonica, krztusiec). Stopień zaszczepienia grup objętych obowiązkiem szczepień ochronnych w Polsce sięga 98–99%. Można więc przyjąć, że polskie społeczeństwo jest zabezpieczone. Jednakże znaczna liczba chorób występujących na obszarach Azji i Afryki może stanowić szczególne wyzwanie dla polskiej służby zdrowia, czego przykładem może być bliskowschodnia odmiana SARS, tzw. MERS (*Middle East Respiratory Syndrom*), a także gorączki krwotoczne, denga, nosicielstwo *Klebsiella pneumoniae* NDM z opornością na większość antybiotyków oraz liczne choroby pasożytnicze.

Każdy przebywający w Polsce legalnie i zadeklarowany do lekarza POZ cudzoziemiec, bez względu na tytuł ubezpieczenia zdrowotnego otrzymuje bezpłatnie szczepienia ochronne do 19. roku życia i jest możliwe w stosunku do niego egzekwowanie realizacji szczepień. Takie postępowanie znajduje pełne uzasadnienie, ale po dokonaniu szerokiego spektrum badań mikrobiologicznych i parazytologicznych. Łączy to się z jednej strony z przygotowaniem merytorycznym zespołów oceniających stan uchodźców, a z drugiej – z możliwością wykonania badań specjalistycznych (aparatura, testy, odczynniki, primery itp.). Wszystko to przekłada się na konkretne pieniądze, które muszą być wydane, aby szczelność systemu uchroniła polskich obywateli od nieoczekiwanych zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego.

Wykrycie u przyjmowanego uchodźcy nosicielstwa patogenu zakaźnego wymaga obserwacji, a w niektórych przypadkach izolacji i leczenia. Stwierdzenie natomiast objawów choroby zakaźnej nakazuje bezwzględną hospitali-

zacje²³. Muszą oni być leczeni tak, jak inni chorzy, zgodnie z obowiązującymi zasadami i standardami. Do tego dochodzą trudności w porozumieniu (najczęściej uchodźcy nie znają żadnego obcego języka) oraz w odmiennych zwyczajach żywieniowych. I znowu powstaje kolejny problem finansowania procedur szpitalnych, co generuje konieczność wprowadzenia przez NFZ lub Ministerstwo Zdrowia dodatkowych zasad finansowania tej grupy chorych.

5. ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE DLA UCHODźCÓW W STANIE ZAGROŻENIA ZDROWIA LUB ŻYCIA

Bez względu na podleganie polskiemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, obywatelstwo lub jego brak czy też legitymowanie się dokumentami uprawniającymi do pobytu na terytorium RP, cudzoziemcom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego udzielane są bezpłatnie świadczenia opieki zdrowotnej w postaci medycznych czynności ratunkowych²⁴. Udzielają ich w warunkach pozaszpitalnych zespoły ratownictwa medycznego na podstawie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Świadczenia te finansowane są z budżetu państwa.

Bardziej złożona pozostaje kwestia finansowania świadczeń udzielanych przez podmioty lecznicze cudzoziemcom znajdującym się w stanie zagrożenia zdrowia lub życia. Podstawę prawną udzielania takich świadczeń stanowi art. 15 ustawy o działalności leczniczej²⁵ oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza²⁶. Pierwszy z przepisów mówi, że podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, zaś drugi z nich obliuguje lekarzy do udzielania pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki²⁷.

²³ *Dostęp cudzoziemców do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce*, „Prawo i Medycyna” nr 47/ 05-11-2012, 15:02.

²⁴ *Finansowanie leczenia cudzoziemców w Polsce*, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechno-ubezpieczenie-zdrowotne/finansowanie-leczenia-cudzoziemcow-w-polsce>

²⁵ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 654 z późn. zm.

²⁶ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, Dz.U. z 1996 r., nr 28, poz. 152.

²⁷ I. Rzeplińska, J. Białas, B. Domańska i wsp., *Status uchodźcy...*, *op. cit.*, s. 19–25.

Finansowanie świadczeń udzielonych we wskazanych warunkach, nazywanych w literaturze świadczeniami spełnianymi w warunkach tzw. przymusu ustawowego, zależne jest od statusu ubezpieczeniowego cudzoziemca. Świadczenia takie udzielone bowiem cudzoziemcom mającym w RP status świadczeniobiorcy, a zatem objętym polskim ubezpieczeniem zdrowotnym lub zrównanym z ubezpieczonymi, finansowane są ze środków publicznych, których dysponentem jest Narodowy Fundusz Zdrowia²⁸.

Odmiennie przedstawia się kwestia finansowania świadczeń spełnianych w warunkach tzw. przymusu ustawowego na rzecz cudzoziemców nieubezpieczonych. Z uwagi na brak podstaw prawnych do wywiedzenia obowiązku finansowania ich przez Skarb Państwa i Narodowy Fundusz Zdrowia czy też same podmioty lecznicze, które ich udzieliły, należy przyjąć, że koszty udzielonych świadczeń powinny obciążać cudzoziemców, którym te świadczenia zostały udzielone, wskutek czego nie będą one bezpłatne dla cudzoziemców nieubezpieczonych²⁹.

6. POMOC MEDYCZNA UDZIELANA W INNYCH KRAJACH ŚWIATA

Pomoc medyczna w poszczególnych krajach świata dla uchodźców jest bardzo zróżnicowana i pozostaje w zależności od stopnia rozwoju społeczeństwa, jego statusu materialnego oraz od obowiązujących ustaleń prawnych. Istotny wpływ na podejmowane decyzje ma wielkość mniejszości narodowych, co przedstawiono w tabeli 1 na podstawie dostępnych fragmentarycznych danych³⁰.

W krajach, gdzie uchodźcy są przyjmowani od dziesięcioleci, istnieje prawo, które reguluje realizację potrzeb i oczekiwań przyjmowanych oraz bezpieczeństwo przyjmujących, w tym także opiekę zdrowotną i bezpieczeństwo zdrowotne³¹.

²⁸ Finansowanie leczenia cudzoziemców w Polsce. <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechno-ubezpieczenie-zdrowotne/finansowanie-leczenia-cudzoziemcow-w-polsce>

²⁹ D. Lach, *Zasada równego dostępu...*, *op. cit.*, s. 168–185.

³⁰ *Health System Review*, www.euro.who.int/en/.../health-system-reviews-hits

³¹ *Ibidem*.

Tabela 1

Mniejszości narodowe (w tym uchodźcy) w wybranych krajach Europy

Kraj	Mniejszości narodowe
Niemcy	9% (7,2 mln)
Francja	15% (10 mln)
Hiszpania	12% (5,3 mln)
Włochy	4,2% (2,5 mln)
Norwegia	13,0% (660 tys.)
Wielka Brytania	25% (16 mln)
Szwecja	1/5 obywateli ma inny kraj urodzenia lub rodziców nie-Szwedów
Finlandia	Cudzoziemcy (uchodźcy) nie są objęci powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym
Grecja	(?) Wzmożony napływ uchodźców
Polska	> 80 tys. Czeczenów

Źródło: opracowanie własne.

W Niemczech oferuje się uchodźcom opiekę socjalną i medyczną, przy czym za usługi medyczne płacą za nich poszczególne gminy świadczeniodawcom.

We Francji nielegalni imigranci otrzymują zabezpieczenie w ramach nagłej pomocy na obowiązujących zasadach, ale istnieją także prywatne stowarzyszenia non-profit, które w ramach specjalnych programów zapewniają opiekę w poradniach i szpitalach.

W Hiszpanii przyznano imigrantom bezpłatny dostęp do opieki zdrowotnej w ramach obowiązującego systemu publicznego, ale bez długoterminowej opieki okulistycznej i dentystrycznej. Natomiast nagła pomoc pediatryczna i położnicza jest dostępna w pełnym zakresie.

We Włoszech przebywający nielegalnie mają zabezpieczoną nagłą pomoc doraźną specjalistyczną i szpitalną, a także szczepienia, ale po złożeniu specjalnego formularza. Należy podkreślić, że opiekę nad uchodźcami potraktowano jako priorytet zdrowotny.

W Grecji uchodźcom przyznano bezpłatną opiekę medyczną w ramach obowiązującego systemu. Ze względu na wzmożony napływ uchodźców w punktach recepcyjnych rozwinięto opiekę medyczną, wsparcie psychospołeczne i wprowadzono działania profilaktyczne. Na ile są one realizowane, tego nie wiemy.

W Szwecji wszyscy obywatele, w tym uchodźcy, mają pełną opiekę zdrowotną.

W Norwegii obywatele, w tym uchodźcy, korzystają z ustawowej opieki medycznej. Podstawową pomoc dla uchodźców organizuje Norweski Czerwony Krzyż i Miejska Misja Kościelna w Oslo.

W Finlandii imigranci spoza Unii Europejskiej nie są objęci powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, ale mogą uzyskać pomoc doraźną.

W Kanadzie nowy minister imigracji John McCallum zapowiada przywrócenie pełnej opieki zdrowotnej dla uchodźców. Poprzedni konserwatywny rząd Stephena Harpera opiekę tę znacznie ograniczył w 2012 roku. Opieka ta nie obejmowała dentystryki, protetyki i niektórych szczególnie kosztownych leków. Konserwatyści argumentowali ograniczenia dbałością o pieniądze podatników. Cięcia te wywołały oburzenie grup obrońców praw człowieka w Kanadzie. Nazwano politykę Harpera „niezwykle okrutną”. Szybko też pojawili się wolontariusze organizujący kliniki świadczące bezpłatne usługi zdrowotne dla uchodźców.

Podejście do spraw uchodźców w Kanadzie cechuje współczucie, humanitaryzm i chęć pomocy. McCallum dodał też, że nowe podejście do opieki nad uchodźcami tak naprawdę zaoszczędzi pieniądze podatników, ponieważ ma ono charakter prewencyjny. Lepiej, gdy uzyskają oni natychmiastową opiekę zamiast być pacjentami kosztownych szpitalnych oddziałów ratunkowych. Ponadto liberalny rząd Justina Trudeau zobowiązał się, że do końca tego roku sprowadzi do Kanady 25 tysięcy uchodźców z Syrii. W następnym roku ma ich przybyć około 60 tysięcy.

7. WYSOKI KOMISARZ ORGANIZACJI NARODÓW ZJEDNOCZONYCH DS. UCHODźCÓW

Wysoki Komisarz Organizacji Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców (UNHCR – *United Nations High Commissioner for Refugees*) udziela pomocy i wsparcia uchodźcom na całym świecie³². UNHCR został powołany przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych w 1950 roku i początkowo był odpowiedzialny za przesiedlenie 1,2 miliona europejskich uchodźców pozbawionych domu w wyniku II wojny światowej. UNHCR chroni dziś 22,3 miliona osób w ponad 120 krajach. Pierwotnie UNHCR został ustanowiony jako urząd tymczasowy; jego istnienie planowano na trzy lata. Obecnie,

³² UNHCR – Convention and Protocol Relating to the Status of Refugees.

ponad 50 lat później, jest jedną z najważniejszych agend humanitarnych, z siedzibą główną w Genewie i przedstawicielstwami w ponad 100 krajach. UNHCR został dwukrotnie odznaczony Pokojową Nagrodą Nobla za swoją pracę.

UNHCR wspiera uchodźców poprzez:

- udzielanie pomocy doraźnej w sytuacji kryzysowej – koordynuje dystrybucję wody, środków higienicznych i opieki medycznej wśród zgrupowań uchodźców;
- powołanie systemu wczesnego ostrzegania – UNHCR delegował swoich obserwatorów do kilku byłych republik radzieckich, które doświadczyły napięć wynikających z transformacji ustrojowych. Delegaci mają za zadanie stałe monitorowanie sytuacji politycznej w kraju, aby społeczność międzynarodowa mogła odpowiednio wcześniej zareagować na wypadek wybuchu konfliktu zbrojnego;
- pomoc uchodźcom, którzy powrócili do swojego kraju – UNHCR podejmuje liczne przedsięwzięcia na poziomie lokalnym – odbudowę dróg i mostów, działania na rzecz poprawy jakości wody i umożliwienia dostępu do edukacji i opieki medycznej.

Niektóre przykłady działalności UNHCR ilustrują efektywność tej organizacji międzynarodowej:

- w byłej Jugosławii przez prawie cztery lata wojny ponad 3,5 miliona ludzi otrzymało tam pomoc od UNHCR, w tym 2,7 miliona w samej tylko Bośni i Hercegowinie;
- w Sudanie głównym zadaniem jest opieka i repatriacja uchodźców pochodzących z Erytrei;
- w Nepalu nierozwiązanym problemem pozostaje kwestia około 100 tysięcy uchodźców (w ponad 90% Bhutańczycy, ale także grupa Tybetańczyków) rozmieszczonych w obozach;
- działalność w Polsce została odnotowana w latach dziewięćdziesiątych, kiedy to największe grupy, które otrzymały pomoc tymczasową, stanowiły kobiety i dzieci z Bośni (1992) oraz Albańczycy z Kosowa (1999); a obecnie największą grupą uchodźców są obywatele Federacji Rosyjskiej narodowości czeczeńskiej.

UNHCR dba o to, aby wzmocniona ochrona wschodniej granicy Polski nie stała się pretekstem do łamania praw uchodźców. Działa poprzez przeprowadzanie szkoleń dla przedstawicieli lokalnych organów władzy w zakresie praw uchodźców, monitorowanie sytuacji osób ubiegających się o azyl przebywających w ośrodkach dla uchodźców oraz finansowanie pomocy prawnej i socjalnej.

PODSUMOWANIE

Liczba napływających uchodźców do krajów Europy wciąż się zwiększa. Zapewnienie im schronienia, wyżywienia i opieki medycznej wymaga istotnych zmian zarówno organizacyjnych, jak i finansowych. Skala problemu jest duża i podejmowane decyzje niosą za sobą konsekwencje dla własnych obywateli. Zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego, jakie stwarza rzesza napływających uchodźców, jest trudne do zdefiniowania i pełnego zabezpieczenia. Z tego powodu świadomość wynikająca z powyższych faktów stwarza konieczność przygotowania merytorycznego służb medycznych, sanitarnych i ratunkowych. Przy współdziałaniu ze służbami porządkowymi możliwe jest uniknięcie potencjalnych zagrożeń nie tylko dla zdrowia, ale dla bezpieczeństwa narodowego.

BIBLIOGRAFIA

- Chatchpole M., Coulombier D., *Refugee crisis demands European Union-wide surveillance!*, Eurosurveillance, 2015, 20, 45.
- Dostęp cudzoziemców do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce*, „Prawo i Medycyna” nr 47/ 05-11-2012, 15:02.
- Finansowanie leczenia cudzoziemców w Polsce*, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechne-ubezpieczenie-zdrowotne/finansowanie-leczenia-cudzoziemcow-w-polsce>
- Health System Review*, www.euro.who.int/en/.../health-system-reviews-hits
- Lach D., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska, 2011.
- Latkowska I., *Uchodźcy jako zagrożenie dla bezpieczeństwa społecznego w Polsce w świetle badań społecznych*, Res Polticae, 2016, VIII: 93–108.
- Nowak E., Nowak M., *Zarys teorii bezpieczeństwa narodowego*, Zarządzanie bezpieczeństwem, Warszawa 2015.
- Rzeplińska I., Białas J., Domańska B. i wsp., *Status uchodźcy – ochrona uzupełniająca w Polsce – co dalej?*, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2012.
- Solyman M., Schmidt-Westhausen A.-M., *Oral health status among newly arrived refugees in Germany: a cross-sectional study*, BMC Oral Health, 2018, 18(132).
- UNHCR – Convention and Protocol Relating to the Status of Refugees.

Ustawa z dnia 10 września 2015 r. o zmianie ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 654 z późn. zm.

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

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, Dz. U. z 1996 r., nr 28, poz. 152.

Wierzchołowski G., *Ten raport jest wstrząsający! Groźne choroby uchodźców atakują Europę!*, Republika, 2017.

ZAGROŻENIE BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO A PROBLEM UCHODźCÓW

Streszczenie

Bezpieczeństwo zdrowotne stanowi element ogólnie pojętego bezpieczeństwa narodowego. Obserwowane w ostatnich latach szeroko zakrojone ruchy migracyjne, mimo wprowadzonych regulacji prawnych i nadzoru medycznego, niosą ze sobą zagrożenie chorobami, które od dawna nie były rozpoznawane w Europie. Dane podawane przez Europejskie Centrum Kontroli Chorób nakazują zachowanie pełnej gotowości służb medycznych w konfrontacji z lekooporną gruźlicą, cholera, czerwonką czy dengą. Wprowadzane zasad opieki medycznej nad uchodźcami i ich rodzinami, konieczność przeprowadzania badań wstępnych i izolowanie podejrzanych o przenoszenie chorób zakaźnych, nie daje oczekiwanych wyników. Wielu bowiem zarejestrowanych uchodźców omija ośrodki przygotowane do ich przyjęcia, stwarzając realne zagrożenie epidemiczne. Wielkość ponoszonych kosztów tego postępowania znacznie obciąża budżety wielu krajów europejskich.

Słowa kluczowe: uchodźcy, bezpieczeństwo zdrowotne, choroby zakaźne

THREATS TO HEALTH SECURITY VS. THE ISSUE OF REFUGEES

Abstract

Abstract Health security is an element of national security in its general meaning. The extensive migratory movements observed in recent years, despite the introduction of legal regulations and medical supervision, carry the threat of diseases that have not been recognized in Europe for a long time. Data provided by the European Centre for Disease Prevention and Control oblige medical services to be fully prepared to be confronted with drug-resistant tuberculosis, cholera, dysentery or dengue. The rules of medical care introduced for refugees and their families, the need to conduct preliminary tests and isolate the suspected of transmitting infectious diseases, does not give the expected results. A number of registered refugees bypass centres prepared to receive them, creating a real epidemic threat. The volume of incurred costs of this procedure significantly burdens the budgets of many European countries.

Key words: refugees, health security, infectious diseases

УГРОЗА ДЛЯ БЕЗОПАСНОСТИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРОБЛЕМА БЕЖЕНЦЕВ

Резюме

Безопасность в сфере здравоохранения является составляющей частью широко понимаемой национальной безопасности. Наблюдаемые в последние годы масштабные миграционные движения, несмотря на введение правовых норм и медицинского надзора, несут за собой угрозу заболеваний, которые не были обнаружены в Европе уже в течение длительного времени. Данные, предоставляемые Европейским центром по контролю за заболеваниями, обязывают медицинские службы находиться в состоянии полной готовности, чтобы уметь противостоять распространению лекарственно-устойчивого туберкулеза, холеры, дизентерии или денге. Введение правил и норм медицинской помощи беженцам и их семьям, необходимость проведения предварительных осмотров и изолирование лиц, подозреваемых в распространении инфекционных заболеваний, не приносят желаемых результатов. Целые

группы зарегистрированных беженцев обходят стороной центры, предназначенные для их принятия, тем самым представляя реальную эпидемическую угрозу. Размеры расходов, связанных с данными процедурами, в значительной степени обременяют бюджет многих европейских государств.

Ключевые слова: беженцы, безопасность в сфере здравоохранения, инфекционные заболевания

Cytuj jako:

Plusa T., *Zagrozenia bezpieczeństwa zdrowotnego a problem uchodźców*, „Myśl Ekonomiczna i Polityczna” 2018 nr 4(63), 235–253. DOI:10.26399/meip.4(63).2018.51/t.plusa

Cite as:

Plusa, T. (2018) ‘Zagrozenia bezpieczeństwa zdrowotnego a problem uchodźców’ [‘Threats to health security vs. the issue of refugees’]. *Myśl Ekonomiczna i Polityczna* 4(63), 235–253. DOI:10.26399/meip.4(63).2018.51/t.plusa