



**Migranci o nieuregulowanym statusie
pobytu: dostęp do opieki zdrowotnej
w 10 krajach członkowskich
Unii Europejskiej**

Przedmowa

Prawo do ochrony zdrowia jest gwarantowane przez kilka instrumentów ochrony praw człowieka. Jednakże, migranci o nieuregulowanym statusie pobytu przebywający w krajach Unii Europejskiej, a spośród nich w szczególności grupy najbardziej narażone i bezbronne, jak np. kobiety w ciąży i dzieci, korzystają z tego prawa w bardzo różny sposób. Większość krajów europejskich uprawnia migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki zdrowotnej tylko w nagłych wypadkach, a i ta pomoc nie zawsze jest udzielana nieodpłatnie. Na przykład, w niektórych krajach europejskich kobieta w ciąży, która jest migrantką o nieuregulowanym statusie pobytu, może zapłacić nawet tysiące EUR za pomoc lekarską przy porodzie.

Europejskie systemy opieki zdrowotnej walczą o to, by zachować równowagę pomiędzy sprzecznymi interesami, a mianowicie kwestiami finansowymi a troską o zdrowie publiczne. Z powodu kryzysu ekonomicznego, jak i procesów starzenia się społeczeństw, kraje europejskie muszą zmierzyć się z koniecznością ograniczania wydatków w sektorze ochrony zdrowia. W dobie redukcji kosztów prawo wszystkich ludzi do ochrony zdrowia, bez względu na ich status prawny, powinno jednak zawsze być najważniejszą kwestią.

Niniejszy raport zawiera analizę dostępu do opieki zdrowotnej przyznanego migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu w 10 krajach członkowskich Unii Europejskiej. Główny akcent pada na migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, tzn. takich, którzy nie spełniają warunków koniecznych do wjazdu do danego kraju, pobytu tam lub zamieszkania (nazywanych dalej również nieudokumentowanymi migrantami). W oparciu o wywiady przeprowadzone z wieloma różnymi instytucjami, włączając w to władze publiczne na szczeblu krajowym i lokalnym, specjalistów z dziedziny ochrony zdrowia, organizacje pozarządowe zapewniające opiekę zdrowotną, jak i samych nieudokumentowanych migrantów, niniejszy raport stanowi dokument przedstawiający prawne, ekonomiczne i praktyczne przeszkody uniemożliwiające nieudokumentowanym migrantom dostęp do opieki medycznej.

Podczas gdy inne grupy społeczne, takie jak ludzie ubodzy lub nieubezpieczeni, mogą także mieć ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej w niektórych krajach, to jednak szczególne warunki, w jakich żyją nieudokumentowani migranci, narażają ich na konkretne ryzyka zdrowotne. Tacy migranci mogą być ofiarami przestępstw i przemocy na tle rasistowskim, które zagrażają ich życiu. Często pracują w warunkach, które mogą spowodować uszczerbek na ich zdrowiu lub być groźne dla ich życia. Zazwyczaj pracują w budownictwie lub wykonują prace w domu, gdzie częstotliwość występowania wypadków przy pracy jest wysoka. Są także bardziej narażeni na warunki pracy przypominające wyzysk oraz niekorzystne warunki mieszkaniowe, co z kolei osłabia ich zdrowie fizyczne i psychiczne.

Agencja Praw Podstawowych stwierdza w szczególności, że ryzyko bycia ujawnionym i wydalonym powstrzymuje migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu przed szukaniem pomocy medycznej. Dzieje się tak nawet w krajach, gdzie według obowiązującego prawa taka pomoc jest dostępna.

W oparciu o badania terenowe oraz analizę wyników dotychczas przeprowadzonych badań, raport ten ma na celu wskazanie szeregu barier i problemów, które napotykają migranci o nieuregulowanym statusie pobytu próbując skorzystać ze swojego podstawowego prawa w zakresie dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej i jej uzyskania.

Morten Kjaerum

Dyrektor

Spis treści

STRESZCZENIE	7
OPINIE	9
WSTĘP	11
1 KRAJOWE RAMY PRAWNE	17
1.1. Ogólne uprawnienia w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej.....	17
1.2. Prawa w wypadku szczególnych chorób	25
1.3. Prawa szczególnych grup	26
2 REGIONALNE I LOKALNE POLITYKI ZDROWOTNE.....	39
3 KONSEKWENCJE WYKLUCZENIA Z DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ	45
4 PRAKTYCZNE PRZESZKODY I WYZWANIA.....	49
4.1. Koszty i zwroty kosztów.....	49
4.2. Nieświadomość przysługujących praw	52
4.3. Zgłaszanie migrantów policji.....	54
4.4. Uznanie decyzje władz publicznych i ochrony zdrowia	57
4.5. Jakość i ciągłość opieki medycznej	58
WNIOSKI	61
ZAŁĄCZNIKI	63
SPIS TABEL	
Tabela 1: Uregulowania prawne dotyczące dostępu migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki zdrowotnej, 10 krajów członkowskich UE	18
Tabela 2: Warunki otrzymania opieki medycznej, cztery kraje członkowskie UE.....	21
Tabela 3: Dostęp do leków dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, 10 krajów członkowskich UE.....	22
Tabela 4: Dostęp do bezpłatnej opieki przed- i poporodowej, 10 krajów członkowskich UE	27
Tabela 5: Prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej dla dzieci-migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, 10 krajów członkowskich UE.....	30
Tabela 6: Dostęp migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki w zakresie zdrowia psychicznego, 10 krajów członkowskich UE	33
Tabela A1: Wyjaśnienie warunków użytkowania i Państwami Członkowskimi UE	63
Tabela A2: Miasta, w których były prowadzone wywiady wraz z liczbą wywiadów	64

Streszczenie

Niniejszy raport dotyczy prawa i praktyki w zakresie dostępu migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki zdrowotnej w 10 krajach członkowskich UE. Kraje objęte badaniem to: Belgia, Francja, Grecja, Hiszpania, Irlandia, Niemcy, Polska, Szwecja, Węgry i Włochy.

Europejskie systemy opieki zdrowotnej starają się wważyć kwestie finansowe oraz względy zdrowia publicznego tak, aby należycie przestrzegać istniejących standardów związanych z prawami człowieka. Podczas gdy wszyscy mieszkańcy danego kraju powinni mieć dostęp do pewnych form podstawowej opieki medycznej, jak np. konsultacja lekarska w nagłych wypadkach, możliwość wizyty lekarskiej w razie poważnej choroby czy wizyta u ginekologa w wypadku ciąży, w praktyce nie zawsze dostęp do takiej opieki jest zapewniony.

Często wyrażana jest obawa, że rozszerzanie uprawnień migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu będzie zachęcać coraz więcej osób do przekraczania granicy wbrew przepisom lub przebywania w danym kraju bez właściwych dokumentów uprawniających do tego. Według ostatnich badań rządu szwedzkiego, pomimo kilku wątpliwości, doświadczenie pokazuje, że dostępność opieki medycznej nie wpływa na decyzję migrantów, co do wjazdu do danego kraju lub jego opuszczenia.

Ogólnie rzecz biorąc, nie skupiając się na uprawnieniach szczególnych grup (takich jak dzieci) w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej lub na przypadkach określonych chorób (takich jak gruźlica, TB), w sześciu spośród dziesięciu badanych krajów migranci o nieuregulowanym statusie pobytu i niskim statusie ekonomicznym nie mają zagwarantowanego bezpłatnego dostępu do opieki medycznej poza nagłymi wypadkami. W niektórych krajach migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają prawo do korzystania z opieki medycznej tylko w nagłych wypadkach lub odpłatnie wyłącznie z określonych świadczeń medycznych (jak np. badania laboratoryjne). To oznacza, że zostanie im wystawiony rachunek za leczenie, a placówka ochrony zdrowia w takich sytuacjach ma także prawo do sprawdzenia wypłacalności chorego jeszcze przed rozpoczęciem leczenia.

W pozostałych czterech krajach (Belgia, Francja, Hiszpania i Włochy) migranci o nieuregulowanym statusie pobytu, jeśli spełniają określone warunki, mają dostęp do opieki medycznej nie tylko w nagłych przypadkach. W Belgii, Francji i Hiszpanii mają możliwość dostępu do podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej

oraz leczenia szpitalnego. We Włoszech migranci mają dostęp do specjalistycznej opieki medycznej, ale dostęp do lekarza ogólnego nie jest im przyznany.

Niniejszy raport przedstawia w ogólnym zarysie sytuację w 10 badanych krajach członkowskich UE z uwzględnieniem następujących czterech kwestii: opieki medycznej związanej z ciążą i macierzyństwem, opieki medycznej dla dzieci (w szczególności szczepień ochronnych), opieki medycznej w zakresie zdrowia psychicznego oraz leczenia chorób przewlekłych. A sytuacja ta różni się w zależności od kraju. Zdarza się, że pojawiają się przeszkody w dostępie do najbardziej podstawowych usług medycznych, takich jak np. szczepienia ochronne dla dzieci lub opieka przedporodowa dla kobiet w ciąży. Dostęp migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki medycznej w zakresie zdrowia psychicznego jest bardzo ograniczony.

Zarówno analiza zebranych informacji, jak i 221 wywiadów przeprowadzonych z migrantami o nieuregulowanym statusie pobytu, przedstawicielami placówek opieki zdrowotnej, władzami publicznymi, jak i organizacjami społecznymi we wszystkich 10 badanych krajach, pokazały, że ustawodawstwo i praktyka stosowania prawa bardzo często są rozbieżne. W krajach, gdzie opieka medyczna jest powszechnie dostępna, praktyczne przeszkody mogą powstrzymać część migrantów przed korzystaniem z niej. Natomiast w krajach, gdzie prawa są ograniczone, złagodzić sytuację mogą inicjatywy na poziomie lokalnym, często wdrażane przez lub za pośrednictwem organizacji pozarządowych.

W badaniach ujawniono pięć przeszkód stanowiących wyzwania w otrzymywaniu i świadczeniu opieki medycznej tej szczególnej grupie migrantów. Są to: koszty opieki oraz zawiłe procedury zwrotu kosztów, nieświadomość uprawnień u świadczących usługi medyczne i ich beneficjentów, lęk przed wykryciem związany z informacjami przekazywanymi policji, uznaniowe decyzje administracji publicznej i w ochronie zdrowia oraz jakość i ciągłość opieki. Niektóre z tych barier często dotyczą także opieki w nagłych wypadkach.

Pozbawienie migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu dostępu do opieki medycznej zagraża ich życiu i zdrowiu, podnosi koszty przyszłego leczenia w nagłych wypadkach oraz może potencjalnie stanowić zagrożenie zdrowia społeczności w ogóle.

Opinie

Agencja Praw Podstawowych Unii Europejskiej (*European Union Agency for Fundamental Rights – FRA*) opracowała poniższe opinie opierając się na wynikach badań i analizie porównawczej ujętych w niniejszym raporcie. Opinie te ograniczają się do zagadnień uwzględnionych w badaniach.

Uprawnienia do uzyskania leczenia

Migranci o nieuregulowanym statusie pobytu powinni mieć zagwarantowany na gruncie prawa dostęp, do co najmniej podstawowej opieki medycznej. Zapewnienie takiej opieki nie powinno ograniczać się tylko do nagłych wypadków, ale powinno także obejmować inne formy podstawowej opieki zdrowotnej, jak np. możliwość wizyty u lekarza lub otrzymanie potrzebnych leków.

Warunki decydujące o tym, czy dana osoba może skorzystać z opieki medycznej, jak np. konieczność udowodnienia miejsca zamieszkania lub pobytu trwającego przez określony czas, powinny być poddane ponownej ocenie, aby można było zagwarantować, że z ich powodu osoby potrzebujące opieki zdrowotnej nie są jej pozbawione.

Zarówno migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, jak i obywateli danego kraju powinny obowiązywać te same zasady płatności lub zwolnienia z ponoszenia opłat. By pokryć koszty, publiczny fundusz zdrowia powinien obejmować również świadczenia dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu lub powinien powstać oddzielny fundusz na ten właśnie cel.

Przedporodowa, okołoporodowa i poporodowa opieka zdrowotna

W Artykule 24 Konwencji Praw Dziecka (KPD) (Convention on the Rights of the Children – CRC) oraz Artykule 12 Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet (Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women – CEDAW) jest wezwanie do zapewnienia opieki medycznej przed i po porodzie. Jednakże, prawo kobiet w ciąży i matek do ochrony zdrowia jest różnicowane w krajach członkowskich UE.

Kobiety o nieuregulowanym statusie pobytu powinny mieć dostęp do niezbędnej podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej w sytuacji porodu, ale powinny również otrzymywać pomoc medyczną w zakresie położnictwa i ginekologii na takim samym

poziomie jak obywatelki danego kraju. Opieka ta powinna zawierać usługi w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki przed i po urodzeniu dziecka, jak np. możliwość wizyty u ginekologa i dostęp do podstawowych badań, porady w zakresie planowania rodziny i konsultacje.

Opieka zdrowotna dla dzieci

Dzieci mające nieuregulowany status pobytu wciąż napotykały prawne i praktyczne przeszkody w dostępie do opieki zdrowotnej.

W świetle Artykułu 24 KPD każde dziecko przebywające na terytorium danego kraju członkowskiego powinno mieć prawo do takich samych usług z zakresu opieki medycznej jak obywatele tego kraju. Usługi te powinny obejmować szczepienia ochronne, które są głównym środkiem profilaktycznym.

Opieka zdrowotna w zakresie zdrowia psychicznego

Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych ma zastosowanie także w wypadku migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu.

Powinni być oni, zatem brani pod uwagę w realizowanych obecnie inicjatywach europejskich dotyczących zdrowia psychicznego, włączając w to uzupełnienie Europejskiego Paktu na rzecz Zdrowia i Dobrego Samopoczucia Psychicznego.

Choroby przewlekłe

Choroby przewlekłe w coraz większym stopniu stają się przedmiotem zainteresowania systemów opieki zdrowotnej w Europie. Dzieje się tak ze względu na rosnącą troskę o zdrowie publiczne, wpływ, jaki te choroby mają na chorych, i wysokie koszty leczenia.

Natychmiastowa lub niezbędna pomoc medyczna powinna być udzielana na elastycznych zasadach, aby dążyć do zapewnienia, że potrzeby z zakresu opieki medycznej u osób chorych przewlekle, w tym nieudokumentowanych migrantów, są zaspokajane.

Procedury zwrotu kosztów ze środków publicznych

Personel medyczny zauważa, że uzyskanie zwrotu kosztów za udzielenie pomocy medycznej migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu ze środków publicznych jest bardzo złożonym procesem.

Państwa członkowskie UE powinny wdrożyć proste i skuteczne procedury uzyskiwania zwrotu kosztów. Wnioski o zwrot kosztów powinny być rozpatrywane szybko.

Podnoszenie świadomości

Przedstawiciele administracji publicznej pracujący z migrantami o nieuregulowanym statusie pobytu, ośrodki ochrony zdrowia, organizacje społeczne i sami migranci nie zawsze są świadomi zasad i praw w zakresie opieki zdrowotnej dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu. Migranci boją się, że korzystanie z usług medycznych może ich narazić na ryzyko bycia wydalonym, nawet, jeśli nie ma takiego zagrożenia.

Dlatego też państwa członkowskie powinny znaleźć sposoby poradzenia sobie z problemem braku właściwej informacji wśród migrantów, przedstawiciele administracji publicznej i w ośrodkach ochrony zdrowia. Pod uwagę można wziąć między innymi zwiększenie funduszy na szkolenia, kampanie informacyjne, akcje na rzecz pomocy społecznościom migranckim oraz promowanie stosunków partnerskich pomiędzy ośrodkami ochrony zdrowia i organizacjami społecznymi.

Powinno się dokładnie poinformować ośrodki ochrony zdrowia i migrantów, które informacje mogą, a które nie mogą być przekazywane służbom imigracyjnym.

Zgłaszanie migrantów organom imigracyjnym

Migranci o nieuregulowanym statusie pobytu odkładają szukanie pomocy medycznej aż do momentu, kiedy ich stan jest krytyczny, gdyż boją się, że ich nieuregulowany status zostanie ujawniony w trakcie wymiany informacji pomiędzy ośrodkiem ochrony zdrowia a służbami imigracyjnymi. To wpływa negatywnie na zdrowie jednostki i prowadzi do zwiększenia kosztów udzielenia pomocy.

Kraje członkowskie Unii Europejskiej powinny oddzielić opiekę zdrowotną od zasad kontroli migrantów i nie powinny nakładać na ośrodki ochrony zdrowia lub przedstawicieli administracji odpowiedzialnej za zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej obowiązku zgłaszania migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu.

Ciągłość opieki

Migranci o nieuregulowanym statusie pobytu często są leczeni nieformalnie i dlatego nie mają założonych kart z historią choroby.

W systemach opieki medycznej powinno znaleźć się sposoby na sprostanie głównym wyzwaniom w zakresie zapewnienia ciągłości opieki medycznej. Dodatkowo, powinno się przedsięwziąć działania, aby zapewnić ciągłość leczenia w wypadku chorób zakaźnych, jak np. stworzenie obowiązującego w całej Europie systemu skierowań na konsultacje dla osób chorych na gruźlicę.



Wstęp

Prawo do ochrony zdrowia

Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych

Artykuł 12 (1)

Państwa Strony niniejszego Paktu uznają prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego.

Prawo do ochrony zdrowia jest podstawowym prawem społecznym. Najszerza definicja prawa do ochrony zdrowia znajduje się w Artykule 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych Narodów Zjednoczonych (NZ) (MPPGŚiK; *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – ICESCR*) z 1966 roku, który został ratyfikowany przez 27 krajów członkowskich Unii Europejskiej. Treść Artykułu została zacytowana w ramce powyżej.

W Artykule 24 KPD z 1989 roku podkreśla się, że „Państwa-Strony będą dążyły do zapewnienia, aby żadne dziecko nie było pozbawione prawa dostępu do tego rodzaju opieki zdrowotnej”. Ponadto, treść tego artykułu zobowiązuje państwa do powzięcia odpowiednich działań potrzebnych „do zapewnienia matkom właściwej opieki zdrowotnej w okresie przed i po urodzeniu dziecka”.

Potrzeba zapewnienia opieki medycznej w nagłych wypadkach jest także częścią prawa do życia i zakazu nieludzkiego traktowania według Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (EKPC) (*European*

Convention on Human Rights – ECHR).¹ Dodatkowo, Artykuł 13 (1) Europejskiej Karty Społecznej (EKS) (*European Social Charter – ESC*/poprawionej Europejskiej Karty Społecznej - pop. ESC) mówi o tym, że państwa strony podejmują działania, aby zapewnić odpowiednią opiekę zdrowotną w razie choroby, wyraźnie podkreślając obowiązek państw do zapewnienia właściwej pomocy osobom nieposiadającym żadnych środków do życia.

61. Światowe Zgromadzenie Zdrowia, które odbyło się w maju 2008 roku w Genewie, przyjęło rezolucję WHA61.17 na temat zdrowia imigrantów, która wzywa państwa członkowskie do „opracowania mechanizmów wpływających na poprawę zdrowia wszystkich mieszkańców, w tym imigrantów, w szczególności poprzez zidentyfikowanie i usunięcie niedociągnięć w dostarczaniu usług medycznych”.

W Artykule 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej zaznaczone jest, że „przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego”. Działania podjęte przez Unię Europejską mają „uzupełniać polityki krajowe” i być „nakierowane [...] na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom zarówno fizycznym, jak i psychicznym oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego”.

Prawo do ochrony zdrowia jest także zawarte w Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej. Według Artykułu 35 prawo do ochrony zdrowia obejmuje prawo każdego człowieka do dostępu do „profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia

¹ Zob. Europejski Trybunał Praw Człowieka (ETPC), Sprawa *Gagiu v. Rumunia*, Nr 63258, 24 lutego 2009 r., paragraf 57; Sprawa *Tais v. Francja*, Nr 39922/03, 1 czerwca 2006 r., paragraf 98; oba paragrafy dotyczą osób zatrzymanych.

na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych". Według Artykułu 51 instytucje Unii Europejskiej oraz państwa członkowskie muszą stosować się do Karty przy wprowadzaniu nowego prawa w Unii.

W czerwcu 2006 roku Rada Unii Europejskiej przyjęła wspólne wartości dla systemów opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej, które zawierają w sobie uniwersalność, dostęp do opieki medycznej na wysokim poziomie, a także sprawiedliwość i solidarność.² w ogłoszonych w 2007 roku wnioskach na temat zdrowia i migracji w Unii Europejskiej³ Rada podkreśliła, że „zajęcie się zdrowiem migrantów jest podstawą do zapewnienia najwyższego poziomu opieki medycznej i dobrego samopoczucia każdego mieszkańca Unii Europejskiej”.

Prawo migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do ochrony zdrowia

Artykuł 12 MPPGSiK mówiący o prawie do opieki zdrowotnej odnosi się także do migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu.⁴ w 1985 roku Deklaracja dotycząca „praw osób niebędących obywatelami kraju, w którym mieszkają” ograniczyła zastosowanie praw społecznych do migrantów **legalnie** przebywających na terenie kraju. Jednakże, później Komitet Praw Gospodarczych, Socjalnych i Kulturalnych w dwóch komentarzach wyraźnie określił, że migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają prawo do opieki zdrowotnej: Komitet Praw Gospodarczych, Socjalnych i Kulturalnych (KPGSiK) zaznaczył, że „państwa mają obowiązek szanowania prawa do opieki zdrowotnej między innymi przez powstrzymanie się od odmawiania bądź ograniczania równego dostępu do usług medycznych w zakresie profilaktyki, leczenia i łagodzenia bólu dla wszystkich osób, włączając więźniów lub zatrzymanych, mniejszości narodowe, starających się o azyl lub nielegalnych imigrantów”.⁵ Ustalenie głównych zobowiązań wynikających z tego

prawa jest bardziej skomplikowane. Według Komitetu „wszystkie osoby, bez względu na narodowość lub status pobytu, mają prawo do opieki medycznej w nagłych wypadkach, jak i podstawowej opieki zdrowotnej”.⁶ Ogólne Komentarze w sposób niezobowiązujący dają wskazówki państwom-stronom, jak interpretować prawo do ochrony zdrowia w oparciu o MPPGSiK.

Gwarancje praw człowieka obowiązujące w Europie dopuszczają zróżnicowanie między opieką medyczną zapewnianą migrantom o uregulowanym statusie pobytu a opieką zapewnianą migrantom w nieuregulowanej sytuacji prawnej. Zapewnienie opieki wynikające z prawa do pomocy społecznej i medycznej według załącznika do Europejskiej Karty Społecznej (EKS) jest ograniczone tylko do cudzoziemców z uregulowanym statusem pobytu. Jednakże, w 2004 i 2006 roku Europejski Komitet Praw Społecznych stwierdził dwie sytuacje, kiedy migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają prawo do opieki medycznej w nagłych wypadkach na mocy Artykułu 13 (4) EKS/pop. EKS.⁷ w sprawie *FIDH v. Francja* Komitet wnioskował, że jakiegokolwiek ustawodawstwo lub praktyka mająca na celu odmówienie prawa do pomocy medycznej, bez względu na status prawny migranta w kraju, jest sprzeczne z artykułem 13 (4) EKS.⁸ Omawiana sprawa dotyczy opieki medycznej dla dzieci nieudokumentowanych migrantów, a Komitet w tym przypadku powołał się bezpośrednio na „prawo do życia i [...] godność osoby ludzkiej”. Jednak, osiem krajów członkowskich Unii Europejskiej nie podpisało Artykułu 13 (4) EKS/pop. EKS. Chodzi o następujące kraje: Bułgaria, Cypr, Estonia, Jugosławia, Litwa, Polska, Słowacja i Słowenia.

W rezultacie, spośród wszystkich środków zapewnionych przez Radę Europy, jedyną gwarancją dostępu do opieki medycznej, która prawnie należy się migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu i obowiązuje na terenie każdego kraju Unii Europejskiej, jest prawo do opieki zdrowotnej w nagłych wypadkach. Prawo to jest regulowane przez EKPC, która mówi o prawie do życia i zakazie nieludzkiego traktowania.

Międzynarodowe instrumenty ochrony praw człowieka uwzględniają także konieczność ochrony grup mających szczególne potrzeby, szczególnie dzieci, kobiet w ciąży

2 Rada Unii Europejskiej (2006), *Konkluzje Rady w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej*, OJ 2006 C 146, s. 1.

3 Rada Unii Europejskiej (2007), Rada do Spraw Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Spraw Konsumenta (EPSCO), *Health and Migration in the EU*, wnioski przyjęte przez Radę w grudniu 2007 r. są dostępne na stronie internetowej: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/07/st15/st15609.en07.pdf> (Dostęp do wszystkich łączy uzyskano 29 czerwca 2011).

4 Zob. KPGSiK, Ogólny komentarz nr 14: prawo do najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia (Artykuł 12), E/C.12/2000/4, paragraf 34; KPGSiK, Ogólny komentarz nr 19: prawo do zabezpieczenia społecznego (Artykuł 9), E/C.12/GC/19, paragraf 37. Ogólne komentarze zawierają interpretację treści związanych z ochroną praw człowieka przedstawionych przez Komitet.

5 KPGSiK (2000), Ogólny komentarz nr 14, Prawo do najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia, paragraf 34.

6 KPGSiK, Ogólny komentarz nr 19, Prawo do zabezpieczenia społecznego, 4 lutego 2008 r., E.C.12/GC/19, paragraf 37.

7 Skarga nr 14/2003, *Międzynarodowa Federacja Lig Praw Człowieka (FIDH) v. Francja* (Decyzja na temat wartości z dnia 8 września 2004 r., Wnioski XVIII-1 i 2006, Ogólne wprowadzenie, Artykuł 13, paragraf 4.

8 Zob. Europejski Komitet Praw Społecznych, *Międzynarodowa Federacja Lig Praw Człowieka v. Francja*, Zbiorowa skarga nr 14/2003, Decyzja na temat wartości z dnia 8 września 2004 r., dostępna na stronie internetowej: www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Complaints/CC14Merits_en.pdf.

i matek.⁹ Jak zostało już wspomniane, Artykuł 24 KPD zobowiązuje państwa do zapewnienia dostępu do opieki zdrowotnej dzieciom, jak i zagwarantowania opieki zdrowotnej matkom przed i po narodzinach dziecka. Konwencja została ratyfikowana przez wszystkie kraje członkowskie Unii Europejskiej i ma zastosowanie w sytuacji każdego dziecka będącego w zasięgu ich jurysdykcji.

Artykuł 12 (2) Konwencji CEDAW z 1979 roku stawia przed państwami wymóg, by zapewniły „odpowiednie usługi medyczne kobietom w czasie ciąży i porodu oraz po porodzie, gwarantując w razie konieczności bezpłatne usługi, jak również odpowiednie odżywianie w czasie ciąży i karmienia”. Te prawa mogą być traktowane, jako element tych podstawowych praw człowieka, co, do których Komitet ustanowiony przez CEDAW uważa, że muszą być zagwarantowane każdej osobie, w tym kobietom – nieudokumentowanym migrantkom.¹⁰

Ograniczona możliwość egzekwowania prawnie wiążących międzynarodowych regulacji w zakresie prawa do ochrony zdrowia, używanie niejednoznacznych terminów (np. odpowiednia opieka), jak i potrzeba wprowadzenia międzynarodowych i europejskich standardów w krajach z różnymi systemami opieki zdrowotnej doprowadziły do odmiennego rozumienia i stosowania ram prawnych na terytorium Unii Europejskiej. To z kolei spowodowało, że migranci o nieuregulowanym statusie pobytu otrzymują opiekę medyczną na różnym poziomie.

Prawo wtórne Unii Europejskiej zawiera odniesienia do opieki zdrowotnej dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu. Wykładnia tego prawa musi być zgodna z Kartą Praw Podstawowych. W Artykule 14 Europejskiej Dyrektywy Powrotowej jest wyraźne zapewnienie, że migranci o nieuregulowanym statusie pobytu, którzy zdecydowali się opuścić kraj dobrowolnie lub których wydalenie zostało odłożone w czasie, w okresie pozostawania na terenie danego kraju powinni być objęci „opieką medyczną w nagłych wypadkach i niezbędnym leczeniem w przypadku chorób”.¹¹ w świetle starań mających na celu harmonizację prawa zgodnie z Dyrektywą Powrotową, wyniki przedstawione w niniejszym raporcie mają zachęcić do krytycznego spojrzenia na obecne rozbieżne przedsięwzięcia podejmowane w różnych krajach.

W marcu 2011 roku Parlament Europejski po raz pierwszy poruszył temat podstawowego prawa migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do ochrony zdrowia. W Rezolucji na temat nierówności w zdrowiu Parlament orzekł, że opieka zdrowotna dla nieudokumentowanych migrantów nie jest zagwarantowana ani w praktyce, ani na gruncie prawa. Wezwał państwa członkowskie, aby oceniły możliwość wzmocnienia opieki zdrowotnej dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu poprzez stworzenie definicji opartej na wspólnych wartościach dotyczących podstawowych elementów opieki zdrowotnej zawartych w ich ustawodawstwach. Parlament wezwał również państwa członkowskie, aby upewniły się, czy wszystkie kobiety w ciąży i dzieci, bez względu na swój status, mają prawo do opieki socjalnej określonej w prawie krajowym oraz czy tę pomoc rzeczywiście otrzymują.¹²

W swoim komunikacie *Solidarność w zakresie zdrowia: zmniejszanie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej w UE*,¹³ Komisja Europejska upatruje możliwości odgrywania przez Agencję Praw Podstawowych istotnej roli w zbieraniu informacji o tym, w jakim stopniu grupy narażone na wykluczenie mogą ucierpieć z powodu nierówności w zdrowiu. Poprzez ukazanie konkretnych wyzwań odnoszących się do migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, niniejszy raport ma za zadanie przyczynić się do znalezienia takich rozwiązań, które pozwolą zaspokoić potrzeby zdrowotne osób narażonych na podwyższone ryzyko braku dostępu do opieki zdrowotnej.

Pozbawienie migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu opieki zdrowotnej zagraża ich życiu i dobremu samopoczuciu, podnosi koszty przyszłych interwencji medycznych w nagłych przypadkach i może potencjalnie nieść ryzyko zdrowotne dla ogółu danej populacji.

Badania przeprowadzone przez FRA

Pomimo że pewne aspekty prawa do ochrony zdrowia odnoszą się do wszystkich, w tym migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, wprowadzenie

⁹ Uniwersalna Deklaracja Praw Człowieka (UDHR) z dnia 10 grudnia 1948 r., Artykuł 25.

¹⁰ Komitet na rzecz likwidacji dyskryminacji kobiet, Rekomendacja na rzecz kobiet robotników sezonowych nr 26, 5 grudnia 2008 r., CEDAW/C/2009/WP.1/R w cz. I.

¹¹ Artykuł 14 (1b) i Artykuł 16 (3) Dyrektywy 2008/115/EC Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 2008 r. na temat jednolitych standardów i procedur powracania do swoich krajów nielegalnie przebywających migrantów tymczasowych.

¹² Zob. Parlament Europejski (2011), Rezolucja w sprawie zmniejszenia nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej w UE, P7_TA(2011)0081, Bruksela, 8 marca 2011 r. W paragrafie 5 i 22.

¹³ Komisja Europejska (2009), *Solidarność w zakresie zdrowia: zmniejszanie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej w UE*, COM(2009) 567 ostatnie wydanie, Bruksela, s.8.

międzynarodowych i europejskich standardów praw człowieka pozostaje wysoce zróżnicowane i złożone.¹⁴

Tematyka niniejszego raportu dotyczy praw podstawowych - w teorii i w praktyce - przypisanych migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu w 10 krajach członkowskich Unii Europejskiej: Belgii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Irlandii, Niemczech, Polsce, Szwecji, Węgrzech i Włoszech. Wymienione kraje zostały wybrane, aby zobrazować sytuację w różnych częściach geograficznych Unii oraz przedstawić odmienne systemy opieki zdrowotnej. Kraje te zostały również uznane za odpowiednie ze względu na tematykę drugiego raportu poświęconego wyzwaniom związanym z gwarantowaniem praw podstawowych migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu pracującym w sektorze usług dla gospodarstw domowych.

Opisane w niniejszym raporcie wyniki badań oparte na analizie wywiadów prowadzonych w 10 krajach członkowskich odnoszą się do wyzwań w zakresie praw podstawowych, które prawdopodobnie występują też w innych krajach członkowskich UE. W raporcie tym nie ma jednak odniesienia do kwestii dostępu osób osadzonych do opieki zdrowotnej.

W niniejszym raporcie głównym przedmiotem zainteresowania są prawne i praktyczne bariery, które ograniczają migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu dostęp do opieki zdrowotnej. Analizie nie była bezpośrednio poddana rola innych czynników mogących wpływać na sposób, w jaki migranci poszukują i otrzymują opiekę zdrowotną, takie jak: bariera kulturowa i językowa lub wpływ wartości i norm związanych z płcią. Wśród opisanych przeszkód znajdują się zarówno te, które są przypisane w szczególności migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu, jak i takie, które są także typowe dla innych mniej uprzywilejowanych grup.

Niniejszy raport stanowi część większego projektu zrealizowanego przez FRA, dotyczącego praw podstawowych przynależnych migrantom w nieuregulowanej sytuacji pobytowej w 27 krajach członkowskich Unii Europejskiej. Pierwszy raport tematyczny odnoszący się do migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu zatrudnionych w sektorze usług dla gospodarstw domowych został

opublikowany w lipcu 2011 roku.¹⁵ Ten raport stanowi uzupełnienie raportu przedstawiającego obszerny przegląd sytuacji tej kategorii migrantów w kontekście praw podstawowych w całej Unii Europejskiej, który zostanie opublikowany pod koniec 2011 roku.

Niniejszy raport jest oparty przede wszystkim na analizie wywiadów przeprowadzonych z migrantami, przedstawicielami administracji publicznej, pracownikami ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji społecznych. Ogólnie rzecz biorąc, badania terenowe obejmowały 221 pół-ustrukturyzowanych wywiadów jakościowych: 36 z przedstawicielami administracji publicznej, 43 z przedstawicielami organizacji pozarządowych, 67 z pracownikami ochrony zdrowia oraz 75 z migrantami o nieuregulowanym statusie pobytu. Zebrane w ten sposób informacje były analizowane z wykorzystaniem danych zgromadzonych w rezultacie analizy źródeł zastanych oraz sondażu. W ramach większego projektu ukierunkowanego na zbadanie sytuacji migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu kwestionariusze zostały wysłane do władz krajowych i lokalnych oraz do przedstawicieli organizacji społecznych w 27 krajach członkowskich UE. W raporcie nie przedstawiono statystyk obrazujących, jak często migranci mają lub nie dostęp do opieki zdrowotnej. Raport skupia się natomiast, opierając się na treści wywiadów, na wyzwaniach stojących przed migrantami i pracownikami ochrony zdrowia oraz na omówieniu sposobów radzenia sobie z nimi.

Badania empiryczne przeprowadzono w 21 miastach dziesięciu krajów członkowskich UE, w których spodziewano się znaleźć przykłady stosowania interesujących praktyk. Wywiady były prowadzone w: Antwerpii, Brukseli i Ghent (Belgia); Paryżu i na jego przedmieściach (Francja); Atenach (Grecja); Barcelonie (Hiszpania); Dublinie i Lacken (Irlandia); Bochum, Bremie, Dortmundzie, Kolonii i Wuppertal (Niemcy); Sztokholmie (Szwecja); Piastowie i Warszawie (Polska); Budapeszcie (Węgry); Brescii, Legnano i Mediolanie (Włochy). Celem raportu nie jest przegląd sytuacji w każdym kraju, jak i opisywanie sytuacji w całej Unii Europejskiej. Raport ma na celu raczej przedstawienie wyzwań, z jakimi zwykle muszą się zmierzyć migranci i pracownicy ochrony zdrowia. Badania na potrzeby niniejszej publikacji były prowadzone przez zespół ekspertów koordynowany przez Międzynarodowe Centrum Rozwoju Polityki Migracyjnej (ICMPD) oraz Platformę Międzynarodowej Współpracy na rzecz Nieudokumentowanych Migrantów (PICUM). Szkic raportu został oddany do recenzji przedstawicielom

¹⁴ Zob. zasada niedyskryminacji zapisana w traktatach na temat praw człowieka: PICUM (2007), *Undocumented Migrants Have Rights! An Overview of the International Human Rights Framework*, s. 10-11, dostępne na stronie internetowej: www.picum.org/picum.org/uploads/file_/Undocumented_Migrants_Have_Rights_1.pdf.

¹⁵ FRA (2011), *Migrants in an irregular situation employed in domestic work: Fundamental rights challenges for the European Union and its Member States*, Luksemburg, Wydawnictwo Unii Europejskiej.

administracji w 10 krajach wziętych pod uwagę w badaniach, jak również przedstawicielom wybranych organizacji zainteresowanych tematyką raportu, takich jak: Międzynarodowa Organizacja Zdrowia (WHO), Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji (IOM), Wysoki Komisarz Narodów Zjednoczonych do spraw Praw Człowieka (OHCHR) oraz Komisja Europejska. Wszystkie organizacje oraz część przedstawicieli krajowych administracji przekazali swoje uwagi do raportu.

W niniejszym raporcie wykorzystane są również wyniki innych badań poświęconych problematyce opieki zdrowotnej dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, w tym wyniki projektu NowHereLand,¹⁶ prace prowadzone przez PICUM,¹⁷ działania sieci „Zdrowie dla nieudokumentowanych migrantów i osób ubiegających się o status uchodźcy” (HUMA Network),¹⁸ oraz sondaż realizowany przez Médecins du Monde na temat dostępu nieudokumentowanych migrantów do opieki medycznej, przeprowadzany w Europie.¹⁹ Raport opracowany przez FRA stanowi szczególną wartość, gdyż omówione są w nim inne kraje niż dotychczas były opisywane w literaturze, a w głównym polu zainteresowania pozostają prawa i bariery napotymane przez poszczególne wrażliwe grupy nieudokumentowanych migrantów, jak np. kobiety i dzieci. Dodatkowo, w raporcie przedstawiona jest najnowsza analiza porównawczą dotyczącą prawa nieudokumentowanych migrantów do opieki zdrowotnej w całej Europie.

Raport jest podzielony na cztery części. W pierwszej z nich opisane są krajowe ramy prawne, a następnie przedstawione są regionalne i lokalne polityki dotyczące dostępu nieudokumentowanych migrantów do opieki zdrowotnej. Części trzecia i czwarta są poświęcone konsekwencjom wykluczenia z dostępu do opieki zdrowotnej oraz praktycznym przeszkodom i wyzwaniom z tym związanym. Raport ten nie był opracowany w oparciu o z góry ustalone wskaźniki. Jednakże zagadnienia, których ten raport dotyczy, oraz wyniki przeprowadzonych badań dotyczące wieloaspektowej dyskryminacji w zakresie opieki zdrowotnej zostaną wykorzystane przez FRA przy opracowywaniu wskaźników strukturalnych oraz wskaźników związanych z procesem udzielania świadczeń zdrowotnych, jak i rezultatów tego procesu.²⁰

¹⁶ Zob. *Healthcare in NowHereLand, "Improving services for undocumented migrants in the EU"*, dostępne na stronie internetowej: www.nowhereland.info/.

¹⁷ Zob. PICUM (2007), *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*, dostępne na stronie internetowej: www.picum.org/picum.org/uploads/file_/Access_to_Health_Care_for_Undocumented_Migrants.pdf.

¹⁸ Zob. Strona internetowa HUMA Network założona przez „Lekarzy Świata” (Médecins du Monde), dostępna pod adresem: www.huma-network.org.

¹⁹ Zob. Médecins du Monde, *Europejski sondaż na temat dostępu nieudokumentowanych migrantów do opieki zdrowotnej (2009), Access to Healthcare for Undocumented Migrants in 11 European Countries*, dostępne na stronie internetowej: www.doctorsoftheworld.org.uk/lib/docs/121111-europeanobservatoryfru_lreportseptember2009.pdf.

²⁰ Zob. opis projektu na stronie internetowej: www.fra.europa.eu/fraWebsite/research/projects/proj_multiplediscriminationhealthcare_en.htm.

1

Krajowe ramy prawne



1.1. Ogólne uprawnienia w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej

1.1.1. Dostęp do leczenia

Występują charakterystyczne różnice na gruncie krajowych regulacji prawnych odnoszących się do dostępu migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki zdrowotnej w 10 krajach omówionych w niniejszym raporcie.

Wymogi, które należy spełnić, żeby móc korzystać z publicznej opieki zdrowotnej (np. obywatelstwo, miejsce zamieszkania, posiadanie ubezpieczenia), jak również zakres usług medycznych świadczonych odpłatnie lub bezpłatnie różni się w zależności od systemu opieki zdrowotnej.²¹ Ogólnie rzecz biorąc, w pięciu z 10 omawianych krajów obowiązuje ubezpieczeniowy model systemu opieki zdrowotnej (Belgia, Francja, Niemcy, Polska, Węgry), cztery z nich mają system opieki zdrowotnej oparty na podatkach ogólnych (Hiszpania, Irlandia, Szwecja, Włochy), Grecja natomiast posiada budżetowo-ubezpieczeniowy system opieki zdrowotnej.²²

Sześć z 10 omawianych krajów (wszystkie oprócz Irlandii, Polski, Szwecji, Węgier) wprowadziło do ustawodawstwa jasne regulacje odnoszące się do dostępu migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu

do opieki zdrowotnej.²³ W przypadku Szwecji istnieją szczegółowe zasady dotyczące osób ubiegających się o status uchodźcy, których podania zostały odrzucone i którzy pozostają pod jurysdykcją danego państwa oraz dotyczące dzieci, których wnioski o status uchodźcy także zostały rozpatrzone negatywnie.²⁴ Jednakże, rzeczywista dostępność opieki zdrowotnej dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu niekoniecznie zależy od tego, czy istnieją jasne regulacje. Niemniej, mogą one przyczynić się do przejrzystości sytuacji w tym zakresie na gruncie prawa.

W celu porównania stopnia, w jakim migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają dostęp do opieki zdrowotnej, FRA wyróżnia trzy formy opieki zdrowotnej: nagłe wypadki, podstawowa i specjalistyczna pomoc medyczna (oraz pomoc wykraczająca poza wyróżnione kategorie). Nagłe wypadki obejmują zabiegi ratujące życie i konieczne leczenie zapobiegające poważnym uszczerbkom na zdrowiu. Podstawowa opieka obejmuje podstawowe leczenie częstych, mniej poważnych dolegliwości u pacjentów leczonych ambulatoryjnie lub opiekę pozaszpitalną (np. leczenie prowadzone przez lekarzy pierwszego kontaktu). Specjalistyczna

²¹ Mossialos E., S. Allin, J. Figueras red. (2006), *Health Systems in Transition Template European Systems of Health Systems and Policy*, dostępne na stronie internetowej: www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2006.publications/2006.allin_HS.pdf.

²² Europejskie Obserwatorium Systemów Opieki Zdrowotnej i Polityk, *Health System in Transition - HIT country profiles*; dostępne na stronie internetowej: www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits.

²³ Niemcy, Ustawa o świadczeniach dla osób ubiegających się o status uchodźcy (*Asylbewerberleistungsgesetz*), BGBl. I S. 2022 (5 sierpnia 1997 r.), Sekcja 1; Grecja, Prawo na temat wjazdu, pobytu i integracji społecznej osób ubiegających się o prawo pobytu na terytorium Grecji, nr 3386/2005 (23 sierpnia 2005 r.), Artykuł 84 (1); Włochy, Dekret Ustawodawczy 1998/286 (*Decreto Legislativo* 25 lipca 1998 r., n. 286) ze zmianami, Artykuł 35-3; Francja, *Code de l'action sociale et des familles*, Artykuły L251-1, L254-1; Hiszpania, *Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social* (11 stycznia 2000 r.), Artykuł 12; Belgia, *Loi organique des CPAS* (8 lipca 1976 r.), Artykuł 57.

²⁴ Prawo na temat zdrowia i usług medycznych dla osób ubiegających się o status uchodźcy i innych (*Lag om hälso-och sjukvard at asylsokande m.fl.*) 2008: 344, Artykuł 4, ostatni paragraf, dostępne na stronie internetowej: www.notisum.se/rnp/sls/lag/20080344.htm.

opieka obejmuje leczenie u lekarzy specjalistów oraz określone leczenie szpitalne.²⁵

Opierając się na powyższym rozróżnieniu, w zależności od tego, czy pełna płatność za usługi jest wymagana, czy nie, FRA stworzyła trzy kategorie, według których pogrupowała państwa członkowskie Unii Europejskiej (zob. Tabela 1). Wyjątki w dostępie do opieki zdrowotnej dla szczególnych grup (np. dzieci) lub w wypadku określonych chorób (np. TB), podobnie jak i inicjatywy prowadzone na szczeblu lokalnym nie są tu brane pod uwagę, ale są rozpatrzone w dalszej części raportu.

Jak wynika z Tabeli 1, w pięciu spośród 10 omówionych krajów, migranci o nieuregulowanym statusie pobytu bez środków do życia mają prawo tylko do opieki zdrowotnej w nagłych wypadkach, (pomimo że inne publiczne świadczenia medyczne mogą być dostępne na zasadzie pełnej odpłatności).²⁶

W Niemczech migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają zagwarantowany przez prawo taki sam dostęp do opieki zdrowotnej jak osoby ubiegające się o status uchodźcy. W zasadzie, zakres świadczeń wykracza poza opiekę w nagłych wypadkach.²⁷ W praktyce jednak świadczenia refundowane obejmują tylko pomoc w nagłych wypadkach, gdyż procedury zwrotu kosztów migrantom za leczenie udzielone w nagłym wypadku są poufne, podczas gdy procedury zwrotu kosztów za pomoc medyczną udzieloną w innych sytuacjach już poufne nie są. W ramach procedury zwrotu kosztów za leczenie w nagłych wypadkach, placówka ochrony zdrowia aplikuje o zwrot kosztów leczenia, już po jego udzieleniu, do ośrodka pomocy społecznej, przy czym zasada poufności obejmuje również pracowników ośrodka opieki społecznej.²⁸ W sytuacji leczenia poza nagłymi wypadkami migrant o nieuregulowanym statusie pobytu musi sam zgłosić się do ośrodka opieki społecznej, aby otrzymać zwrot kosztów leczenia.

Tabela 1: Uregulowania prawne dotyczące dostępu migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki zdrowotnej, 10 krajów członkowskich UE

	Dostęp do opieki zdrowotnej w nagłych wypadkach (w tym częściowa odpłatność)	Bezpłatny dostęp do opieki zdrowotnej poza nagłymi wypadkami, ale obowiązek zgłaszania	Bezpłatny dostęp do opieki zdrowotnej także poza nagłymi wypadkami
Belgia			X
Francja			X
Grecja	X		
Hiszpania			X
Irlandia	X		
Niemcy		X	
Polska	X		
Szwecja	X		
Węgry	X		
Włochy			X

Uwaga: Termin „bezpłatny” nie wyklucza badania wysokości środków utrzymania lub symbolicznych bądź niższych opłat.

Źródło: FRA, 2011; w oparciu o regulacje krajowe

25 Zobacz WHO (2009), *Health Promotion Glossary*, dostępne na stronie internetowej: www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf; Komitet Praw Gospodarczych, Socjalnych i Kulturalnych, Ogólny komentarz nr 14, 2000, przypis 9. W inne projektach używana jest inna kategoryzacja oparta na nieco innych przesłankach, zob. np. HUMA Network (2009) lub projekt *NowHereLand* na stronie internetowej: www.nowhereland.info/?i_ca_id=368.

26 Zob. na temat Niemiec: Ustawa o świadczeniach dla osób ubiegających się o status uchodźcy (*Asylbewerberleistungsgesetz*) BGBl. I S. 2022 (5 sierpnia 1997 r.), Sekcja 1 i 4; na temat Grecji: Prawo na temat wjazdu, pobytu i integracji społecznej osób ubiegających się o prawo pobytu na terytorium Grecji, nr 3386/2005 (23 sierpnia 2005 r.), Artykuł 84 (1); na temat Węgier: Ustawa o Zdrowiu, Ustawa CLIV z 1997 (23 grudnia 1997 r.), Artykuł 94 (1) i 142 (2); zob. także Regulamin 52/2006, który zawiera listę 31 sytuacji określanych jako nagłe wypadki. Na temat Irlandii: *Immigration, Residence and Protection Bill*, Wzór ustawy nr 2 z 2008 (14 stycznia 2008 r.); na temat Polski: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2004, poz. 2135.

27 Niemiecka Ustawa o świadczeniach dla osób ubiegających się o status uchodźcy (*Asylbewerberleistungsgesetz*), BGBl. I S. 2022 (5 sierpnia 1997 r.), Sekcja 1.

28 Zob. niemiecka Ustawa o Zamieszkanu (*Aufenthaltsgesetz*), BGBl. I S. 162 (30 lipca 2004 r.), Sekcja 88 (2) i rozporządzenie w sprawie ustawy o zamieszkanu (*Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz*, VwV-AufenthG), GMBL. I S. 878 (26 października 2009 r.), Sekcja 87.1.5 i 88.2.3.

Wówczas jednak personel ośrodka pomocy społecznej ma obowiązek zgłoszenia migranta policji. Takie ryzyko powoduje, że prawo dostępu do opieki zdrowotnej poza nagłymi wypadkami jest bez znaczenia. Dzieje się tak, bowiem ośrodek opieki społecznej ma obowiązek zgłoszenia policji migranta, który skorzystał ze świadczeń medycznych innych niż pomoc w nagłych wypadkach.²⁹

W omawianych krajach, w których prawo do opieki zdrowotnej jest ograniczone tylko do pomocy medycznej w nagłych wypadkach, świadczenia udzielone w nagłych wypadkach są dostępne **za opłatą**. To oznacza, że migranci o nieuregulowanym statusie pobytu będą mieli wystawiony rachunek za otrzymane świadczenia, a placówka ochrony zdrowia ma prawo sprawdzenia przed rozpoczęciem leczenia, czy chory jest wypłacalny.

W Szwecji, pomimo że lekarze mają obowiązek udzielenia pomocy w nagłych wypadkach, pomoc ta nie jest bezpłatna dla nieudokumentowanych pacjentów. Migranci o nieuregulowanym statusie pobytu otrzymują rachunek za udzielone im świadczenia w ramach procedur ratowania życia. W Grecji nieudokumentowani migranci ponoszą pełny koszt badań laboratoryjnych.³⁰ W Irlandii dostęp do opieki medycznej w nagłych wypadkach nie jest darmowy, ale ponoszenie płatności zależy od decyzji placówki ochrony zdrowia.³¹ Na Węgrzech nieudokumentowani migranci nie mają prawa do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego³² i w zasadzie muszą sami pokrywać koszty leczenia. Jednakże, jeśli migrant nie jest w stanie zapłacić za leczenie, wystawiony rachunek jest opisany, jako rachunek bez pokrycia i wtedy zakład opieki zdrowotnej ma prawo uzyskać zwrot kosztów od państwa.³³ W Polsce świadczenia medyczne udzielone w nagłych wypadkach poza szpitalem są darmowe dla migrantów, natomiast zasady dotyczące płatności za leczenie w nagłych wypadkach pozostają niejasne. Według Sądu Najwyższego w Polsce szpitale mogą również żądać pokrycia kosztów leczenia w nagłych wypadkach. Pozostaje natomiast nieokreślone, czy

i w jakim zakresie obowiązek pokrycia kosztów takiego leczenia ma zastosowanie w stosunku do migrantów.³⁴

W Szwecji ograniczenie świadczeń medycznych tylko do nagłych wypadków wzbudziło wiele wątpliwości, które skłoniły rząd do szukania sposobu na bardziej skuteczne uregulowanie usług medycznych dla osób ubiegających się o status uchodźcy i migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu. Do zbadania możliwych rozwiązań, które mógłby przyjąć rząd, została wyznaczona komisja badawcza, której kompetencje dotyczyły działań ukierunkowanych na zapobieganie nielegalnej migracji. Pod koniec maja 2011 roku komisja zaprezentowała swoje rekomendacje w raporcie opublikowanym w serii oficjalnych raportów rządu szwedzkiego (*Statens Offentliga Utredningar, SOU*).³⁵ Komisja zaleciła, by osoby ubiegające się o status uchodźcy i nieudokumentowani migranci, bez względu na wiek, mieli dostęp do świadczeń medycznych dotowanych przez władze lokalne w miejscu zamieszkania. Opieka zdrowotna powinna być udzielana na takich samych warunkach i w oparciu o te same standardy, jak ma to miejsce w odniesieniu do stałych mieszkańców. Obecnie rząd rozpatruje zalecenia przedstawione przez wspomnianą komisję.

Ogólnie rzecz biorąc, w Belgii, Francji, Hiszpanii i Włoszech migranci o nieuregulowanym statusie pobytu poza opieką w nagłych wypadkach mają prawo do podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej, ale przy spełnieniu określonych warunków. Dostęp do opieki zdrowotnej jest zazwyczaj bezpłatny lub płatny tylko w pewnej części, przy czym zwykle opłata nie sięga pełnej wartości. Krajowe ustawodawstwa w Belgii i we Włoszech odwołują się do dwóch terminów, a mianowicie niezbędna opieka (*essential*) i opieka w nagłych wypadkach, które mogą wprowadzać w błąd, gdyż obejmują szeroki wachlarz świadczeń medycznych z zakresu profilaktyki, podstawowej, a nawet specjalistycznej opieki zdrowotnej, jak i opiekę medyczną dla matek i podstawowe leki. W Belgii Narodowy Instytut Ubezpieczeń Zdrowotnych i Inwalidzkich (*Institut national d'assurance maladie-invalidité, INAMI/Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, RIZIV*) sporządził listę refundowanych świadczeń zdrowotnych. We Włoszech migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają dostęp do profilaktyki zdrowotnej, podstawowego i podjętego w trybie nagłym leczenia, jak i opieki, która

29 Zob. niemiecka Ustawa o Zamieszaniu (*Aufenthaltsgesetz*), BGBl. I S. 162 (30 lipca 2004 r.), Sekcja 87 (2) i rozporządzenie w sprawie ustawy o zamieszaniu (*Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz, VwV-AufenthG*), GMBI. I S. 878 (26 października 2009 r.), Sekcja 87.o.4.

30 Zob. *NowHereLand* (2010), raport krajowy dla Grecji, *Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU 27*, s. 12.

31 Bjorngren Cuadra, C. (2010), raport krajowy dla Irlandii, w: *Health Care in Nowhereland, Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU 27*, s. 11.

32 Dekret 87/2004 (X.4) ESZCSM o regulacjach prawnych dotyczących opieki zdrowotnej dla osób pozostających na Węgrzech, gdzie jest podana lista osób mających prawo do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

33 Dane Departamentu Zdrowia Publicznego przy Węgierskim Ministerstwie do Spraw Zasobów Publicznych przekazane FRA w czerwcu 2011 r.

34 Zob. HUMA Network (2011), *Access to healthcare and living conditions of asylum seekers and undocumented migrants in Cyprus, Malta, Poland and Romania*, s. 100-101. Zob. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2007 r., sprawa I CSK 125/07, dostępny na stronie internetowej: <http://lexpolonica.lexisnexis.pl>.

35 Zob. wyniki badań w SOU lub na stronie internetowej, która zawiera poszerzone streszczenie w języku angielskim: www.regeringern.se/content/1/c6/16/98/15/1ce2f996.pdf.

jest niezbędna ze względu na zdrowie publiczne (np. opieka nad matkami, leczenie chorób zakaźnych).³⁶

W Belgii migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mogą uzyskać dostęp do leczenia profilaktycznego, jak i do podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej, występując o natychmiastową pomoc medyczną (*Aide Médicale Urgente, AMU*) do ośrodka opieki społecznej (*Centre public d'aide sociale, CPAS/Openbaar centrum voor maatschappelijk, OCMW*). Muszą również udowodnić, że mieszkają w dzielnicy, gdzie mieści się placówka, do której aplikują o pomoc, i że nie posiadają wystarczających środków finansowych, by pokryć koszty opieki zdrowotnej. Dodatkowo, „konieczność” leczenia musi zostać potwierdzona zaświadczeniem wystawionym przez przedstawiciela personelu medycznego. Po sprawdzeniu, czy spełnione są wszystkie trzy warunki, placówka opieki społecznej wydaje kartę zdrowia ważną przez trzy miesiące, z możliwością przedłużenia.

Podobnie jest we Francji, gdzie migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mogą uzyskać dostęp do wszystkich podstawowych usług medycznych w ramach analogicznego publicznego systemu pomocy w nagłych wypadkach (*Aide Médicale d'État, AME*), jeśli tylko: udowodnią, że mieszkają we Francji od co najmniej trzech miesięcy; okażą dowód tożsamości i podadzą adres oraz udowodnią brak wystarczających środków finansowych. Osoba, która nie kwalifikuje się do otrzymania AME bądź jeszcze nie otrzymała AME, może uzyskać pomoc w nagłych wypadkach i opiekę podstawową w biurze ds. dostępu do opieki zdrowotnej (*Permanences d'accès aux soins de santé, PASS*), które każdy szpital, przynajmniej teoretycznie, powinien stworzyć.³⁷ Do niedawna opieka w ramach systemu AME była przyznawana nieodpłatnie osobom, które zarabiały mniej niż 634 EUR miesięcznie, ale została wprowadzona opłata w wysokości 30 EUR rocznie, co wzbudziło sprzeciw organizacji pozarządowych pracujących w tym sektorze.³⁸ Ponadto, osoba, która otrzymała pomoc w ramach systemu pomocy społecznej, może nadal dostawać pomoc socjalną przez kolejne 12 miesięcy,³⁹ nawet jeśli nie spełnia już wymogów koniecznych do uzyskania pomocy, np. gdy pozwolenie na pobyt już wygasło.

36 Dekret Prawny 1998/286, z poprawkami, Artykuł 35 (3).

37 Francja, Loi nr 98-657 z dnia 29 lipca 1998 r. (prawo przeciwko wykluczeniu ze społeczeństwa), Artykuł 76; *Public Authority Interview* Francja B-8.

38 Zob. podobne rozważania podczas zebrań francuskiego parlamentu z 2 listopada 2010 r.: www.assemblee-nationale.fr/13/crj/2010-2011/20110036.asp; wspólny komentarz francuskich organizacji społecznych na temat poprawek: www.ldh-france.org/IMG/pdf/Dossier_parlementaire_AME_octobre_2010.pdf.

39 Zob. PICUM (2007), *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*, s. 28.

We Włoszech migranci muszą złożyć pisemne oświadczenie, że nie stać ich na opłacenie leczenia, aby uzyskać darmową opiekę podstawową lub pomoc w nagłych wypadkach. Obejmuje to świadczenia z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej, ale nie obejmuje prawa do wizyt u lekarza ogólnego.⁴⁰ W celu uzyskania podstawowej opieki w tym zakresie, migranci o nieuregulowanym statusie pobytu muszą uzyskać kod tymczasowego pobytu dla cudzoziemców (*Stranieri Temporaneamente Presenti, STP*). Kod STP jest wydawany albo przez personel medyczny, albo przez personel administracyjny i ma na celu umożliwienie śledzenia historii leczenia, aby zapewnić ciągłość opieki medycznej. Kod STP jest ważny przez sześć miesięcy, z możliwością przedłużenia, i uprawnia także do profilaktycznej opieki zdrowotnej. Migrant może również złożyć oświadczenie, że żyje w ubóstwie, co pozwala mu na dostęp do bezpłatnej opieki medycznej. Nie zwalnia to jednak z obowiązku współfinansowania świadczeń, który jest nałożony na wszystkich obywateli. W niektórych sytuacjach migranci są całkowicie zwolnieni z obowiązku uiszczania dopłat. W niektórych regionach, poza kodem STP uprawniającym do otrzymania niezbędnej pomocy medycznej, w niektórych regionach wprowadzono specjalne regulacje umożliwiające poszerzenie dostępu do opieki zdrowotnej dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu.⁴¹

W Hiszpanii migranci o nieuregulowanym statusie mają pełny dostęp do wszystkich usług medycznych w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej na tych samych zasadach, co obywatele.⁴² By mieć dostęp do opieki zdrowotnej, migranci o nieuregulowanym statusie pobytu muszą uzyskać osobistą kartę zdrowia na takich samych warunkach, co stali mieszkańcy. To oznacza, że muszą zarejestrować się w najbliższym urzędzie stanu cywilnego okazując dowód tożsamości i potwierdzenie miejsca zamieszkania w danym okręgu, chociaż kobiety i dzieci nie muszą spełniać tych wymagań. W rezultacie migranci otrzymują kartę zdrowia ważną dwa lata.

Każdy z tych czterech krajów (Belgia, Francja, Hiszpania i Włochy) stosuje inny system ubiegania się o dostęp do opieki zdrowotnej. Kraje te zazwyczaj stawiają przed migrantami pewne wymagania, które często pokrywają się z wymogami stawianymi ubogim obywatelom danego kraju. Zwykle wymogi obejmują udowodnienie braku wystarczających środków do życia i opłacenia

40 Zob. Dekret Prawny 1998/286, według poprawek, Artykuł 35 (3). Zob. także www.stranieriinitalia.it/guida_alla_salute_in_otto_lingueguida_alla_salute_in_italiano_1794.html.

41 Tamże.

42 Hiszpania, *Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social* (11 stycznia 2000 r.).

Tabela 2: Warunki otrzymania opieki medycznej, cztery kraje członkowskie UE

	Udowodnienie braku środków finansowych	Dowód tożsamości	Faktyczne miejsce zamieszkania (rejon lub kraj)
Belgia	✓		✓
Francja	✓	✓	✓
Hiszpania		✓	✓
Włochy	✓		

Źródło: Na podstawie PICUM (2007), Access to healthcare for undocumented migrants in Europe; HUMA Network (2009), Access to healthcare for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries

opieki zdrowotnej, posiadanie adresu zamieszkania i dowodu tożsamości, co ilustruje Tabela 2.

Aby zostać zarejestrowanym i otrzymywać świadczenia zdrowotne, w trzech z tych krajów migranci o nieregulowanym statusie pobytu muszą udowodnić, że mają niewystarczające środki finansowe, żeby zapłacić za opiekę medyczną, i że żyją poniżej pewnego minimum ekonomicznego. We Włoszech wystarczy, że migranci podpiszą odpowiednie oświadczenie. Pracownik ośrodka pomocy społecznej w Belgii zaznaczył, iż migranci musieli udowodnić, że nie posiadają wystarczających środków finansowych. Na przykład, w Brukseli pewien migrant o nieregulowanym statusie pobytu powiedział, że pracownik opieki społecznej pojawił się u niego w domu, by zbadać jego warunki mieszkaniowe i określić status ekonomiczny migranta. Pracownik ten sprawdził liczbę pokoi i telewizorów, a także obejrzał rachunki za prąd i gaz. Pracownik jednej z organizacji społecznych powiedział, że potrzeba sprawdzania sytuacji finansowej migrantów, jak również fakt, że niektóre podania o pomoc medyczną są odrzucane, wynikają z tego, że często ludzie objęci ubezpieczeniem zdrowotnym w ramach AMU, w tym migranci o nieregulowanym statusie pobytu, w rzeczywistości mogą mieć wystarczające środki, by płacić za opiekę zdrowotną, gdyż często pracują nieformalnie. Ewentualnie, ich dostęp do opieki medycznej zostaje zablokowany, gdyż mogą mieszkać z kimś (np. z członkiem rodziny), kto wykazuje odpowiednie środki finansowe na pokrycie swoich potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej. W wymóg udokumentowania braku środków finansowych wpisana jest trwale sprzeczność: mimo że zgodnie z prawem migranci o nieregulowanym statusie pobytu nie mogą pracować, w ramach tego wymogu zobowiązani są do wykazania dochodu, którego - według prawa - mieć nie powinni.

Dowód tożsamości (tzn. paszport) jest wymagany we Francji i Hiszpanii. Pewien migrant mieszkający w Barcelonie, którego wydalenie zostało zawieszane, wyjaśnił, że brak paszportu stanowił poważną barierę, uniemożliwiającą rejestrację w miejscowym urzędzie. Pozarządowa Hiszpańska Komisja do spraw Pomocy Uchodźcom (CEAR) pomogła mu w rejestracji. Jednakże,

po przeniesieniu się do innego miasta w Hiszpanii, ponownie nie udało mu się zarejestrować z powodu braku paszportu.

W niektórych krajach należy udowodnić rzeczywiste zamieszkiwanie w danym kraju lub w konkretnym mieście, trwające określoną liczbę dni lub miesięcy. Na przykład, we Francji migranci o nieregulowanym statusie pobytu muszą dowieść zamieszkiwanie (*résidence habituelle*) we Francji poprzez pobyt dłuższy niż trzy miesiące. Pracownik socjalny paryskiego ośrodka ochrony zdrowia powiedział, że wiele osób nie spełnia tego wymogu albo ze względu na fakt, że dopiero przyjechali do Francji, albo ze względu na brak możliwości dostarczenia dokumentów (np. wizy, która straciła ważność lub odpowiedniego stempla w paszporcie, rachunków za prąd lub gaz). Jeśli powyższy wymóg nie jest spełniony, władze francuskie mogą odmówić przyznania karty umożliwiającej dostęp do opieki medycznej (*Aide Médicale d'État, AME*), wychodząc z założenia, że dana osoba nie mieszka na stałe we Francji. W wywiadach z pracownikami ochrony zdrowia został wspomnian, że do 2004 roku nie było potrzeby udowadniania trzymiesięcznego pobytu, ale rząd zmienił zasady, by skomplikować dostęp do opieki medycznej. Pewien pracownik organizacji pozarządowej podkreślił, że jeden z problemów leży w braku jasnej definicji „stałego zamieszkiwania” (*résidence habituelle*) na gruncie prawa. Pomimo że krajowa rada orzecznicza zdefiniowała ten termin, badany pracownik stwierdził, że administracja nie zdecydowała się na stosowanie tej definicji, wybierając w praktyce bardziej restrykcyjną interpretację tego terminu.

Brak stałego adresu stanowi kolejną barierę w otrzymywaniu opieki zdrowotnej. W niektórych krajach migranci o nieregulowanym statusie pobytu muszą rzeczywiście mieszkać w danej okolicy, aby móc się starać o dostęp do opieki zdrowotnej. W Belgii i Hiszpanii wielu migrantów o nieregulowanym statusie pobytu ma trudności z udowodnieniem swojego „faktycznego miejsca zamieszkania”, szczególnie wtedy, gdy zatrzymują się u swoich przyjaciół, mieszkają w kościołach, schroniskach lub są bezdomni. Bardzo często to właśnie władze na

poziomie lokalnym podejmują uznaniowe decyzje, rozpatrując, co stanowi wystarczający dowód faktycznego miejsca zamieszkania, a co nie.

Dla przykładu, w kwietniu 2008 roku, w jednym z kościołów w brukselskiej dzielnicy Ixelles grupa migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu rozpoczęła strajk głodowy. Strajk miał wyrazić ich protest przeciwko rządowi belgijskiemu, który nie spełnił złożonej w marcu 2008 roku obietnicy ustanowienia kryteriów regularyzacyjnych. Jeden z protestujących mieszkał w kościele od momentu swojego przyjazdu już przez kilka tygodni. Podczas strajku doświadczył silnego bólu żołądka, ale nie miał karty medycznej, która uprawniałaby go do skorzystania z bezpłatnego leczenia szpitalnego. Kilku innych strajkujących, chcąc mu pomóc, zaprowadziło go do ośrodka pomocy społecznej w Ixelles, by mógł aplikować o prawo do opieki medycznej w nagłych wypadkach (AMU). Jednak, placówka opieki społecznej w Ixelles odrzuciła jego podanie uzasadniając, że kościół nie jest traktowany, jako miejsce zamieszkania. Według ośrodka pomocy społecznej, wnioskodawca nie mieszkał w rejonie podlegającym jurysdykcji Ixelles i dlatego powinien znaleźć inne sposoby otrzymania pomocy medycznej.⁴³

1.1.2. Dostęp do leków

Skuteczność leczenia zależy również od dostępności leków. W niektórych krajach, jeśli migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają dostęp do opieki zdrowotnej, mogą również zakupić leki w niższych cenach lub otrzymać je za darmo. W innych natomiast, muszą zapłacić za nie taką samą lub wyższą cenę, niż obywatele danego kraju. Ta część stanowi ogólny przegląd sytuacji w zakresie dostępu do leków. Nie są tu omawiane jednak szczególne zasady mające zastosowanie w odniesieniu do dzieci lub w przypadkach wybranych chorób (np. leczenie TB lub antyretrowirusowe).

Jak wynika z Tabeli 3, dorośli migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mogą otrzymać wybrane leki w niższych cenach lub za darmo w Belgii, Francji, Hiszpanii, Niemczech i we Włoszech. W Belgii i Francji migranci o nieuregulowanym statusie pobytu, którzy mogą korzystać z mechanizmów publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, mają również prawo do otrzymywania niektórych leków za darmo. We Włoszech posiadacze kodu STP (*Stranieri Temporamente Presenti*) muszą pokryć pewną część kosztów, w zależności od leku, podobnie jak obywatele Włoch. W Hiszpanii migranci o nieuregulowanym statusie pobytu posiadający osobistą kartę zdrowia mogą mieć dostęp do leków za częściową opłatą (40%, wykluczając choroby przewlekłe), tak jak obywatele Hiszpanii. W Niemczech migranci o nieuregulowanym statusie pobytu muszą otrzymać voucher ubezpieczeniowy (*Krankenschein*),

Tabela 3: Dostęp do leków dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, 10 krajów członkowskich UE

	Koszt leków pokrywany częściowo lub w całości przez państwo	Koszt leków pokrywany głównie przez migranta
Belgia	✓	
Francja	✓	
Grecja		✓
Hiszpania	✓	
Irlandia		✓
Niemcy	✓	
Polska		✓
Szwecja		✓
Węgry		✓
Włochy	✓	

Źródło: Dane pochodzą z HUMA (2009), Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries, i zostały zestawione z wynikami wywiadów zrealizowanych przez FRA

43 Podczas gdy w sprawie *Cisse v. Francja* (9 kwietnia 2002 r., Nr 51346/99), ETPC zaakceptował fakt, że ochrona zdrowia publicznego może usprawiedliwić interwencję w celu rozproszenia podobnego zgromadzenia w kościele, nie powinno to mieć wpływu na prawa migrantów do opieki medycznej.

wystawiany przez ośrodek opieki społecznej, aby mieć dostęp do darmowych leków. Jednakże, pracownicy opieki społecznej muszą zgłaszać policji migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, co w praktyce ogranicza dostęp do darmowych leków. W rezultacie tylko ci, którzy posiadają pozwolenie na pobyt tolerowany (*Duldung*), w rzeczywistości są w stanie korzystać z dostępu do bezpłatnych leków.⁴⁴

W pozostałych krajach migranci muszą płacić za leki. Z wywiadów z pracownikami ochrony zdrowia w Grecji, na Węgrzech i w Polsce wynika, że migranci o nieuregulowanym statusie pobytu nie mają dostępu do darmowych lub częściowo refundowanych leków, chyba, że są one dostarczone przez organizacje pozarządowe. W Grecji przedstawiciele administracji publicznej potwierdzili, że jeśli ktoś nie pracuje i nie posiada numeru zabezpieczenia socjalnego (IKA), to nie może korzystać z opieki medycznej i pomocy farmaceutycznej, wyłączając wypadki, gdy taka pomoc jest oferowana przez organizacje pozarządowe. Na Węgrzech pracownicy ochrony zdrowia powiedzieli, że lekarze informują pacjentów, iż nie mogą przepisać tańszych leków (częściowo refundowanych), oraz że pacjent będzie musiał pokryć całkowity koszt leku. Według pracowników ochrony zdrowia w Polsce, jeśli osoby nie posiadają dokumentów, muszą płacić za wszystkie usługi medyczne, włączając badania, terapie medyczne i leki. W Irlandii migranci o nieuregulowanym statusie pobytu nie dostają karty medycznej, która daje prawo do darmowych świadczeń medycznych. Natomiast, w Szwecji migranci o nieuregulowanym statusie pobytu w rzeczywistości muszą płacić więcej za leki i leczenie niż obywatele Szwecji, gdyż są także obciążani „opłatą turystyczną”, którą, jak sama nazwa wskazuje, nakłada się na turystów przyjeżdżających do Szwecji w celu ewentualnego pokrycia kosztów świadczenia im usług medycznych podczas ich pobytu w Szwecji.⁴⁵

1.1.3. Stosowanie prawa krajowego na szczeblu regionalnym i lokalnym

Istnieją wyraźne różnice w sposobie stosowania krajowego ustawodawstwa w różnych regionach i miastach danego kraju, co w rezultacie prowadzi do sytuacji, w której migranci o nieuregulowanym statusie pobytu nie mogą korzystać z opieki medycznej na takich samych zasadach w całym kraju. W tej części pokazane zostały różne podejścia władz na szczeblu regionalnym i lokalnym do interpretacji prawa krajowego i promocji zdrowia, również w odniesieniu do migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu. Omówione są tu

wyłącznie typy systemów opieki zdrowotnej dostępne dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu w badanych miastach, nie ma tu natomiast obszernego przeglądu wszystkich świadczeń publicznej opieki zdrowotnej, do których migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają dostęp, bowiem nie to było celem tej części raportu.

Na tle restrykcyjnych warunków panujących w Niemczech i Szwecji, niektóre miasta: w Niemczech, jak Brema, Kolonia, Frankfurt nad Menem, oraz Sztokholm w Szwecji przyjęły bardziej sprzyjającą migrantom politykę zdrowotną wobec migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu niż ta, która obowiązuje generalnie w tych krajach.

Obiecująca praktyka

Ułatwianie dostępu do opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym

W styczniu 2009 r., rada miejska w Sztokholmie opublikowała wytyczne dotyczące leczenia osób bez dokumentów w zakładach opieki zdrowotnej w tym mieście. W wytycznych jest zalecenie, by ośrodki ochrony zdrowia zapewniły migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu opiekę w nagłych wypadkach oraz natychmiastową konieczną opiekę zdrowotną, włączając w to pomoc w sytuacjach zagrażających życiu, w wypadku chorób nowotworowych lub innych chorób ogólnoustrojowych oraz poważnych zaburzeń i chorób psychicznych. Ponadto, kobiety, które są migrantkami o nieuregulowanym statusie pobytu, powinny mieć zapewnioną opiekę medyczną w czasie ciąży na takich samych zasadach, jak wszystkie kobiety, co pozwoliłoby uniknąć porodów w stanie zagrożenia życia i komplikacji podczas ciąży. Jednakże, ten dokument nie pozwala na bezpośrednie rozwiązanie kwestii kosztów, a te w Szwecji mogą stanowić jedną z głównych barier w otrzymaniu dostępu do szwedzkiej opieki medycznej przez migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu.

Zob. dokument urzędowy z dnia 1 stycznia 2009 r. opracowany przez radę miejską w Sztokholmie: www.rosengrenska.org/pdfs/CheflakVerstallighetBeslutGomda.pdf

W Szwecji migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają dostęp do opieki medycznej, lecz muszą za nią płacić. Jednakże, niektóre okręgi zdecydowały się zapewnić opiekę zdrowotną osobom ubiegającym się o status uchodźcy, których podania zostały odrzucone oraz/lub migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu. Niektóre regiony zdecydowały się także na rozszerzenie możliwości leczenia w nagłych wypadkach na migrantów o nieuregulowanym

44 HUMA Network (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice*, s. 68.

45 Notatka sporządzona przez osobę przeprowadzającą badania terenowe w Szwecji.

statusie pobytu tak, aby opieka obejmowała także „natychmiastową niezbędną opiekę”.⁴⁶

W takich krajach, jak Belgia, Hiszpania czy Włochy, gdzie migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają prawo do podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej, również istnieją różnice w sposobach stosowania prawa krajowego na poziomie regionalnym i lokalnym. We Włoszech, pomimo że migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają prawo do korzystania z wszelkich świadczeń profilaktycznych, pomocy w nagłych wypadkach i podstawowego leczenia chorób, jak i do opieki medycznej w sytuacjach istotnych ze względu na zdrowie publiczne, niektóre regiony, jak np. Lombardia, w bardzo restrykcyjny sposób interpretują prawo i ograniczają dostęp migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu wyłącznie do pomocy w nagłych wypadkach, podczas gdy inne regiony, jak np. Lacjo, interpretują prawo w nieco bardziej liberalny sposób i rozszerzają zakres dostępnych świadczeń medycznych.⁴⁷ Jeden z przedstawicieli administracji publicznej opisał to zagadnienie następująco:

„Problemem we Włoszech jest nie prawo, ale realizacja tego prawa, to już pozostaje [w kwestii] każdego regionu. Region Piedimont uważa, że prawo to powinno być stosowane w sposób A, podczas gdy Lombardia jest przekonana, że prawo powinno być stosowane w sposób C, i tak dalej. Niektóre regiony uruchomiły centra doraźnej pomocy medycznej dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, niektóre zapewniły im opiekę lekarza rodzinnego, a jeszcze inne nawiązały współpracę z wolontariuszami i organizacjami charytatywnymi. Żadne z powyższych rozwiązań nie jest regulowane przez prawo, ale każdy region wdrożył w życie ustanowione prawo według własnego uznania.”

Przedstawiciel władz regionalnych, Włochy

Pomimo że niektóre władze lokalne widzą potrzebę działania, mogą one mieć związane ręce przez bardziej restrykcyjne prawo krajowe. Przedstawiciel administracji w systemie opieki zdrowotnej w Irlandii zilustrował to, mówiąc, że Irlandia nie jest w stanie opracować programów dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, gdyż zgodnie z irlandzkim prawem nie są oni uprawnieni do otrzymywania opieki medycznej, poza tą udzielaną w nagłych wypadkach. Zatem, w Irlandii zapewnienie opieki zdrowotnej migrantom o nieuregulowanym

statusie pobytu zależy od „praktycznej reakcji” ośrodków ochrony zdrowia, które stykają się z migrantami o nieuregulowanym statusie pobytu. Taki pogląd podzielali przedstawiciele administracji publicznej w Atenach.

W miastach, które funkcjonują w szerszym bardziej sprzyjającym kontekście, jak np. miasta w Belgii, Francji lub we Włoszech, nie wszystkie władze lokalne postrzegają podjęcie dodatkowych działań ułatwiających w praktyce dostęp do opieki medycznej, jako swój obowiązek. Na przykład, we włoskiej Lombardii podejście władz regionu do opieki zdrowotnej dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu jest takie, że nie widzą potrzeby ustanawiania specjalnych usług medycznych, jako że, według nich, oddziały pogotowia ratunkowego w sposób zadowalający pełnią swoją rolę w zakresie zapewniania przewidzianej przez prawo krajowe opieki medycznej. W Brukseli, jak wynika z wywiadu udzielonego przez tamtejszego przedstawiciela władz lokalnych, tylko niektóre ośrodki opieki społecznej (*Centre Public d'Action Sociale, CPAS/Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn van Brussel, OCMW*), zarządzające dostępem migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki medycznej w ramach programu opieki zdrowotnej w nagłych wypadkach (*Aide Médicale Urgente, AMU*), zorganizowały specjalne grupy robocze zajmujące się trudnościami w dostępie do tego programu.

Obiecująca praktyka

Stworzenie ośrodka opieki społecznej dedykowanego nieudokumentowanym migrantom

Ośrodek pomocy społecznej (*Centre Public d'Action Sociale, CPAS/Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn van Brussel, OCMW*) w Molenbeek, jednej z dzielnic Brukseli w Belgii, stworzył specjalną jednostkę zajmującą się pomocą w udzielaniu opieki medycznej migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu, w ramach systemu pomocy społecznej. Jednostka ta jest postrzegana, jako dobry początek procesu polepszenia implementacji prawa belgijskiego regulującego sytuację migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu oraz ich dostęp do opieki medycznej. Burmistrz okręgu udzielił politycznego wsparcia przy tworzeniu wspomnianej jednostki. Poparcie takie ułatwia relacje placówki z władzami publicznymi i grupami docelowymi, takimi jak migranci o nieuregulowanym statusie pobytu. Pozwala także realizować cel jednostki, jakim jest umożliwienie każdemu człowiekowi godnego życia.

46 Sigvardsson E. (2009), *Vard for papperslosa i Sveriges landsting - lokala riktlinjer och Tillämpningsanvisningar*, dostępne na stronie internetowej: <http://erikasigvardsson.files.wordpress.com/2009/11/ward-for-papperslosa-i-sverigez.pdf>.

47 Zob. www.stranieriinitalia.it/guida_alla_salute_in_otto_lingue oraz *Assistenza Sanitaria - Scheda a cura di Giulia Perin* i PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries. Country report Italy*, dostępne na stronie internetowej: www.nowhereland.info/?i_ca_id=389, s. 10.

Władze Szwecji wyjaśniły, że dopóki władze na szczeblu krajowym, regionalnym lub lokalnym nie poczuwają się do odpowiedzialności za ochronę prawa migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki medycznej, dopóty problemy w otrzymaniu świadczeń zdrowotnych muszą być rozwiązywane w sposób doraźny i na nieformalnych zasadach. To natomiast w dużej mierze zależy od dobrej woli osoby, np. lekarza, pielęgniarki czy kogoś z administracji placówki medycznej, która jako pierwsza styka się z migrantem o nieuregulowanym statusie pobytu potrzebującym pomocy medycznej.

Wiedza na temat sytuacji i praw przysługujących migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu wśród pracowników i w ośrodkach ochrony zdrowia jest kluczowa do tego, aby umożliwić migrantom korzystanie z publicznej opieki medycznej w praktyce. Niska świadomość władz publicznych na temat sytuacji nieudokumentowanych migrantów i ich dostępu do opieki zdrowotnej w rzeczywistości utrudniają skuteczną realizację prawa do ochrony zdrowia. Na przykład, w Polsce i na Węgrzech badani przedstawiciele administracji publicznej nie byli w stanie zidentyfikować żadnych programów lub inicjatyw rządowych dotyczących dostępu migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki zdrowotnej, a co więcej, nie wykazywali przy tym szczególnego zainteresowania tym tematem. Według nich, osoby nieubezpieczone w ogóle stanowią większe wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej niż migranci o nieuregulowanym statusie pobytu.

Bywa, że kwestia wprowadzenia praw i polityk z zakresu zdrowia pozostaje pod silnym wpływem przekonania, że zwiększenie praw do świadczeń medycznych dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu zachęci więcej osób do wjazdu i pobytu w danym kraju wbrew przepisom, chociaż FRA nie znalazła żadnych dowodów na potwierdzenie tego przypuszczenia. W kontekście Belgii jeden z pracowników ośrodka opieki społecznej wskazał na możliwe wystąpienie efektu przyciągania, jeśli dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu zostałyby stworzone specjalne programy zdrowotne i byłyby im udostępnione określone usługi medyczne. Rozmówca ten podał przykład miasta, w którym wszystkie aplikacje są sprawdzane w bardziej drobiazgowy i dokładny sposób niż gdziekolwiek indziej w Belgii, co ma na celu upewnienie się, że karta medyczna AMU jest przyznawana tylko tym osobom, które już mieszkają w tym mieście. Na inny problem wskazał urzędnik brukselskiego regionalnego departamentu zdrowia. Dostrzega on sprzeczność w tym, że wymagając opłat za opiekę medyczną od migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, posiadających wystarczające środki, ośrodki pomocy

społecznej promują nieformalne zatrudnienie, zamiast je zwalczać.

W innych sytuacjach interesy krajowych urzędów do spraw zdrowia i imigracji mogą przeczyć sobie nawzajem. Wskazują na to doświadczenia Médecins du Monde, z których wynika, że ich działania mogą uzyskać poparcie ministra zdrowia, podczas gdy ministerstwo spraw wewnętrznych sprzeciwia się im. We Francji, na przykład, ministerstwo zdrowia umieściło swoje logo na zestawach z igłami jednorazowymi rozprowadzanymi przez tę organizację pozarządową, aby powstrzymać policję przed zniszczeniem ich podczas przeszukiwania pobierających te igły. Podobnie w Hiszpanii, jak powiedział jeden z przedstawicieli organizacji pozarządowych, personel ośrodka oferującego profilaktykę HIV wśród osób świadczących usługi seksualne odkrył, że ośrodek nie ma pacjentów, gdyż są oni zatrzymywani przez policję w drodze do niego.

1.2. Prawa w wypadku szczególnych chorób

W wypadku osób cierpiących na choroby zakaźne, takie jak HIV/AIDS, TB lub zapalenie wątroby, mogą istnieć szczególne uprawnienia w zakresie opieki zdrowotnej. Takie prawa są zazwyczaj oparte na względach zdrowia publicznego.

We wszystkich 10 krajach migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mogą skorzystać z **badań** diagnostycznych w kierunku określonych chorób zakaźnych. Na przykład, na Węgrzech leczenie jest dostępne i bezpłatne dla wszystkich. W Irlandii, jak poinformowali w wywiadach przedstawiciele administracji publicznej, badania w kierunku HIV, zapalenia wątroby czy chorób przenoszonych drogą płciową (*sexually transmitted diseases* – STDs) są dostępne w ośrodkach opieki medycznej zdrowia seksualnego dotowanych przez rząd. Przykładem takiego ośrodka jest Projekt na rzecz Zdrowia Kobiet (*Women's Health Project*) dedykowany kobietom prostytuującym się, z których część została sprzedana do Irlandii. Świadczenia tego typu są zazwyczaj darmowe. Na przykład, nieodpłatny anonimowy test na obecność HIV jest dostępny w każdym z omawianych w tym raporcie 10 krajów.⁴⁸

Leczenie związane z zakażeniem HIV bez konieczności spełniania jakichkolwiek warunków jest dostępne

⁴⁸ Mounier-Jack/ Nielson/ Coker, (2008), *HIV testing strategies across European countries*, British HIV Association, *HIV Medicine*, 9 (suppl.2), s. 13-19.

we Francji w specjalnych centrach,⁴⁹ a jeśli migranci o nieuregulowanym statusie pobytu są uprawnieni do korzystania z refundowanych świadczeń opieki zdrowotnej, mogą takie leczenie otrzymać także w Belgii, Hiszpanii i we Włoszech.⁵⁰ W Szwecji, natomiast, migranci o nieuregulowanym statusie pobytu muszą pokryć pełen koszt leczenia związanego z HIV/AIDS, przy czym lekarze nie mają obowiązku zapewnienia takiego leczenia.

Według sieci HUMA, leczenie związane z zakażeniem HIV w Belgii, Francji, Hiszpanii i we Włoszech może być dostępne w ramach różnych systemów umożliwiających migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu dostęp do opieki medycznej, podczas gdy w Szwecji leczenie nie jest zagwarantowane, a w Niemczech leczenie związane z zakażeniem HIV teoretycznie jest dostępne, jednak w praktyce obowiązek zgłaszania powstrzymuje przed korzystaniem z niego.⁵¹ W Niemczech, w związku z wymogiem zgłaszania policji przypadków udzielania świadczeń w związku z procedurą zwrotu kosztów za leczenie udzielane w sytuacjach niewymagających nagłej interwencji medycznej (wyjaśnionym w części 2.1.1.), z możliwości leczenia związanego z zakażeniem HIV lub leczenia innych chorób zakaźnych korzystają zazwyczaj migranci, którzy nie obawiają się ani bycia zgłoszonym policji, ani bycia wydalonym z kraju, czyli zwykle osoby posiadające status pobytu tolerowanego (*Duldung*). Jednakże, na przykład w niemieckiej Kolonii władze ogłosiły, że departament do spraw zdrowia stworzył centrum porad dla osób z chorobami przenoszonymi drogą płciową (*Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten*), z którego mogą korzystać wszyscy bez względu na status prawny czy ubezpieczenie.

1.3. Prawa szczególnych grup

Niniejszy rozdział jest poświęcony czterem grupom migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu mającym szczególne potrzeby zdrowotne, a mianowicie: dzieciom, kobietom potrzebującym opieki ze względu na macierzyństwo oraz pomocy w planowaniu rodziny, osobom z problemami zdrowotnymi natury psychicznej oraz osobom chorym przewlekle. Wszystkie cztery grupy mają specyficzne potrzeby w zakresie opieki medycznej. Specjalne uprawnienia dla dwóch pierwszych grup wynikają z międzynarodowych regulacji związanych z prawami człowieka.

W pierwszym rozdziale tego raportu zwrócono uwagę, że w czterech krajach (Belgii, Francji, Hiszpanii i Włoszech) refundowana opieka medyczna dostępna dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu obejmuje podstawowe i/lub specjalistyczne usługi medyczne. W sześciu pozostałych krajach istnieje ogólna zasada, że opieka medyczna udzielana jest tylko w nagłych wypadkach. Niektóre z tych krajów, jednak, przedsięwzięły pewne kroki, by zapewnić opiekę szczególnie kobietom w ciąży, w trakcie porodu i po porodzie, oraz dzieciom.

1.3.1. Opieka nad matkami oraz pomoc w planowaniu rodziny

Kobiety wymagają szczególnych świadczeń zdrowotnych, szczególnie w związku z macierzyństwem i planowaniem rodziny. Taka opieka obejmuje usługi medyczne z zakresu opieki przed-, około- i poporodowej. Biorąc pod uwagę powyższe potrzeby kobiet, w zapisach KPD NZ oraz, CEDAW NZ jest zapewnienie opieki związanej z macierzyństwem oraz planowaniem rodziny. Artykuł 24 KPD obliguje państwa do powzięcia odpowiednich działań w celu „zapewnienia matkom odpowiedniej opieki w czasie ciąży i po narodzinach dziecka”. Artykuł 12 (2) CEDAW wymaga od państwa, żeby zapewniły „kobietom w czasie ciąży i porodu oraz po porodzie odpowiednie usługi w razie potrzeby, jak również odpowiednie odżywianie w czasie ciąży i karmienia.”

Rodzaj opieki medycznej otrzymanej przez kobiety może być w każdym kraju inny, w zależności od świadczeń przysługujących kobietom w ciąży i matkom wynikających z ogólnych regulacji, co wynika ze struktury ogólnego systemu opieki zdrowotnej. Tabela 4 przedstawia w ogólnym zarysie uprawnienia kobiet, które są migrantkami o nieuregulowanym statusie pobytu, w zakresie korzystania ze świadczeń medycznych w ramach opieki przed- i poporodowej. Najczęściej taka opieka obejmuje konsultacje w czasie ciąży i po porodzie, dostęp do badań (np. badania USG, badania moczu i krwi), regularne wizyty u lekarza ginekologa oraz asystę podczas porodu.

Dowody zebrane na potrzeby niniejszego raportu pokazują, że we wszystkich badanych krajach **poród** jest traktowany, jako nagły wypadek i w związku z tym lekarze nie mogą odmówić przyjęcia migrantki o nieuregulowanym statusie pobytu, gdy ta zaczyna rodzić.

Konieczność zapłaty za uzyskaną pomoc stanowi największą przeszkodę. Poród może okazać się „nieosiągalny” właśnie ze względów finansowych. Na przykład, w Szwecji poród może kosztować

⁴⁹ Centrum chorób zakaźnych, CIDAG.

⁵⁰ HUMA Network (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice*.

⁵¹ Tamże.

nawet 2,648 EUR.⁵² W tym kraju migrantki o nieuregulowanym statusie pobytu zazwyczaj są obciążane finansowo za hospitalizację, natomiast w Irlandii zależy to od szpitala. W Polsce i na Węgrzech sytuacja płatności nie jest jasna. Na Węgrzech, poród znajduje się na liście 31 sytuacji, które powinny być traktowane, jako nagłe wypadki.⁵³ Z wywiadów przeprowadzonych z migrantkami wynika natomiast, że kobiety będące migrantkami o nieuregulowanym statusie pobytu płacą za poród. Jednakże, jeśli pacjent nie ma środków na opłacenie rachunku, rachunek zostaje zaksięgowany, jako rachunek bez pokrycia i wtedy placówka ochrony zdrowia może ubiegać się o zwrot kosztów leczenia z budżetu państwa. W niektórych krajach, w których migranci płacą za opiekę medyczną, istnieją systemy anulowania kosztów leczenia w sytuacji nieopłacenia rachunku.

Tabela 4 przedstawia w ogólnym zarysie politykę w 10 krajach członkowskich UE dotyczącą udzielania opieki **przed- i poporodowej** w 10 krajach członkowskich UE. Tabela została opracowana w oparciu o szerokie kategorie świadczeń medycznych.

Tabela 4: Dostęp do bezpłatnej opieki przed- i poporodowej, 10 krajów członkowskich UE

Kraj członkowski	Dostęp i warunki
Belgia	Jeśli ma prawo do AMU
Francja	W ramach AME lub PASS
Grecja	Wizyty w przychodniach udzielających pierwszej pomocy, ale badania i testy zazwyczaj odpłatne
Hiszpania	Tak
Irlandia	Nie
Niemcy	Opieka zagwarantowana, ale jest ryzyko bycia zgłoszonym organom państwa
Polska	Nie
Szwecja	Nie
Węgry	Nie
Włochy	Dla posiadaczy kodu STP

Uwaga: Tabela nie uwzględnia leczenia w nagłych wypadkach oraz zasad na reguł lokalnych i regionalnych, odbiegających od prawa krajowego.

Źródło: FRA, 2011⁵⁴

Pełny dostęp do opieki medycznej przed- i poporodowej jest zagwarantowany tylko w czterech spośród 10 omawianych krajów: w Belgii, Francji, Hiszpanii i we Włoszech. W Grecji dostęp do opieki ambulatoryjnej jest możliwy, ale hospitalizacja odbywa się tylko w nagłych wypadkach. W Niemczech istnieje wymóg zgłaszania przypadków leczenia poza nagłymi wypadkami, co potrzebne jest potem w procedurze zwrotu kosztów udzielonych świadczeń (kwestia ta została omówiona w części 2.1.1). Z powodu ryzyka bycia zgłoszonym służbom imigracyjnym, w praktyce darmowa pomoc zdrowotna oferowana kobietom w ciąży i matkom jest ograniczona tylko do nagłych wypadków.⁵⁵

W Hiszpanii migrantki o nieuregulowanym statusie pobytu mają nieograniczony i bezpłatny dostęp do opieki nad matkami oraz do pomocy w planowaniu rodziny na takich samych warunkach jak obywatelki Hiszpanii. We Włoszech mają one dostęp do bezpłatnej opieki w czasie ciąży i po porodzie po otrzymaniu kodu STP. We Francji kobiety, które są migrantkami o nieuregulowanym statusie pobytu i nie kwalifikują się do otrzymania publicznej pomocy medycznej (AME), mogą mieć dostęp do badań w czasie ciąży i pomocy podczas porodu w ośrodkach PASS, bez względu na długość pobytu czy osiągnięte dochody.⁵⁶ Podobnie w Belgii kobiety migrantki o nieuregulowanym statusie pobytu, które mogą korzystać z systemu opieki medycznej AMU, mają dostęp do pomocy w zakresie planowania rodziny. Ponadto, Biuro do spraw Narodzin i Dzieciństwa (*Office de la Naissance et de l'Enfance/Kind en Gezin*) zapewnia darmową opiekę medyczną dla kobiet w ciąży i rodzin z małymi dziećmi (doradztwo, wizyty kontrolne, szczepienia), bez względu na narodowość czy pochodzenie.⁵⁷ W Grecji pewien chirurg z kliniki udzielającej pierwszej pomocy wyjaśnił, że, pomimo iż migranci mają zagwarantowany prawem dostęp do opieki medycznej tylko w nagłych wypadkach, to lekarze w tych klinikach mogą zapewnić kobietom w ciąży niskobudżetową opiekę ambulatoryjną. Innymi słowy, lekarz może zapewnić regularne wizyty kontrolne w czasie ciąży, ale nie ma prawa do przeprowadzenia żadnych innych badań, takich jak badanie moczu, gdyż refundowane są tylko koszty leczenia ambulatoryjnego.

W pozostałych czterech krajach (Irlandia, Polska, Szwecja i Węgry) kobiety migrantki o nieuregulowanym statusie pobytu otrzymują leczenie podczas ciąży, ale tylko w nagłych wypadkach.

55 Ustawa o świadczeniach dla osób ubiegających się o status uchodźcy (*Asylbewerberleistungsgesetz*), Sekcja 4 (2).

56 PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries, Country report France*, dostępne na stronie internetowej: www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

57 Zob. www.one.be/index.php?id=5 oraz; HUMA Network (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice*, s. 27.

52 Na podstawie wywiadu z przedstawicielem administracji publicznej ze Szwecji.

53 Zob. Regulacja 52/2006.

54 Wywiady z pracownikami ochrony zdrowia oraz HUMA Network (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice*.

„Choroby niemające ostrego przebiegu nie będą leczone [...] To oznacza, że opieka w czasie ciąży, na przykład, nie będzie zapewniona osobom nieubezpieczonym i niemającym środków finansowych na opłacenie leczenia.”

Pracownik ochrony zdrowia, Węgry

„Nagły wypadek” to bardzo niejasny termin, który musi być oceniony przez lekarza w każdym przypadku indywidualnie. Ogólnie mówiąc, kobiety, które są migrantkami o nieuregulowanym statusie pobytu, otrzymują darmową opiekę zdrowotną tylko w razie komplikacji, takich jak krwawienie pojawiające się podczas ciąży. Inne formy opieki dla ciężarnych i po narodzinach dziecka nie są traktowane, jako nagłe wypadki i stąd są dostępne tylko odpłatnie. W Szwecji niektóre miasta oferują bardziej przyjazną politykę. Według zasad postępowania opracowanych przez władze miasta w Sztokholmie, pracownicy ochrony zdrowia powinni udzielić pomocy kobietom, które są migrantkami o nieuregulowanym statusie pobytu, szukającym opieki medycznej podczas ciąży i po narodzinach dziecka. Jednakże, kwestia kosztów nie została bezpośrednio omówiona.⁵⁸

Obiecująca praktyka

Placówka medyczna zaspokaja potrzeby zdrowotne migrantek

Centrum zdrowia i pomocy kobietom migrantkom (*Centro di salute e ascolto per le donne immigrate*) zapewnia opiekę medyczną wszystkim ciężarnym kobietom i dziewczętom migrantkom, udokumentowanym, jak i nieudokumentowanym. Centrum, czyli oddział szpitala San Carlo Borromeo w Mediolanie, we Włoszech, jest wynikiem współpracy organizacji społecznej Crinali (www.criminali.org/index.html) z publicznym sektorem zdrowotnym i początkowo był finansowany przez region Lombardii. W centrum pracują wyłącznie lekarze płci żeńskiej (ginekolodzy, położnicy, pediatrzy), mówiący w wielu językach, zatrudnieni przez szpital oraz mediatorzy międzykulturowi zatrudnieni przez Crinali. Podczas pierwszej wizyty w centrum pacjentki są proszone o podanie swoich danych potrzebnych do prowadzenia karty pacjenta we właściwy sposób. Po wstępnej konsultacji z lekarzem, psychologiem i mediatorem, kobiety mają wyznaczony termin wizyty lekarskiej oraz otrzymują receptę na wszystkie potrzebne leki. Po takiej wizycie kobiety mają prawo do otrzymania kodu STP.⁵⁹ Podobne centrum istnieje również w ramach szpitala San Paolo w Mediolanie.

58 Zasady opracowane przez władze miasta w Sztokholmie z 1 stycznia 2009 r.: www.rosengrenska.org/pdfs/CheflakVerstallighetBeslutGomda.pdf.

59 Wywiad z pracownikiem ochrony zdrowia z Włoch.

Niektóre państwa (np. Grecja, Niemcy, Włochy) wprowadziły możliwość **zawieszenia decyzji o wydaleniu** kobiet, które są migrantkami o nieuregulowanym statusie pobytu, **w trakcie ciąży**.⁶⁰ To jednak nie prowadzi automatycznie do tego, że wspomniane kobiety otrzymają prawo do opieki medycznej w tych krajach.⁶¹ W Grecji, na przykład, kobiety w ciąży mogą mieć zawieszony wyrok o wydaleniu w określonym okresie przed porodem i po narodzinach dziecka, ale w tym okresie nie otrzymują prawa do bezpłatnej opieki zdrowotnej dla matek. W Niemczech tylko migrantki posiadające prawo pobytu (*Duldung*) mogą bez strachu korzystać z opieki zdrowotnej podczas ciąży i po porodzie. W innych wypadkach wymóg zgłaszania migrantów policji w każdej sytuacji związanej z leczeniem poza nagłymi wypadkami budzi strach. Zgłoszenie policji jest ściśle powiązane z otrzymaniem zwrotu kosztów leczenia, co zostało omówione w części 2.1.1. W związku z powyższym, organizacje pozarządowe pomagają ciężarnym migrantkom o nieuregulowanym statusie pobytu uzyskać pozwolenie na pobyt tolerowany (*Duldung*). Jednakże, pozwolenie to jest przyznawane tylko na czas, kiedy kobieta „nie jest zdolna do podróży”, czyli generalnie obejmuje to okres sześciu tygodni przed porodem i ośmiu tygodni po narodzinach dziecka.⁶²

Ofiary handlu ludźmi są szczególnie wrażliwą grupą. Wśród podjętych działań mających na celu udzielenie pomocy ofiarom handlu ludźmi, zgodnie z Artykułem 11 nowej dyrektywy w sprawie zapobiegania handlowi ludźmi,⁶³ państwa członkowskie są wzywane do zapewnienia „niezbędnej opieki medycznej, w tym pomocy psychologicznej, doradztwa i informacji, a w odpowiednich sytuacjach – także usług tłumaczy”. Pomoc powinna być udzielona także tym osobom, które nie zdecydują się na współpracę z organami ścigania i wymiaru sprawiedliwości na etapie oskarżenia, w trakcie śledztwa oraz procesu (Artykuł 11).

Przedstawiciele organizacji społecznych mogą zaoferować pomoc i wsparcie w zakresie opieki zdrowotnej dla ofiar handlu ludźmi, często wspierane przez rząd danego kraju. Podobną pomocą mogą być objęte również kobiety, które są migrantkami

60 Niemiecka, Ustawa o zamieszkiwaniu (*Aufenthaltsgesetz*), Sekcja 60 a (2) trzecie zdanie (ciąża jest uznawana – arbitralnie – jako nagłe powody osobiste); Grecja, Prawo 3386/2005 (ze zmianami), Artykuł 79 (1)e. drugie zdanie; Włochy, D.LGS. 286/1998 (ze zmianami), Artykuł 19 (2)d. Szeroki przekrój praw dotyczących publicznej opieki medycznej można znaleźć w European Migration Network (2010), *The different national practices concerning granting of non-EU harmonised protection statuses*, s. 28.

61 Kwestionariusz wypełniony przez przedstawiciela krajowej administracji w Grecji.

62 Zob. PICUM, (2007), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants*, s. 38.

63 Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie zapobiegania handlowi ludźmi i zwalczania tego procederu oraz ochrony ofiar 2011/36/EU, opublikowana 5 kwietnia 2011 r.

o nieregulowanym statusie pobytu. W Irlandii, na przykład, specjalna jednostka utworzona przy Organie Wykonawczym Usług Medycznych (*Health Service Executive* – HSE) opracowała w 2010 roku plan indywidualnej pomocy dla potencjalnych i rzekomych ofiar handlu ludźmi (kobiet i mężczyzn), bez względu na ich status pobytu. Plan pomocy obejmuje, w zależności od potrzeb indywidualnych, badania ogólne, pomoc w zakresie zdrowia seksualnego i psychicznego oraz konsultacje, doradztwo w sprawach relacji rodzinnych i społecznych, pomoc w kwestiach społecznych i duchowych, włączając w to voodoo i juju; pomoc w zarządzaniu finansami, pomoc i doradztwo dotyczące kształcenia i szkoleń oraz spraw imigracyjnych. W ramach tej opieki zapewnione są również objaśnienie toczącego się postępowania karnego w sprawie przestępstwa handlu ludźmi oraz towarzyszenie klientom w drodze na przesłuchania. Ponadto, Projekt Dotyczący Zdrowia Kobiet przy HSE (*Women’s Health Project*), organizacja pozarządowa finansowana przez państwo, zapewnia badania w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową, szczepienia, doradztwo, antykoncepcję, testy ciążowe oraz porady i wsparcie socjalne dla kobiet, które mogą być ofiarami handlu ludźmi.⁶⁴ Podobnie w Polsce, jak potwierdził rozmówca z organizacji La Strada, wśród innych usług oferowana jest także pomoc medyczna dla kobiet będących ofiarami handlu ludźmi.

Według migrantów, organizacje pozarządowe oferują wiele świadczeń, poczynając od zapewnienia informacji oraz alternatywnych względem publicznego systemu usług medycznych, a kończąc na pośredniczeniu między migrantami o nieregulowanym statusie pobytu i placówkami opieki zdrowotnej. Migrantka o nieregulowanym statusie pobytu mieszkająca w Warszawie powiedziała, że nie znalazłaby lekarza, gdyby nie pomoc organizacji pozarządowej, która specjalizuje się w pomocy ofiarom handlu ludźmi:

„Kiedy byłam w ciąży nie miałam żadnych dokumentów ani ubezpieczenia, niczego. Urodziłam dziecko w lutym 2006 roku. Poszłam do lekarza do szpitala na Pradze Północ lub Południe. Numery telefonu i adresy do La Strady dostałam od mojej koleżanki, która pracuje w seks biznesie i jest podopieczną Fundacji La Strada. Fundacja ta opiekuje się prostytutkami i daje im wszystko za darmo: opiekę ginekologa, leki. Zapytałam mojej przyjaciółki, czy ta Fundacja może mi pomóc i ona obiecała, że zapyta. I właśnie od nich dostałam numer telefonu do lekarza. Poszłam do tego lekarza i podczas pierwszej wizyty miałam zrobione badanie krwi, USG, wszystko za darmo.”

31-40, Polska, z Europy Wschodniej

W niektórych krajach migrantki o nieregulowanym statusie pobytu mają także dostęp do opieki medycznej w ramach programów stworzonych dla ogółu społeczeństwa lub przez jednostki specjalnie do tego powołane. We Francji, na przykład, kobiety i dzieci do 21 roku życia mają zapewnioną darmową opiekę medyczną, porady w planowaniu rodziny, opiekę w czasie ciąży oraz po narodzinach dziecka, szczepienia dla dzieci oraz asystę przy porodzie w centrach ochrony zdrowia matki i dziecka (*Service de protection maternelle et infantile*, PMI). W Kolonii migrantki o nieregulowanym statusie pobytu mogą otrzymać porady zdrowotne w czasie ciąży, jak również podstawowe badania w ramach tzw. godzin humanitarnego poradnictwa organizowanych przez miejski departament zdrowia. W Bremie departament zdrowia zapewnia opiekę medyczną w czasie ciąży dzięki zaangażowaniu lekarzy ginekologów, którzy pracują, jako wolontariusze. Natomiast w Kolonii kobieta musi pokryć część kosztów udzielanej jej pomocy medycznej.⁶⁵

Opinia FRA

Przedporodowa, okołoporodowa i poporodowa opieka zdrowotna

Artykuł 24 KPD i Artykuł 12 (2) CEDAW wzywają do zapewnienia opieki w czasie ciąży oraz po narodzinach dziecka. Jednakże, uprawnienia w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej dla kobiet w ciąży i matek są różne w różnych krajach UE.

Kobiety, które są migrantkami o nieregulowanym statusie pobytu, powinny mieć dostęp do niezbędnej podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej w razie porodu. Powinny mieć również zapewnioną opiekę zdrowotną dla matek i pomoc w planowaniu rodziny na tych samych warunkach, co obywatelki danego kraju. Opieka powinna obejmować podstawową i specjalistyczną opiekę przed- i poporodową: wizyty u ginekologa, dostęp do podstawowych badań, porady dotyczące planowania rodziny oraz inne porady.

⁶⁴ Wywiady z pracownikami ochrony zdrowia w Irlandii, Projekt Dotyczący Zdrowia Kobiet, zob. www.hse.ie/eng/services/Find_a_Service/Sexualhealth/Women%27s_Health_Project/.

⁶⁵ Wywiad z przedstawicielem administracji publicznej w Niemczech.

1.3.2. Opieka zdrowotna dla dzieci-migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu

Dzieci stanowią jedną z najbardziej wrażliwych grup społecznych, potrzebujących szczególnej ochrony. W Artykule 24 KPD uznaje się „prawo dziecka do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej”. Co więcej, „Państwa-Strony będą dążyły do zapewnienia, aby żadne dziecko nie było pozbawione swojego prawa dostępu do tego rodzaju opieki zdrowotnej”.

W rzeczywistości, jednak, opieka zdrowotna dla dzieci-migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu nie jest zawsze dostępna.⁶⁶ Tabela 5 przedstawia w ogólnym zarysie przepisy krajowe w tym zakresie.

Tylko w dwóch spośród 10 badanych krajów, t.j. w Grecji i Hiszpanii, dzieci-migranci o nieuregulowanym

statusie pobytu mają dostęp do opieki zdrowotnej (przynajmniej do osiągnięcia określonego wieku) na tych samych zasadach, co dzieci-obywatele tych krajów. W Hiszpanii od dnia narodzin wszystkie dzieci mają zagwarantowaną opiekę lekarza pediatry.⁶⁷ W Grecji wszystkie dzieci do lat 14 mają dostęp do opieki zdrowotnej w przychodniach dziecięcych, bez względu na status pobytu.⁶⁸ W Atenach istnieje 20 takich przychodni i, według badanych pracowników ochrony zdrowia, korzystają z nich głównie migranci.

Trzy kraje: Belgia, Francja i Włochy rozróżniają sytuację małych migrantów bez opieki o nieuregulowanym statusie pobytu i dzieci nieudokumentowanych migrantów mieszkających z rodzicami, zapewniając tej pierwszej grupie większą opiekę, na poziomie podobnym do tego, który przysługuje dzieciom-obywateľom.⁶⁹

Tabela 5: Prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej dla dzieci-migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, 10 krajów członkowskich UE

	Taki sam dostęp jak dla obywateli danego kraju	Taki sam dostęp jak dla obywateli danego kraju dla niektórych usług	Prawa przyznane małoletnim bez opieki podobne jak dla obywateli danego kraju	Dostęp poza nagłymi wypadkami dla szczególnych grup	Opieka medyczna tylko w nagłych wypadkach
Belgia		-	✓		
Francja		-	✓		
Grecja	✓	-			
Hiszpania	✓	-			
Irlandia		-			✓
Niemcy		-		Dzieci tolerowane*	
Polska		-		Dzieci w szkołach	
Szwecja		-		Dzieci, które nie otrzymały statusu uchodźcy	
Węgry		-			✓
Włochy		-	✓		

*Uwaga: * Chociaż dzieci, których status nie jest ujawniony, w świetle prawa mają dostęp do opieki zdrowotnej, ale w praktyce istnieje ryzyko, że zostaną zgłoszone służbom imigracyjnym.*

Źródło: FRA, 2011. Opracowane na podstawie: Björngren-Cuadra, C. (2010), Policies on Healthcare for Undocumented Migrants in EU27. Country report, Lithuania, dostępny na stronie: www.nowhereland.info/?i_ca_id=369; PICUM (2009), Undocumented Children in Europe: Invisible Victims of Immigration Restrictions, Bruksela: PICUM; HUMA Network (2009), Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice; wywiady z pracownikami ochrony zdrowia

66 Więcej o sytuacji dzieci bez opieki ubiegających się o status uchodźcy w: FRA (2010), *Separated, asylum-seeking children in European Union Member States – Comparative Report*, s. 45-49.

67 Hiszpania, *Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social* (11 stycznia 2000 r.) Artykuł 12(3), oraz wywiady z pracownikami ochrony zdrowia.

68 *Codification on Legislation on the Entry, Residence and Social Integration of Third-Country Nationals on Greek Territory*, Law 3386/2005 (Government Gazette-GG A 212), Artykuł 84 (1).

69 Zob. FRA, (2010), *Separated, asylum-seeking children in European Union Member States – Comparative Report*.

We Francji nieudokumentowane małoletnie dzieci bez opieki w zasadzie mają dostęp do powszechnej opieki zdrowotnej (CMU),⁷⁰ natomiast nieudokumentowane dzieci mieszkające z rodzinami muszą ubiegać się o publiczną pomoc medyczną (AME).⁷¹ Jednakże, dzieci otrzymują prawo do tej pomocy od pierwszego dnia pobytu. Nie muszą udowadniać, że mieszkają we Francji już od trzech miesięcy, jak to jest w wypadku dorosłych. W Belgii dzieci-migranci małoletni bez opieki o nieuregulowanym statusie pobytu dostają ubezpieczenia zdrowotne, jeśli przebywają w ośrodku dla uchodźców lub w placówce opieki społecznej. Jeśli przebywają poza tymi ośrodkami, otrzymują ubezpieczenie zdrowotne tylko wtedy, gdy uczęszczają do szkoły belgijskiej, przez co najmniej trzy miesiące.⁷² Dzieci-migranci o nieuregulowanym statusie pobytu, które mieszkają ze swoją rodziną, podlegają takim samym prawom jak dorośli migranci o nieuregulowanym statusie pobytu. To znaczy, że muszą starać się o kartę medyczną AMU, żeby mieć prawo do korzystania z opieki medycznej.⁷³ We Włoszech, według pracownika socjalnego zatrudnionego w szpitalu, dzieci-migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mieszkające ze swoimi rodzicami otrzymują podstawowe leczenie i szczepienia, ale nie mają dostępu do wizyt u pediatry. Natomiast małoletnie dzieci-migranci o nieuregulowanym statusie pobytu bez opieki mają przyznane takie same prawa jak dzieci włoskie.

W Niemczech migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają taki sam dostęp do opieki zdrowotnej, w tym opieki dla dzieci, jak osoby ubiegające się o status uchodźcy.⁷⁴ Jednak, obowiązek zgłaszania policji wszystkich sytuacji poza nagłymi wypadkami powstrzymuje migrantów przed szukaniem opieki zdrowotnej w wypadkach innych niż nagłe. Wymóg zgłaszania policji ma ścisły związek ze procedurą zwrotu kosztów za leczenie poza nagłymi wypadkami, co zostało omówione w części 2.1.1. W Szwecji tylko dzieci-migranci o nieuregulowanym statusie pobytu do 18 roku życia, których wnioski o status uchodźcy zostały odrzucone, mają prawo do opieki medycznej w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. W Polsce dzieci-migranci o nieuregulowanym statusie pobytu bezpłatnie otrzymują tylko profilaktyczną

opiekę medyczną i dentystyczną wtedy, gdy uczęszczają do publicznych szkół.⁷⁵

Na Węgrzech i w Irlandii nie istnieją żadne szczególne mechanizmy dotyczące opieki zdrowotnej dla dzieci-migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu. Podobnie jak dorośli, dzieci mają dostęp do opieki zdrowotnej tylko w nagłych wypadkach.

W wielu krajach **szczepienia we wczesnym dzieciństwie** są częścią podstawowego pakietu zdrowotnego dla dzieci. Badania przeprowadzone przez FRA pokazały, że szczepienia są darmowe w ośmiu spośród 10 badanych krajów, a mianowicie w Belgii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Irlandii, Szwecji, na Węgrzech i we Włoszech. W Irlandii nie znaleziono żadnych specjalnych regulacji dotyczących szczepień. Można, więc przypuszczać, w oparciu o generalną zasadę udzielania pomocy medycznej w nagłych wypadkach każdemu, że dzieci mogłyby otrzymać te szczepienia, które personel medyczny uznałby za niezbędne. W Niemczech szczepienia dla dzieci są dostępne nieodpłatnie na podstawie Ustawy o świadczeniach dla osób ubiegających się o status uchodźcy, jednak wymóg zgłaszania policji każdej sytuacji nieobjętej leczeniem w nagłych wypadkach, wystawia dzieci wymagające szczepień na ryzyko bycia zgłoszonym służbom imigracyjnym.⁷⁶ Zgłaszanie policji jest ściśle powiązane z procedurą zwrotu kosztów leczenia innych niż w nagłych wypadkach, co zostało omówione w części 2.1.1. W Polsce szczepienia są dostępne odpłatnie, jednak dzieci-migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają dostęp do obowiązkowych szczepień, którym podlegają dzieci w wieku szkolnym.⁷⁷

Tam, gdzie szczepienia nie są gwarantowane przez publiczny system opieki zdrowotnej, dzieci mogą polegać tylko na nieformalnych działaniach podjętych przez lekarzy lub mogą uzyskać pomoc w ośrodkach zapewniających pomoc medyczną bez konieczności spełnienia jakichkolwiek warunków. W Niemczech, na przykład, pracownicy pozarządowego szpitala religijnego w Kolonii funkcjonującego w ramach Maltańskiej Medycyny dla Migrantów (*Malteser Migranten Medizin*) powiedzieli, że szpital oferuje

70 *Code de l'action sociale et des familles*, Artykuł L111-2.

71 *Code de l'action sociale et des familles*, Artykuł L254-1; HUMA Network (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU countries. Law and Practice*, s.51.

72 *Loi relative a l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités* (14 lipca 1994 r.), Artykuł 32 1st alinea Nr 22; na temat małoletnich dzieci bez opieki w Wallonii zob. na przykład circulaire OA Nr 2008/198 (9 maja 2008 r.).

73 *Loi organique des CPAS* (8 lipca 1976 r.), Artykuł 57 paragraf 2; PICUM (2009), *Undocumented children in Europe: Invisible Victims of Immigration Restrictions*, dostępne na stronie internetowej: <http://picum.org/en/publications/reports/>, s.50-51.

74 Ustawa o świadczeniach dla osób ubiegających się o status uchodźcy (*Asylbewerberleistungsgesetz*), Sekcja 1 i 4.

75 Zob. HUMA Network (2011), *Access to Healthcare and Living Conditions of Asylum Seekers and Undocumented Migrants in Cyprus, Malta, Poland and Romania*, s. 101; Prawo o systemie oświaty (7 września 1991 r.), Artykuł 92 (1) i (2) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia na temat organizacji profilaktycznej opieki medycznej dla dzieci i młodzieży z dnia 28 sierpnia 2009 r.

76 Ustawa o świadczeniach dla osób ubiegających się o status uchodźcy (*Asylbewerberleistungsgesetz*) Sekcja 4, paragraf 3.

77 Zob. HUMA Network (2011), *Access to Healthcare and Living Conditions of Asylum Seekers and Undocumented Migrants in Cyprus, Malta, Poland and Romania*, s. 101; Prawo o systemie edukacji (7 września 1991 r.), Artykuł 92 (1) i (2) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. na temat organizacji profilaktycznej opieki medycznej dla dzieci i młodzieży.

darmowe i anonimowe szczepienia. W Polsce pracownicy ochrony zdrowia z publicznego szpitala w Warszawie powiedzieli, że zawsze podają dzieciom szczepionki, pomimo że prawo nie zapewnia bezpłatnego dostępu do opieki zdrowotnej. Jednakże, przedstawiciele organizacji społecznych w Polsce stwierdzili, że stale toczony są dyskusje z pracownikami ochrony zdrowia wokół realizacji prawa dzieci do darmowych szczepień. W Polsce tylko niedokumentowane dzieci w wieku szkolnym są objęte opieką z zakresu profilaktyki zdrowotnej, włączając w to szczepienia ochronne dostępne w szkołach.⁷⁸

Kiedy prawo gwarantuje opiekę zdrowotną, dodatkową przeszkodą w korzystaniu ze świadczeń medycznych jest często **brak świadomości** przysługujących praw.⁷⁹ Na przykład, we Francji dzieci i młodzież do 21 roku życia mogą korzystać z bezpłatnej opieki zdrowotnej i szczepień w centrach zdrowia matki i dziecka (PMI), które są ogólnodostępne. Jednak, według paryskiego urzędnika pracującego w sektorze ochrony zdrowia odpowiedzialnego za opiekę medyczną dla dzieci, wielu migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu nie jest wystarczająco dobrze poinformowana na temat dostępu do tych lub podobnych świadczeń. W Szwecji, jak wynika z wywiadów przeprowadzonych z pracownikami ochrony zdrowia, dzieci-migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają prawo do szczepień. Jednakże, często ani ośrodki ochrony zdrowia, ani sami migranci nie są tego świadomi. W Sztokholmie program szczepień przeciwko H1N1 (świńska grypa) został skierowany szczególnie do dzieci-migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu.⁸⁰ Dzieci te mogą również ucierpieć na skutek ogólnych cięć wydatków w sektorze ochrony zdrowia, które nie dotyczą bezpośrednio migrantów. W Grecji, na przykład, na początku 2010 roku, Ministerstwo Zdrowia przestało dostarczać szczepionki do klinik i szpitali dziecięcych. To spowodowało, że szpitale mają ogromne trudności z zapewnieniem dzieciom podstawowych szczepień i szukają pomocy w zdobyciu darmowych szczepionek u organizacji pozarządowych, takich jak Caritas czy Czerwony Krzyż.

Opinia FRA

Opieka zdrowotna dla dzieci

Dzieci mające nieuregulowany status migracyjny stale napotykają prawne i praktyczne przeszkody w dostępie do opieki medycznej.

W świetle Artykułu 24 KPD każde dziecko przebywające na terytorium państwa członkowskiego ma prawo do takiej samej opieki zdrowotnej jak obywatele tego kraju. Opieka ta powinna obejmować również szczepienia, które są głównym środkiem profilaktycznym.

1.3.3. Opieka w zakresie zdrowia psychicznego

Problemy psychiczne, fizyczne i społeczne są ze sobą ściśle powiązane.⁸¹ Problemy na tle psychicznym u migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu mogą wynikać z przemocy i prześladowań doświadczanych w kraju pochodzenia. Niedokumentowani migranci mogą doświadczać także presji w kraju przyjmującym związanej z takimi czynnikami, jak: brak stałych dochodów, pobyt w zamkniętych ośrodkach, brak perspektyw, stygmatyzacja i izolacja, a także ciągły strach przed byciem zatrzymanym. Jak wynika z wywiadów, migranci o nieuregulowanym statusie pobytu wskazują na jeszcze inne sprawy, które nadwyrężają ich zdrowie psychiczne. Należą do nich: presja ze strony potrzebującej wsparcia finansowego rodziny pozostawionej w kraju pochodzenia, stres i lęk związany z oczekiwaniem na odpowiedź w sprawie nadania statusu uchodźcy oraz depresja wynikająca z warunków, w jakich żyją, oraz braku uregulowanego statusu prawnego.

„Z powodu bardzo kiepskich warunków, w jakich teraz żyję, czuję się smutny i znerwicowany. I pomimo tego, że to prawda, że mogę otrzymać darmową pomoc medyczną, jednak, jak można żyć w zdrowiu, kiedy nie ma się pieniędzy na jedzenie lub na kupno normalnych rzeczy?”

21-30, Belgia, z Zachodniej Afryki

78 W Polsce uczęszczanie do szkoły jest obowiązkowe dla dzieci w wieku 7-18; informacja dostępna na stronie internetowej: www.migrant.info.pl/Edukacja.html

79 Zob. Opieka medyczna w zakresie zdrowia psychicznego oraz FRA (2010), *Separated asylum-seeking children in European Union Member States – Comparative Report*, s. 47.

80 Raport podsumowujący informacje na temat kraju opracowany przez Patricię de Palma oraz Lenę Karlsson, które prowadziły badania w Szwecji.

81 Wahlbeck, K., Huber M. (2009), *Access to Healthcare for People with Mental Disorders in Europe. Policy Brief*, Centrum Europejskie.

Według badanych specjalistów medycznych problemy natury psychicznej spotykane u migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu mają różne objawy, poczynając od zaburzeń psychosomatycznych, takich jak bóle głowy, bezsenność lub lęk, poprzez problemy psychologiczne powiązane ze spożywaniem alkoholu lub z zażywaniem narkotyków, aż po stany ciężkie, takie jak syndrom stresu pourazowego, psychoza lub depresja.⁸²

Według informacji udzielonych przez organizacje pozarządowe i ośrodki ochrony zdrowia, objawy zaburzeń psychicznych najczęściej pozostają nieleczone.

„Pomoc psychologiczna nie jest dostępna dla nieudokumentowanych migrantów, a taka pomoc jest bardzo potrzebna. Czasami, kiedy mamy do czynienia z osobami z zaburzeniami emocjonalnymi i psychicznymi, nie wiemy, jak mamy postępować. Jest to zazwyczaj połączone z problemami natury prawnej [...], jeśli taka osoba nie ma dokumentów tożsamości, my nie mamy możliwości jej pomóc. Poza tym, nie ma lekarzy, którzy podjęliby się leczenia takich pacjentów, pomimo że mamy zaprzyjaźnionych lekarzy o większej wrażliwości na problemy, jakie mogą spotkać wietnamskich migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu.”

Organizacja pozarządowa, Polska

Tabela 6 przedstawia w ogólnym zarysie praktyki odnoszące się do leczenia zaburzeń psychicznych stosowane w badanych krajach. Generalnie, dostęp migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki medycznej w zakresie zdrowia psychicznego jest bardzo ograniczony. Tylko w czterech na 10 badanych krajów (Belgia, Francja, Hiszpania i Włochy), migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają dostęp, przynajmniej według prawa, do leczenia zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, stres, psychoza oraz stany lękowe. Opieka medyczna obejmuje także leczenie farmakologiczne. We wszystkich pozostałych krajach, migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mogą liczyć na opiekę zdrowotną tylko w nagłych wypadkach, takich jak myśli samobójcze lub stwarzanie niebezpieczeństwa dla siebie lub dla innych (np. psychoza). Przedstawiciele ochrony zdrowia na Węgrzech podkreślają, że jeśli stan pacjenta zostanie ustabilizowany, dalsze leczenie nie jest podejmowane.

Tabela 6: Dostęp migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki w zakresie zdrowia psychicznego, 10 krajów członkowskich UE

Kraj członkowski	Warunki i dostęp
Belgia	TAK Jeśli ma prawo do AMU
Francja	TAK Jeśli ma prawo do AME, a jeśli nie ma, to dostęp przez ośrodki PASS
Grecja	NIE Ale badania możliwe w miejskich przychodniach lub ośrodkach pierwszej pomocy
Hiszpania	TAK Dla posiadających kartę medyczną
Irlandia	NIE
Niemcy	NIE
Polska	NIE
Szwecja	NIE
Węgry	NIE
Włochy	TAK Dla posiadających kod STP

Źródło: FRA, 2011 (wywiady z ośrodkami ochrony zdrowia i przedstawicielami władz publicznych)

Jednakże, nawet, jeśli prawo do opieki zdrowotnej obejmuje leczenie zaburzeń psychicznych, praktyczne bariery mogą ograniczać dostęp do niego. Mogą to być ogólne przeszkody doświadczane przez całe społeczeństwo lub ograniczające się tylko do grupy migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu.

Pracownicy ochrony zdrowia wskazują na ogólny **brak świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia zaburzeń psychicznych, również dla ogółu mieszkańców**. Chociaż trudności mają wpływ na całe społeczeństwo, to nieuregulowany status prawny często pogarsza sytuację. Pewien lekarz pracujący w Budapeszcie powiedział, że istnieją bardzo duże braki w węgierskim systemie opieki medycznej w kwestii leczenia zaburzeń psychicznych, a dla osób nieubezpieczonych dostęp do takiej opieki jest jeszcze bardziej ograniczony. Badani przedstawiciele organizacji społecznych w Niemczech potwierdzili, że w ich kraju sytuacja wygląda podobnie. Osoby ubezpieczone czekają na leczenie nawet sześć miesięcy, podczas gdy nieudokumentowani migranci lub posiadający pozwolenie na pobyt tolerowany

⁸² PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*. Raporty krajowe w ramach projektu *Healthcare in Nowhereland*, dostępne na stronie internetowej: www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

(*Duldung*) mogą czekać nawet cały rok. Pracownicy ochrony zdrowia w Hiszpanii podkreślają jeszcze inne przeszkody, które ograniczają dostęp migrantów do leczenia zaburzeń psychicznych. Należy do nich głównie niechęć lekarzy do przyjmowania pacjentów wynikająca z obaw o barierę językową bądź niepożądany wpływ obecności tłumacza na przebieg leczenia i terapii.

Badani pracownicy ochrony zdrowia w Hiszpanii podkreślają, że stykając się z migrantami o nieregulowanym statusie pobytu, personel medyczny ma zazwyczaj niską świadomość w odniesieniu do specyficznych problemów z zakresu zdrowia psychicznego. Zaburzenia zdrowia psychicznego często są diagnozowane dopiero przy leczeniu objawów somatycznych związanych z tymi zaburzeniami. Aby uzyskać dostęp do opieki zdrowotnej, migranci o nieregulowanym statusie pobytu muszą najpierw otrzymać skierowanie od lekarza ogólnego lub ze szpitala. Pewien lekarz z Francji widzi tu potencjalną dodatkową przeszkodę dla osób z problemami natury psychicznej. Jak zaznaczył przedstawiciel personelu medycznego w Belgii, skierowanie jest wydawane wtedy, gdy pierwszy odwiedzany lekarz uzna leczenie za „konieczne”; a długotrwałe systematyczne leczenie jest udzielane wtedy, gdy lekarz specjalista uzna je za niezbędne ze względów medycznych.

Ciągłość leczenia stanowi kolejne wyzwanie. Według pracowników ochrony zdrowia w Paryżu, leczenie zaburzeń psychicznych jest dostępne w centrach opieki psychologicznej (*Centres Médico Psychologiques*, CMP), natomiast tym, których stan jest niestabilny, opiekę medyczną zapewnia mobilny zespół lekarski (*L'Équipe mobile psychiatrie et précarité*). Pewien lekarz z paryskiego szpitala wskazał na trudności w zapewnieniu opieki poszpitalnej migrantom o nieregulowanym statusie pobytu z zaburzeniami psychicznymi, podkreślając, że wiele centrów opieki psychologicznej nie reaguje w odpowiedni sposób na sytuację ludzi dotkniętych problemami natury psychicznej. Ponadto, zespół lekarzy często się zmienia, co nie jest korzystne dla społeczności pacjentów, którzy potrzebują stabilizacji. I wreszcie, osoba chcąca skorzystać z pomocy medycznej musi wskazać adres stałego zamieszkania, co często stanowi problem:

„Opieka medyczna w zakresie leczenia zaburzeń psychicznych to koszmar i nie jest tak tylko w wypadku migrantów o nieregulowanym statusie pobytu, gdyż ludzie bezdomni muszą się zmierzyć z taką samą sytuacją.”

Pracownik ochrony zdrowia, Francja

Pomimo że w niniejszym raporcie stwierdza się, że otrzymanie przez migrantów o nieregulowanym statusie pobytu świadczeń zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego jest w ogóle bardzo trudne, to jednak istnieją pewne kanały umożliwiające skorzystanie z takiej opieki. W belgijskim mieście Ghent założono miejskie poradnie zdrowia psychicznego oferujące pomoc psychologa, której koszt zależy od sytuacji finansowej pacjenta. Jednak, ze względu na duże zapotrzebowanie, na wizytę trzeba czekać nawet sześć miesięcy.

Obiecująca praktyka

Szukanie nowatorskich sposobów na postępowanie w wypadku zaburzeń zdrowia psychicznego wśród nieudokumentowanych migrantów

Belgijskie Wschodnioflamandzkie Centrum na Rzecz Różnorodności (*Oost-Vlaamse diversiteitscentrum*) założone w 2010 roku, jest jednorocznym programem pilotażowym poświęconym leczeniu zaburzeń psychicznych (psycho-poznawczych) u osób ubiegających się o status uchodźcy i migrantów o nieregulowanym statusie pobytu. Centrum, we współpracy z władzami prowincji Wschodniej Flandrii w Ghent i prowincji Limburg, ma za zadanie promować dostęp tych grup do opieki medycznej w zakresie zdrowia psychicznego oraz rozszerzać oferowane świadczenia o międzykulturowe poradnictwo profilaktyczne i terapię. Uznani uchodźcy z doświadczeniem naukowym lub praktycznym w dziedzinie psychologii, którzy mieszkają we Flandrii, są szkoleni do pracy z i udzielania wsparcia uchodźcom, osobom ubiegającym się o status uchodźcy, i migrantom bez dokumentów uprawniających do pobytu, którzy potrzebują podstawowej opieki w zakresie zdrowia psychicznego. Celem jest zorganizowanie grup wsparcia, w ramach których, uchodźcy, osoby ubiegające się o status uchodźcy i migranci o nieregulowanym statusie pobytu mogą się spotkać i wymienić doświadczenia z ludźmi mówiącymi w ich języku, pochodzącymi z tej samej kultury, którzy mogli być w podobnej sytuacji związanej z osamotnieniem lub brakiem pracy.⁸³ Spotkania te są prowadzone przez profesjonalnego pracownika opieki zdrowotnej.

W Grecji, poza leczeniem w nagłych wypadkach, migranci o nieregulowanym statusie pobytu mogą odwiedzić psychiatrę w przyszpitalnych centrach pierwszej pomocy, co jest dostępne dla każdego pod warunkiem uiszczenia opłaty w wysokości trzech EUR. Jednak, pracownicy ochrony zdrowia zauważyli, że długotrwałe leczenie zaburzeń psychicznych zazwyczaj

83 Zob. www.odice.be/page.php?id=1.

nie jest możliwe, gdyż pacjenci mogą, co najwyżej wykupić przepisane leki pokrywając 100% ich ceny.

Ponadto, można uzyskać dostęp do leczenia w zakresie zdrowia psychicznego w ośrodkach przeznaczonych dla szczególnych grup, np. kobiet migrantek. Dedykowane świadczenia lepiej odpowiadają różnym potrzebom i problemom kobiet i mężczyzn w zakresie zdrowia, w tym zdrowia psychicznego. Na przykład, w Barcelonie istnieje organizacja pozarządowa o nazwie „Zdrowie i Rodzina” (*Salud y Familia*), która opracowała program porad prawnych i wsparcia psychologicznego dla kobiet. Organizacja ma na celu wsparcie kobiet w sytuacji problemów natury psychicznej wynikających często z trudnych sytuacji życiowych lub konfliktów rodzinnych w Barcelonie. We Włoszech centrum zdrowia i opieki psychologicznej dla kobiet migrantek, które stanowi oddzielną jednostkę szpitala miejskiego w Mediolanie (zob. ramka zatytułowana „Ośrodek zdrowia zaspokaja potrzeby zdrowotne migrantek”), oferuje ograniczone wsparcie psychologiczne w kwestiach związanych z ciążą i aborcją, ale nie może zapewnić leczenia w bardziej poważnych przypadkach.

Świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia zaburzeń psychicznych dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu zależą w ogromnej mierze od **inicjatyw charytatywnych lub pozarządowych**. Pracownicy ochrony zdrowia we Francji stwierdzili, że gdyby nie inicjatywy organizacji pozarządowych lub poświęcenie i oddanie lekarzy, wielu migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu miałooby problem z umówieniem się na wizytę w wyspecjalizowanej poradni zdrowia psychicznego.

Organizacje pozarządowe są często jedyną instytucją zapewniającą bezwarunkowo leczenie specjalistyczne migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu. Dobry przykład stanowi tu włoska organizacja pozarządowa *Opera San Francesco*. Świadczenia zdrowotne oferowane przez tę organizację, utrzymującą się w pełni ze środków prywatnych, obejmują szeroki zakres usług medycznych, w tym leczenie zaburzeń psychicznych, dzięki zaangażowaniu lekarzy-wolontariuszy. Personel tej organizacji odbywa szkolenie na temat psychoterapii międzykulturowej, co przygotowuje do zajmowania się specyficznymi problemami migrantów. Badani przedstawiciele personelu medycznego w wielu placówkach ochrony zdrowia powiedzieli, że skierowaliby migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu bezpośrednio, bez udzielenia żadnej pomocy medycznej, do organizacji pozarządowych, takich jak Médecins du Monde, które oferuje świadczenia medyczne bez konieczności spełniania jakichkolwiek warunków (jak to ma miejsce np. w Belgii, we Francji czy w Grecji). Jednakże, prywatne inicjatywy lub wolontariusze zazwyczaj dysponują ograniczonymi

środkami i nie mogą zagwarantować długoterminowego lub specjalistycznego leczenia, jak zauważyły prywatne placówki ochrony zdrowia w Niemczech, Szwecji i na Węgrzech.⁸⁴ Podczas gdy mogą one zapewnić leczenie niezbyt poważnych problemów zdrowotnych, systematyczne poradnictwo lub terapia, które pomogłyby złagodzić problem na trwałe, nie są dostępne.⁸⁵

Opinia FRA

Opieka zdrowotna w zakresie zdrowia psychicznego

Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych odnosi się również do migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu.

Powinni oni być zatem uwzględnieni w każdym europejskim przedsięwzięciu związanym ze zdrowiem psychicznym, w tym w ramach stosowania Europejskiego Paktu na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego.

1.3.4. Opieka zdrowotna w wypadku chorób przewlekłych

Stany i choroby przewlekłe, takie jak cukrzyca, problemy układu oddechowego, nadciśnienie, choroby układu krążenia, nowotwory, jak i problemy zdrowotne wynikające z ciężkich warunków mieszkaniowych i warunków pracy oraz niezdrowego stylu życia stanowią poważny i częsty problem wśród migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu. Ponadto, migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mogą zapadać na choroby przewlekłe za względu na brak dostępu do profilaktyki zdrowotnej.⁸⁶ Według sondażu zrealizowanego przez Médecins du Monde, 1/3 migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, którzy chodzą na konsultacje lekarskie, twierdzi, że cierpi na jedną lub więcej chorób przewlekłych.⁸⁷ Ten sam sondaż pokazuje, że 20% mężczyzn oraz 31% kobiet powyżej 55 roku życia ocenia swój stan zdrowia, jako zły.⁸⁸ Dane na temat dochodów i warunków życia w Unii Europejskiej (EU-SILC),

84 Zob. także: PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*. Raporty krajowe w ramach projektu *Healthcare in NowhereLand*, dostępne na stronie internetowej: www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

85 Wywiady z przedstawicielami organizacji społecznych w Belgii i Niemczech.

86 See evidence from Austria or Sweden in PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*. Raporty krajowe w ramach projektu *Healthcare in NowhereLand*, dostępne na stronie internetowej: www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

87 Zob. European Observatory on Access to Healthcare of Médecins du Monde (2009), *Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European countries*, s.11: w sumie ankietowanych było 1125 osób, z których 8% stanowiły osoby powyżej 55 roku życia.

88 Tamże, s. 74.

zebrane w 2009 roku, pokazują, że spośród ogółu mieszkańców Europy powyżej 55 roku życia 5% mężczyzn i 6% kobiet ocenia swój stan zdrowia, jako bardzo zły.⁸⁹ I tak, starsi nieudokumentowani pracownicy migrancy, szczególnie kobiety, zgłaszają gorszy stan zdrowia w porównaniu ze stanem zdrowia ogółu społeczeństwa.

W zasadzie, migranci o nieuregulowanym statusie pobytu z chorobami przewlekłymi mają dostęp do leczenia tylko w tych krajach, w których mają prawo, co najmniej do podstawowej opieki medycznej (Belgia, Francja, Hiszpania, Włochy). Jeśli migrant o nieuregulowanym statusie pobytu cierpiący na chorobę przewlekłą szuka pomocy w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej w tych krajach, często próbuje zarejestrować się w ramach publicznego systemu opieki medycznej (AME we Francji, AMU w Belgii, STP we Włoszech, a w Hiszpanii karta medyczna, jeśli uda się ją uzyskać). We Francji osoby nieposiadające ubezpieczenia zdrowotnego mogą korzystać ze świadczeń przychodni PASS, jeśli są one dostępne.

Ciągłość opieki medycznej stanowi największe wyzwanie dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu cierpiących z powodu chorób przewlekłych. Choroby te wymagają ciągłego, długoterminowego i często drogiego leczenia. Dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, którzy nie mają prawa do opieki zdrowotnej i posiadają ograniczone środki finansowe i bardzo niestabilną sytuację życiową, zachowanie ciągłości leczenia przez dłuższy okres jest bardzo trudne lub zbyt drogie. Często przeszkodą dla trwałego leczenia stanowią karty zdrowia lub podobne dokumenty umożliwiające korzystanie ze świadczeń zdrowotnych o krótkim terminie ważności. Na przykład, w Belgii lub Francji, leczenie chorób przewlekłych może zostać przerwane, jeśli wygasa termin ważności uprawnień do publicznej opieki zdrowotnej i konieczne staje się ponowne ubieganie się o to prawo.⁹⁰

W razie chorób przewlekłych migranci o nieuregulowanym statusie pobytu, którzy mają dostęp do opieki zdrowotnej tylko w nagłych wypadkach, mogą otrzymać pomoc medyczną tylko wtedy, gdy choroby te mają ostry przebieg lub zagrażają życiu pacjenta, bądź są postrzegane, jako takie przez personel medyczny. Tak wygląda sytuacja

na Grecji, Hiszpanii, Polsce i Węgrzech.⁹¹ W Grecji, jednakże, ośrodki pierwszej pomocy oraz kliniki miejskie oferują migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu badanie zarówno w nagłych wypadkach (np. pogorszenie stanu u chorego na cukrzycę lub wysokie ciśnienie grożące wylewem), jak i konsultację lekarską w razie innych, nie nagłych, problemów zdrowotnych oraz dalsze leczenie w przypadku cukrzycy. Jednak, podobnie jak w wypadku leczenia chorób i zaburzeń psychicznych, lekarze mogą wystawić recepty, ale migrant sam musi je zrealizować, nie korzystając przy tym z żadnych zniżek. Pracownicy ochrony zdrowia w Grecji powiedzieli, że odsyłają migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu po leki do Médecins du Monde dostarczających leki za darmo, jeśli jest to możliwe.

Nieformalne praktyki stosowane przez placówki ochrony zdrowia, jak i świadczenia oferowane przez organizacje pozarządowe są bardzo pomocne dla migrantów o nieuregulowanym statusie, którzy chorują na choroby przewlekłe. Aby uzyskać podstawowe leczenie lub leki na choroby przewlekłe, migranci o nieuregulowanym statusie pobytu często są zależni wyłącznie od dobrej woli lekarzy lub pomocy ze strony organizacji pozarządowych. Jednak, dla organizacji społecznych jest to ogromne wyzwanie, by regularnie dostarczać pacjentom podstawowe leki, jak np. paski do mierzenia poziomu cukru dla diabetyków. Organizacje pozarządowe w Niemczech poinformowały, że współpracują ze specjalistami i aptekami, które zbierają dla nich leki, niewykorzystane przez ich pacjentów. W ten sposób organizacje zdobywają leki, które mogą przekazać migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu, którzy nie mogą bez obaw korzystać ze świadczeń zdrowotnych ze względu na przeszkody praktyczne omówione w części 2.1.1. Taki model współpracy, jak i inne jemu podobne, są bardzo nieformalne i nietrwałe, co utrudnia zachowanie ciągłości leczenia. Niemniej, często jest to jedyny sposób na otrzymanie leczenia.⁹²

Jak wynika z informacji zebranych w Sztokholmie, współpraca taka może przebiegać następująco: ludzie chorujący na cukrzycę są badani przez lekarzy w szpitalu poza godzinami pracy tych lekarzy. Dla pewności, że po badaniu nie będzie żadnego śladu w dokumentach, lekarze wypisują recepty tylko na papierze, a nie w komputerze, i robią tylko odręczne notatki. W celu odbycia podstawowych wizyt kontrolnych lub uzyskania igieł potrzebnych do wstrzykiwania insuliny pacjenci są wysyłani do

89 Szczegółowe opracowanie FRA w oparciu o wyniki badania dochodów i warunków życia (*Income and Living Conditions Survey*), fala z 2009 r., dostępne na stronie internetowej Eurostatu: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database.

90 PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*. Raporty krajowe w ramach projektu Opieka zdrowotna w *Nowhereland*, dostępne na stronie internetowej: www.nowherekand.info/?i_ca_id=389.

91 Zob. wyżej Tabela 1.

92 PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*. Raporty krajowe w ramach projektu Opieka zdrowotna w *Nowhereland*, dostępne na stronie internetowej: www.nowherekand.info/?i_ca_id=389.

Czerwonego Krzyża, z którym lekarze współpracują i który prowadzi w Sztokholmie placówkę ochrony zdrowia finansowaną ze środków prywatnych. Takie nieformalne praktyki mają jednak ograniczone zastosowanie w sytuacji chorób przewlekłych, jak zaznaczył pewien lekarz pracujący w jednym z niemieckich szpitali ogólnych. Na przykład, dializy nie mogą być wykonane, jeśli nie są zarejestrowane w placówce ochrony zdrowia, a co więcej, jedna sesja dializ kosztowałaby 100 EUR.

Opinia FRA

Choroby przewlekłe

Systemy opieki zdrowotnej w Europie w coraz większym stopniu biorą pod uwagę choroby przewlekłe, a jest tak ze względu na troskę o zdrowie publiczne, wpływ, jaki te przewlekłe schorzenia mają na chorych, oraz wysokie koszty leczenia.

Pojęcia opieki medycznej w nagłych wypadkach i niezbędnej opieki medycznej powinny być stosowane w sposób elastyczny w celu dążenia do zapewnienia, że potrzeby zdrowotne wszystkich cierpiących na ciężkie choroby przewlekłe, w tym nieudokumentowanych migrantów, nie pozostają niezauważone.

2

Regionalne i lokalne polityki zdrowotne



Uprawnienia w zakresie dostępu migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki medycznej są istotnym instrumentem gwarantowania prawa do ochrony zdrowia, ale w praktyce to nie wystarcza. Konieczne jest także przedsięwzięcie działań uzupełniających, takich jak krajowe strategie dotyczące migracji i zdrowia lub szkolenia dla pracowników ochrony zdrowia, które ułatwią migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu dostęp do opieki zdrowotnej. Powyższe działania zazwyczaj są finalnie wdrażane przez pracowników ochrony zdrowia na szczeblu regionalnym lub lokalnym.

W związku z tym władze regionalne i lokalne odgrywają dużą rolę w umożliwianiu korzystania przez migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu z prawa do opieki medycznej w praktyce. Administracja publiczna ma zwykle dużą swobodę działania w oparciu o regulacje prawne ustanowione przez państwo. Regiony i miasta opracowują programy i zasady, które są odpowiedzią na najbardziej pilne potrzeby zdrowotne społeczności lokalnej, a także tworzą inicjatywy, które obejmują opieką medyczną grupy uważane za najbardziej wrażliwe. Te programy mogą pośrednio lub bezpośrednio dotyczyć także migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu.

W niektórych spośród badanych miast (np. Barcelona, Brema, Kolonia, Paryż) przeszkody, które napotykają migranci o nieuregulowanym statusie pobytu, są redukowane poprzez rozwiązania osadzone w szerszym kontekście promocji zdrowia migrantów. W Barcelonie, na przykład, dostęp migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki zdrowotnej jest wspomniany w dokumencie „Plan Zarządzania Imigracjami

w kontekście Zdrowia” zatwierdzonym w 2006 roku.⁹³ Podobnie w Niemczech, Departament Migracji i Zdrowia w Bremie w 2008 roku zaczął zajmować się sytuacją migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, jak i sytuacją innych najbardziej wrażliwych grup, w tym osób ubiegających się o status uchodźcy, osób posiadających STD czy kobiet w ciąży, w ramach 10 grup roboczych zajmujących się zasadniczo promocją zdrowia wśród migrantów. Natomiast, w Brukseli w celu zagwarantowania „każdemu minimum socjalnego” zdecydowano się na stworzenie specjalnego biura do spraw migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu przy lokalnej placówce ochrony zdrowia w jednej z najuboższych dzielnic miasta. Ta inicjatywa pokazuje, jak duża jest korelacja między ubóstwem i statusem prawnym, które mogą stać na przeszkodzie, aby migranci o nieuregulowanym statusie pobytu zostali objęci opieką zdrowotną.

Badani na potrzeby tego raportu przedstawiciele administracji publicznej podali wiele różnych powodów, dla których miasta powinny aktywnie wspierać dostęp migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki medycznej. Trzy główne powody to: troska o zdrowie publiczne, koszty oraz prawa człowieka.

Jednym z głównych argumentów przemawiających za ułatwieniem dostępu migrantów o nieuregulowanym statusie, do opieki medycznej dla migrantów, wymienionym przez władze publiczne w prawie wszystkich badanych krajach, była kwestia zapobiegania chorobom. Jak sądzą przedstawiciele administracji publicznej, ryzyko zakażeń HIV lub zachorowań na AIDS, TB czy żółtaczkę jest wyższe

⁹³ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2006), *Pla Director d'Immigració en l'Ambit de la Salut*, dostępne na stronie internetowej: www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/immdefinizo06.pdf.

wśród migrantów z krajów Afryki Subsaharyjskiej. Z perspektywy zdrowia publicznego, zatem, stworzenie programów profilaktycznych dostępnych dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu **redukuje poziom ryzyka zdrowotnego dla ogółu społeczeństwa**.

Kolejny argument przemawiający za udostępnieniem usług medycznych dla migrantów o nieuregulowanym statusie łączy się z **kosztami leczenia**. Na przykład, przedstawiciele administracji publicznej we Francji i w Irlandii powiedzieli, że profilaktyka kosztuje mniej niż leczenie nagłych i groźnych wypadków. W krajach, gdzie migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają dostęp do bezpłatnej opieki medycznej tylko w nagłych wypadkach, migranci czekają aż ich choroba rozwinie się do tego stopnia, że zostanie uznana za nagły wypadek, i dopiero wtedy szukają pomocy lekarskiej. Przy cięciach budżetowych w wydatkach na cele socjalne zazwyczaj najpierw obniżane są wydatki na świadczenia dla grup o niskim statusie ekonomicznym i społecznym. Kwestia kosztów była wskazywana, przez badanych przedstawicieli administracji publicznej we Francji, w Grecji i Niemczech, jako ta najbardziej problematyczna kwestia dotycząca tworzenia specjalnych programów zdrowotnych dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu i innych grup zagrożonych wykluczeniem. W Atenach, na przykład, pracownik ośrodka opieki społecznej stwierdził, że niemożliwe jest opłacenie kosztów leczenia w zakresie podstawowym osoby, która nie ma prawa pobytu. Pracownicy ochrony zdrowia zauważyli również, że w 2010 roku rząd przestał dostarczać szczepionki do publicznych przychodni dziecięcych.

Obowiązek każdego państwa, by „realizować” prawo każdego do ochrony zdrowia, co wynika z unormowań dotyczących praw człowieka⁹⁴ stanowi kolejny argument przemawiający za umożliwieniem migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu dostępu do opieki medycznej, także na szczeblu lokalnym, wskazanym przez przedstawicieli administracji publicznej Niemczech, Grecji i Hiszpanii. Jeden z urzędników w Hiszpanii podkreślił, że w kontekście **obowiązków państwa związanych z prawami człowieka** władze lokalne nie powinny brać pod uwagę statusu pobytu danej osoby decydując o udzielaniu podstawowej opieki medycznej. Przyznanie migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu dostępu do opieki zdrowotnej jest także elementem strategii spójności społecznej realizowanej przez niektóre miasta:

„Zasadą rady miasta nie jest dzielenie ludzi i wdrażanie programów dla jednych grup migrantów, a dla innych nie. Jeśli osoba zarejestruje się w lokalnym urzędzie, dostaje kartę medyczną. Nie jest ważne, czy ktoś jest udokumentowany, czy nie. [...] Na szczęście, [...] świadomość podstawowych praw człowieka jest bardzo silna w tym kraju.”

Administracja lokalna, Hiszpania

Miasta badane we Francji, w Niemczech i we Włoszech opierają swoją politykę dostępu migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki zdrowotnej na kilku przesłankach jednocześnie, a wśród nich najczęściej wskazywali m.in. względy humanitarne, zdrowie publiczne, względy ekonomiczne. Przykładem jest Brema w Niemczech, gdzie polityka dotycząca migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu ma wielorakie podstawy. Poza redukcją ryzyka, ogromną rolę odgrywają prawa człowieka przynależne mieszkańcom. Miasto bierze na siebie „odpowiedzialność za zdrowie osób w nim żyjących”. Kluczowym priorytetem w ramach polityki zdrowotnej miasta jest reagowanie na najbardziej palące na poziomie lokalnym problemy. Miasto nie może ignorować migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, gdyż są oni również częścią lokalnej społeczności. Przedstawiciele administracji publicznej w Belgii, we Francji, w Hiszpanii i Niemczech zgodnie stwierdzili, że promowanie zdrowia wśród ogółu społeczeństwa jest mocno powiązane z promowaniem równego dostępu do opieki zdrowotnej dla ogółu społeczności lokalnej.

Pomimo wielu argumentów przemawiających za ułatwieniem migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu dostępu do opieki medycznej, wprowadzenie konkretnych rozwiązań napotyka szereg przeszkód. Ogólnie mówiąc, obowiązujące prawo, które definiuje minimalne standardy i określa wytyczne w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej oraz polityki na poziomie lokalnym ukierunkowane na zachowanie spójności społecznej, a także aktywność organizacji społecznych będą miały pozytywny wpływ na działania podejmowane w tej kwestii przez administrację lokalną. Niemniej, zagadnienie dostępu migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki zdrowotnej nadal pozostaje dyskusyjne.

94 Zob. Ogólny komentarz nr 14, 2000.

2.1.1. Placówki opieki zdrowotnej w społeczności lokalnej

Poza ogólnymi regulacjami, kilka państw posiada publiczne środowiskowe ośrodki ochrony zdrowia, które są dostępne dla wszystkich. Ich funkcjonowanie może się opierać na regulacjach krajowych, chociaż mogą się one różnić między sobą, w zależności od regionu kraju, w którym te placówki są zlokalizowane.

We Francji i w Grecji istnieją ośrodki dostępne dla każdego i można w nich skorzystać z pomocy w nagłych wypadkach i otrzymać podstawową opiekę medyczną, bez spełniania wygórowanych warunków. Z takich ośrodków mogą także korzystać migranci o nieuregulowanym statusie pobytu, choć nie dla nich bezpośrednio te ośrodki były tworzone. Przed potencjalnymi beneficjentami nie stawia się żadnych wymagań, bądź stawiane warunki dostępu są minimalne. Nie są wymagane żadne dokumenty ani ubezpieczenie, a leczenie jest albo bezpłatne, albo bardzo tanie.

Ateny, na przykład, posiadają siedem miejskich ośrodków zdrowia, które przyjmują pacjentów bez względu na ich status pobytu. W przychodniach oferowane jest leczenie profilaktyczne oraz podstawowe badania. Początkowo ich zadaniem było zapobieganie chorobom, promowanie praw człowieka oraz redukcja kosztów publicznej opieki zdrowotnej. Ponadto, w przychodniach pierwszej pomocy dla osób niewymagających hospitalizacji pacjenci otrzymują niezbędne świadczenia medyczne oraz pomoc w nagłych wypadkach, jak i podstawową opiekę zdrowotną (np. recepty, leczenie nadciśnienia czy cukrzycy). Lekarze pracujący w ośrodkach pierwszej pomocy badają każdego pacjenta, zapisują jego imię i nazwisko, wiek, adres i numer telefonu. Jeśli pacjent nie jest ubezpieczony, leczenie jest mu udzielane nieodpłatnie.

We Francji każdy szpital jest zobligowany do założenia ośrodka PASS (*Permanences d'accès aux soins de santé*), w którym osoby wymagające natychmiastowej pomocy medycznej otrzymują ją niezwłocznie w ramach procedur ratowania życia bądź otrzymują wsparcie w uzyskiwaniu niezbędnych świadczeń medycznych. Pacjenci mogą tam również skorzystać z doradztwa socjalnego.⁹⁵ Jednak, według pracowników ochrony zdrowia, nie w każdym szpitalu został utworzony ośrodek PASS. Natomiast ośrodki istniejące nie są zbyt efektywne ze względu na brak środków i funduszy.⁹⁶ W Paryżu funkcjonują również ośrodki zdrowia i pomocy społecznej (*Centres Médico*

Sociaux, CMS), które oferują bezpłatne leczenie zapobiegawcze, badania w kierunku HIV i TB, a także podstawowe badania kontrolne dostępne dla wszystkich, w tym migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu.

2.1.2. Programy dla grup mających specjalne potrzeby

Władze lokalne i regionalne mogą wprowadzić specjalne programy, z których pośrednio lub bezpośrednio będą mogli korzystać migranci o nieuregulowanym statusie pobytu.

Specjalne placówki ochrony zdrowia zostały założone w różnych krajach i są dedykowane np. **osobom bezdomnym**. Usługi przeznaczone dla ludzi bezdomnych są zwykle dostępne bez konieczności spełniania określonych warunków i są świadczone również przez mobilne zespoły medyczne, a migranci o nieuregulowanym statusie pobytu, bez stałego miejsca zamieszkania, mogą też z nich korzystać. Jeden z badanych urzędników w Paryżu zauważył, że w centrach doraźnej pomocy (*Espace solidarité insertion*, ESI) osoby bezdomne mogą skorzystać z bardzo podstawowego leczenia i porad prawnych, jeśli tego potrzebują, bez konieczności spełniania specjalnych warunków wstępnych. Podobne świadczenia dla bezdomnych oferowane przez np. mobilne zespoły medyczne czy ogólnodostępne centra doraźnej pomocy zostały wspomniane także w Brukseli, Kolonii, Sztokholmie i Warszawie.

Jak zaznaczyli rozmówcy, wspomniana pomoc dociera do migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu tylko w odosobnionych przypadkach. Często migranci o nieuregulowanym statusie pobytu nie są informowani o tym, że takie usługi są oferowane bądź są dostępne także dla nich. W Budapeszcie funkcjonuje szpital dla bezdomnych i ubogich, prowadzony przez organizację pozarządową i współfinansowany przez państwo, który jest jedynym miejscem, gdzie migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mogą otrzymać darmową pomoc medyczną bez spełniania żadnych warunków. Jednak, dyrektor tego szpitala stwierdził, że liczba migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, którzy tam trafiają jest bardzo niska.

W innych miejscach świadczone są usługi dedykowane **migrantom**, a w ich przygotowanie i świadczenie często włączone są organizacje pozarządowe. O tego typu specjalnych świadczeniach informowano w Belgii (Bruksela), we Francji (Paryż), w Grecji, Hiszpanii (Barcelona), Irlandii, Niemczech (Brema, Frankfurt nad Menem, Kolonia) i we Włoszech (Mediolan). Przedstawiciele administracji publicznej w Atenach, Brukseli, Dublinie i Paryżu potwierdzili, na przykład, że dotują działalność organizacji pozarządowych,

95 Francja/Loi nr 98-657 (29 lipca 1998 r.) (prawo przeciwko wykluczeniu).

96 Wywiady z pracownikami ochrony zdrowia we Francji.

takich jak Médecins du Monde, które oferują pomoc grupom najbardziej narażonym na wykluczenie, w tym migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu. Zazwyczaj praca tych organizacji jest wspierana ze względu na ich ogólną misję, bowiem władze lokalne niekoniecznie są zainteresowane tym, czy pomoc udzielana przez te organizacje trafia także do migrantów będących w nieuregulowanej sytuacji prawnej.⁹⁷ Podobnie jest w Irlandii, gdzie Irlandzki Wydział Świadczeń Zdrowotnych finansuje takie inicjatywy jak: Projekt Zdrowia Kobiet (*Women's Health Project*), skierowany do kobiet będących ofiarami handlu ludźmi bez względu na to, czy posiadają one właściwe dokumenty pobytowe, czy nie, lub organizacja Spirasi, która pomaga uchodźcom, osobom ubiegającym się o status uchodźcy i innym nieuprzywilejowanym grupom migrantów, oraz organizacja Cairde, która zajmuje się kwestią nierówności w zdrowiu wśród mniejszości etnicznych i zapewnia opiekę medyczną najbardziej wrażliwym grupom migrantów, w tym migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu. Migranci o nieuregulowanym statusie są również, choć nie bezpośrednio, adresatem Irlandzkiej Krajowej Międzykulturowej Strategii Zdrowia 2007-2012 (*the Irish National Intercultural Health Strategy 2007-2012*). Strategia ta zapewnia wsparcie świadczeń dla ludzi o różnym pochodzeniu etnicznym i kulturowym, a jej szczególnym celem jest również informowanie migrantów i szkolenie pracowników w zakresie kompetencji międzykulturowych.

Bywa, że inicjatywy są tworzone bezpośrednio **dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu**. W Barcelonie rada miejska podpisała porozumienie z lokalną organizacją pozarządową zajmującą się kwestiami migracji i zdrowia. Organizacja ta realizuje program skierowany do migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, którzy nie mają publicznej karty zdrowia nie mają też dostępu do hiszpańskiego systemu opieki zdrowotnej. Jak zauważył przedstawiciel organizacji pozarządowej, władze miasta starają się zagwarantować te świadczenia, których nie jest w stanie zaoferować wspomniana organizacja pozarządowa.

Świadczenia medyczne dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu mogą być także zapewnione bezpośrednio przez lokalną administrację odpowiedzialną za ochronę zdrowia, jak to się dzieje, na przykład, w Niemczech. Lokalne biura polityki zdrowotnej stworzyły przychodnie, w których lekarze zatrudnieni przez te biura służą konsultacjami medycznymi oraz zapewniają podstawową opiekę zdrowotną migrantom o nieuregulowanym statusie

pobytu (zob. ramka „Istniejące inicjatywy lokalne w zakresie opieki medycznej mimo ogólnego niesprzyjającego klimatu”). Takie usługi stanowią celową i systematyczną odpowiedź na potrzeby zdrowotne migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu. Pozwalają również władzom lokalnym przyrzeć się sytuacji migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu z bliska, jak i zidentyfikować braki w zakresie zapewniania opieki medycznej tej szczególnej grupie.

Obiecująca praktyka

Istniejące inicjatywy lokalne w zakresie opieki medycznej mimo ogólnego niesprzyjającego klimatu

W trzech niemieckich miastach, Kolonii, Bremie i Frankfurcie nad Menem, biura polityki zdrowotnej zorganizowały tzw. godziny konsultacji humanitarnych (*Humanitäre Sprechstunde*) w ośrodkach doraźnej pomocy, które oferują konsultacje medyczne i podstawowe świadczenia zdrowotne dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu. Konsultacje są darmowe, a za leczenie pacjenci płacą według swoich możliwości finansowych. W wypadku poważnych chorób ośrodki odsyłają pacjentów do specjalistów, z którymi współpracują lub/i sprawdzają, czy jest możliwe zalegalizowanie pobytu w oparciu o przesłanki medyczne. Centra współpracują również z lokalnymi organizacjami pozarządowymi, które starają się uzupełniać ofertę świadczeń dostępnych w omawianych ośrodkach. Świadczenia udzielane przez ośrodki doraźnej pomocy nie są jednak typowe w świetle ogólnej polityki w tym zakresie w Niemczech, ale niewątpliwie stanowią pozytywny przykład inicjatyw podejmowanych przez niektóre lokalne biura polityki zdrowotnej.

Źródło: Wywiady z przedstawicielami administracji publicznej i ochrony zdrowia w Niemczech

2.1.3. Współpraca z organizacjami pozarządowymi

Poza władzami na szczeblu krajowym i lokalnym, w praktyce bardzo ważną rolę w gwarantowaniu migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu dostępu do opieki zdrowotnej odgrywają organizacje pozarządowe. Organizacje te zapewniają bezpośrednią pomoc migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu w tych sytuacjach, gdy państwo zawodzi. Poprzez swoje działania rzecznicze organizacje te dają także ważny bodziec do wprowadzania zmian w regulacjach prawnych.

⁹⁷ Wywiad z przedstawicielami administracji publicznej we Francji i Irlandia.

W większości krajów administracja publiczna docenia rolę organizacji społecznych, co czasem skutkuje wzajemną współpracą. **Organizacje pozarządowe są uważane za ekspertów w zakresie najbardziej palących problemów, jak również za kluczowego pośrednika w kontakcie z migrantami o nieuregulowanym statusie**, bowiem to organizacjom pozarządowym tacy migranci ufają w większym stopniu niż oficjalnym instytucjom. Wykorzystanie tych zalet organizacji społecznych może okazać się korzystne dla władz lokalnych.

„To, co sprawia, że organizacje pozarządowe mogą działać, to fakt, że nie są instytucjami publicznymi i są lepiej odbierane przez migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu. To jest ta zaleta, którą one mają i której nam brakuje. [...] Stoją na bardzo uprzywilejowanej pozycji, dzięki czemu są w stanie ujawnić poważniejsze problemy.”

Administracja lokalna, Hiszpania

Dobra współpraca pomiędzy administracją publiczną a organizacjami społecznymi może również pomóc w monitorowaniu i poprawie sposobu wdrażania krajowych regulacji. Przedstawiciel jednej z organizacji pozarządowych w Barcelonie stwierdził, że poinformowałby regionalną placówkę ochrony zdrowia, gdyby jakiś migrant o nieuregulowanym statusie miał trudności z otrzymaniem karty medycznej. Wówczas, pracownicy ochrony zdrowia podjęliby określone kroki i sprawdzili, „który mechanizm nie zadziałał prawidłowo”. Władze lokalne mogą również korzystać z doświadczeń organizacji społecznych: w Bremie biuro polityki zdrowotnej zaangażowało lokalną organizację pozarządową, gdy wprowadzano nowy program oferujący migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu porady medyczne i podstawową opiekę zdrowotną. Jeden z urzędników wyjaśnił, że rada miasta oparła swe decyzje na doświadczeniu, które posiadała ta organizacja w identyfikowaniu głównych problemów i potrzeb w praktyce. Bliska współpraca pomiędzy władzami miasta a organizacjami społecznymi pozwala również na wzajemne uzupełnianie oferty udzielanych świadczeń.

Pomimo że organizacje pozarządowe są bardzo ważnymi aktorami społecznymi, zapewniającymi świadczenia uchodźcom o nieuregulowanym statusie pobytu lub innym bardziej wrażliwym grupom, zauważalne jest stałe napięcie pomiędzy organizacjami społecznymi a administracją publiczną. Misją organizacji pozarządowych jest zapewnienie świadczeń, których państwo zapewnić nie może, co sprawia, że są uzupełnieniem oferty państwa. Na tym jednak ich misja się nie kończy, bowiem upatrują one swoją rolę również w krytykowaniu krajowej polityki oraz administracji publicznej na szczeblu lokalnym. Jednocześnie istnieje ryzyko, że władze scedują całą odpowiedzialność na organizacje pozarządowe. I wreszcie, organizacje społeczne muszą współpracować z władzami, gdyż w dużej mierze są uzależnione od funduszy publicznych, dzięki którym mogą realizować swoje cele.

3

Konsekwencje wykluczenia z dostępu do opieki zdrowotnej



W wywiadach zostało ujawnionych bardzo wiele strategii, które przyjmują migranci o nieuregulowanym statusie pobytu i lekarze, aby uniknąć wykluczenia z dostępu do opieki zdrowotnej. Migranci mogą używać karty ubezpieczeniowej swojego znajomego lub uciec ze szpitala, żeby uniknąć płatności. Lekarze mogą wysyłać migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do innych placówek ochrony zdrowia lub udzielić im opieki medycznej za darmo.

Powyższe strategie zostały zidentyfikowane w każdym z badanych krajów. Jak wynika z badań, są one stosowane w sytuacji, gdy migranci o nieuregulowanym statusie pobytu byli wykluczeni z dostępu do opieki zdrowotnej lub nie było ich stać na pokrycie kosztów leczenia. Migranci o nieuregulowanym statusie pobytu stosowali takie praktyki także wtedy, gdy nie posiadali odpowiednich dokumentów, które by im gwarantowały dostęp do opieki zdrowotnej w krajach, gdzie mają prawo tylko do leczenia w nagłych przypadkach, co stanowi ilustrację, w jaki sposób wymogi formalne utrudniają dostęp do opieki zdrowotnej.

Kiedy migranci o nieuregulowanym statusie pobytu nie mają dostępu do refundowanego leczenia i nie są w stanie zapłacić za nie z własnych środków, jest prawdopodobne, że **uciekną ze szpitala, żeby uniknąć płatności:**

„Czasami widzę osoby, które nie mają żadnych pieniędzy ani dokumentów, dla których jedynym wyjściem, żeby nie płacić za szpital, jest ucieczka po kryjomu tak, żeby [nie musieli] płacić [...]. A potem [szpitale] stwierdzają, że są oni złodziejami. To nie jest w porządku.”

21-30 Grecja, z Bliskiego Wschodu

W Atenach pewien pracownik organizacji pozarządowej zauważył, że kobiety po urodzeniu dziecka uciekały w nocy ze szpitala razem z noworodkami, żeby uniknąć płatności za poród. Publiczną dyskusję wywołała sytuacja, gdy pielęgniarki zatrzymały dziecko na oddziale położniczym i nie chciały go oddać jego matce dopóki ta nie uiszczy rachunku za pobyt w szpitalu. Jak powiedział ten pracownik, zazwyczaj jednak ktoś spośród personelu wstawia się za matką i oddaje dziecko. Przedstawiciele organizacji społecznych twierdzili, że przeważnie szpitale w Grecji chcą, żeby matka w takiej sytuacji opuściła szpital wraz z dzieckiem jak najszybciej, ponieważ to pozwala obniżyć koszty hospitalizacji.

W krajach, gdzie dostęp do opieki zdrowotnej zależy od tego, czy posiada się ubezpieczenie zdrowotne, czy nie, jest prawdopodobne, że migranci o nieuregulowanym statusie pobytu będą używać ważnej **karty ubezpieczeniowej swojego przyjaciela lub krewnego**. Ilustracją tego jest przypadek pewnego migranta mieszkającego w Warszawie, który czuł, że mając nieuregulowany status pobytu nie może korzystać z publicznej opieki zdrowotnej. Stwierdził, że w razie potrzeby wzięłby dowód osobisty swojego brata i poszedł do lekarza. Gdyby otrzymał receptę, byłaby wypisana na nazwisko jego brata. Inny migrant o nieuregulowanym statusie pobytu mieszkający w Warszawie zrobił tak samo szukając pomocy medycznej dla swojego dziecka:

Ryzyko wykluczenia z dostępu do opieki zdrowotnej

Czasem migranci o nieuregulowanym statusie pobytu uciekają się do bardzo ryzykownych działań, żeby obejść brak dostępu do opieki zdrowotnej. Koordynator szpitala w Brukseli przypominała sprawę pewnej migrantki o nieuregulowanym statusie pobytu, która przychodziła do szpitala z kartą ubezpieczeniową swojej przyjaciółki. Nie wiadomo, dlaczego ta kobieta sama nie próbowała uzyskać karty AMU; być może nie była świadoma swojego prawa do posiadania tej karty albo sądziła, że korzystanie z karty przyjaciółki pochłania mniej czasu niż zarejestrowanie się. Kiedy ta kobieta miała wypadek samochodowy, została przywieziona do szpitala z kartą swojej przyjaciółki. Personel szpitala błędnie wziął pacjentkę za jej przyjaciółkę, a historia choroby tej przyjaciółki znajdowała się już w kartotekach szpitala. W rezultacie, przetoczono jej krew innej grupy niż jej własna. Kobieta zmarła kilka godzin później.

Personel medyczny i przedstawiciele organizacji pozarządowych w Niemczech mówili w wywiadach o niebezpieczeństwach wynikających z pożyczania kart ubezpieczeniowych lub używania cudzych dokumentów tożsamości w celu otrzymania opieki medycznej. Lekarz w Niemczech powiedział, że przed rozpoczęciem leczenia trzeba było wskazać, kto będzie płatnikiem (np. firma ubezpieczeniowa). Jak wynika z jego doświadczenia, w rezultacie osoby posiadające pozwolenie na pobyt tolerowany zazwyczaj przynosiły oświadczenie mówiące o tym, że opieka społeczna pokrywa koszty (*Kostenübernahmeerklärung*), podczas gdy migranci o nieuregulowanym statusie pobytu przychodzili z kartą ubezpieczeniową należącą do kogoś innego. Przeważnie stwierdzała, że karta nie należała do pacjenta, gdyż adres zamieszkania, wiek lub grupa krwi nie zgadzały się. Według tego lekarza, takie praktyki były bardzo niebezpieczne w wypadku jakichkolwiek komplikacji wynikłych podczas leczenia ze względu na sprzeczne informacje na temat pacjenta.

„Mój syn zachorował na ospę wietrzną i nie miał ubezpieczenia. Moja przyjaciółka miała syna [o dwa lata] starszego od mojego syna i zabrała mojego syna do lekarza. Mój syn podał się za jej syna. Lekarz go obejrzał, zbadał, wszystko przebiegło normalnie. Ale lekarz myślał, że bada syna mojej przyjaciółki. Świadczenie zostało zapewnione, tyle tylko, że pod innym nazwiskiem. Tak zazwyczaj jest, że trzeba kombinować.”

31-40, Polska, z Europy Wschodniej/Azji Środkowej

Niektórzy pracownicy ochrony zdrowia stwierdzili, że migrant o nieuregulowanym statusie pobytu nieposiadający wymaganych dokumentów zostałby odesłany do innej placówki medycznej. Pewien lekarz pracujący w Atenach w szpitalu, który przyjmuje wyłącznie pacjentów z publicznym ubezpieczeniem IKA, zauważył, że alternatywnymi placówkami ochrony zdrowia byłby szpital z ambulatorium przeznaczonym do udzielania pomocy w nagłych wypadkach,

również osobom niemającym ubezpieczenia (wizyta kosztuje trzy EUR), miejska przychodnia zdrowia lub organizacja pozarządowa. Ubezpieczenie IKA jest obowiązkowe dla każdego zatrudnionego, dlatego każdy pracodawca musi je opłacać. Ponieważ migranci o nieuregulowanym statusie pobytu nie mogą podjąć pracy, dopóki nie mają odpowiednich dokumentów, nie mają prawa ubiegać się o ubezpieczenie IKA. Podobnego zdania byli lekarze w Brukseli. Jeden z nich powiedział, że jeśli osoba nie może zapłacić za leczenie, nie posiada prywatnego ubezpieczenia lub AMU, a stan tej osoby nie wymaga natychmiastowej interwencji medycznej, wtedy taka osoba najczęściej jest odsyłana do placówek, które udzielają pomocy bezpłatnie, jak np. Médecins du Monde. Inny lekarz stwierdził, że udzieliłby pomocy migrantowi o nieuregulowanym statusie pobytu trzy lub cztery razy, ale potem żądałby płatności za dalsze leczenie lub wysłałby pacjenta do Médecins du Monde. Pewien migrant o nieuregulowanym statusie pobytu w Polsce powiedział, że musiał jeździć ze swoim bratem do czterech szpitali, zanim w końcu ktoś zgodził się zająć jego złamaną nogą (21-30, Polska, z Azji Południowo-Wschodniej).

Migranci o nieuregulowanym statusie pobytu we Francji, nie mogąc spełnić warunków potrzebnych do otrzymania AME, zazwyczaj są odsyłani do szpitala, w ramach, którego funkcjonuje *Permanences d'accès aux soins de santé* (PASS), czyli ośrodek udzielający pomocy medycznej osobom bez ubezpieczenia. Chociaż zgodnie z prawem każdy szpital powinien zapewnić takie świadczenia, nie wszędzie PASS został utworzony. Według pracowników ochrony zdrowia, dla niektórych szpitali PASS jest priorytetem, a dla innych nie. To od każdego szpitala zależy, jaki poziom opieki zapewnia. Częstym problemem jest też brak funduszy. W rezultacie, wiele ośrodków PASS nie funkcjonuje właściwie ze względu na brak środków przeznaczonych na ich utrzymanie.

Wielu pracowników ochrony zdrowia i przedstawicieli organizacji społecznych zgodnie stwierdziło, że **pomoc medyczna nieformalnie udzielona** migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu oraz innym nieubezpieczonym osobom stanowi alternatywę dla odsyłania pacjentów „z niczym”. Nieformalne działania były podejmowane w celu uniknięcia skomplikowanych procedur zwrotu kosztów leczenia (część 4.1.), lub po to, żeby wypełnić lukę, która powodowała brak dostępu do opieki zdrowotnej dla nieudokumentowanych migrantów. Nieformalnie udzielane świadczeń zdrowotnych może polegać na zapewnianiu opieki bezpłatnie albo na klasyfikowaniu udzielonych świadczeń, jako tych, za które nie pobiera się opłat, jak np. za procedury ratujące życie w szpitalach.

Jak wyjaśnił pracownik organizacji społecznej w Atenach, migranci o nieuregulowanym statusie pobytu w Grecji mają dostęp do opieki medycznej tylko w nagłych wypadkach i dlatego niektóre szpitale nie angażują się za bardzo w uzyskiwanie zapłaty za leczenie. Czasem lekarze dopisują koszty udzielonych świadczeń do sumy nieuiszczonych opłat w danym szpitalu. Według jednej z organizacji pozarządowych w Atenach, w Grecji żyje około dwóch milionów ludzi nieposiadających ubezpieczenia, co oznacza, że dostęp do opieki zdrowotnej stanowi także problem dla Greków. Pracownicy ochrony zdrowia i organizacji pozarządowych podobnie przedstawili sprawę, jeśli chodzi o liczbę osób z dokumentami uprawniającymi do pobytu, ale nieposiadającymi ubezpieczenia. Pewna urzędniczka z Dublinu powiedziała, że jest świadoma tego, jaka liczba migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu jest leczona przez lekarzy poza głównym system opieki medycznej. Dodała również, że lekarze z niektórych społeczności migranckich także udzielają pomocy zdrowotnej. Migrant o nieuregulowanym statusie pobytu mieszkający w Warszawie musiał udać się do gastrologa z powodu wrzodów. Oto jak opisuje otrzymane leczenie:

„Przez telefon powiedziałem lekarzowi, że jestem obcokrajowcem i zapytałem, czy mogę przyjść. Ona powiedziała: tak może Pan przyjść, ale będzie Pan musiał zapłacić za wizytę. I to wszystko. Dałem jej do ręki 100 zł. Przepisała mi receptę na inne nazwisko, żebym mógł taniej wykupić leki. Powiedzmy, że lek kosztuje 700 zł, a ja go kupiłem za 300 zł. Nikt nie odnotował historii choroby. Nigdzie nie ma moich danych.”

31-40, Polska, Europy Wschodniej

Według lekarza z Niemiec, większość lekarzy udzieliłaby pomocy, nawet gdyby okazało się, że pacjent nie ma właściwej karty ubezpieczeniowej, aby uniknąć ogromu pracy papierkowej. Dodał także, że w dużych publicznych szpitalach ogólnie lekarzom łatwiej jest leczyć pacjentów „nieformalnie”, na własną rękę. Podobne spostrzeżenia miał lekarz ze Szwecji:

„Dyrektor szpitala wie o tym i akceptuje to, że pomagamy migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu w naszym wolnym czasie.”

Pracownik ochrony zdrowia, Szwecja

Pracownicy ochrony zdrowia mający do czynienia z nieudokumentowanymi migrantami napotykają nie tylko skomplikowane sytuacje związane z płatnościami, ale także sytuacje zagrożenia zdrowia i życia ich pacjentów. Lekarz w Niemczech miał przypadek nieudokumentowanego migranta, który chorował na rzadką chorobę wywołującą ogromny ból. Pacjentka potrzebowała leków przeciwbólowych, jednak z powodu nieuregulowanego statusu pobytu nie była uprawniona do otrzymania potrzebnego leku i dostała odpowiedniki o słabszym działaniu. Potem wróciła do szpitala, aby otrzymać dalsze leczenie, z kartą ubezpieczeniową należącą do innej osoby. Jednak, podczas leczenia wystąpiły komplikacje, gdyż karta ubezpieczeniowa zawierała informacje na temat innej osoby. Lekarka z Budapesztu opowiedziała o podobnej sytuacji, kiedy przyjaciółka czy inny lekarz skontaktował się z nią prosząc o pomoc w zdobyciu lekarstw dla migranta o nieuregulowanym statusie pobytu. Chodziło o przepisanie recepty na inne nazwisko i podanie numeru ubezpieczenia osoby, na którą została wypisana recepta. Lekarka była świadoma ryzyka, jednak stwierdziła, że w wyjątkowych sytuacjach należy je podjąć.

Opinia FRA

Uprawnienia do uzyskania leczenia

Migranci o nieuregulowanym statusie pobytu powinni mieć na gruncie prawa dostęp, do co najmniej niezbędnej opieki medycznej. Taka opieka nie powinna być ograniczona tylko do opieki w nagłych wypadkach, ale powinna też obejmować inne formy podstawowej opieki, takie jak możliwość konsultacji z lekarzem lub otrzymanie potrzebnych lekarstw.

Warunki, które należy spełnić, aby otrzymać pomoc zdrowotną, takie jak adres zamieszkania czy udowodnienie pobytu trwającego przez pewien okres, powinny być ponownie przeanalizowane w celu wyeliminowania sytuacji, gdy prowadzą one do pozbawienia opieki osób, które jej potrzebują.

Takie same zasady płatności oraz zwalniania z ponoszenia opłat za leczenie powinny obowiązywać migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu i obywateli danego kraju. Aby pokryć koszty, publiczne ubezpieczenie zdrowotne powinno obejmować migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu lub powinien powstać specjalny fundusz na ten cel.

4

Praktyczne przeszkody i wyzwania

W wywiadach z migrantami, organizacjami pozarządowymi i ośrodkami ochrony zdrowia wykazano wiele przeszkód, które uniemożliwiają migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu dostęp do opieki zdrowotnej, nawet wtedy, gdy mają do niej prawo. Konkretnie przykłady zebrane w wywiadach ukazują rozdzźwięk pomiędzy regulacjami prawnymi a tym, co się dzieje w rzeczywistości, kiedy migranci o nieuregulowanym statusie pobytu próbują skorzystać z opieki medycznej, a także ilustrują bariery dla zapewnienia opieki zdrowotnej.

Rozmówcy wskazali pięć głównych wyzwań, z którymi należy się zmierzyć, aby otrzymać lub zapewnić opiekę zdrowotną. Te wyzwania, jak i prawne oraz praktyczne przeszkody, które napotykają migranci o nieuregulowanym statusie pobytu, chcąc uzyskać dostęp do leczenia, zostały zauważone już we wcześniejszych badaniach.⁹⁸ Niektóre to wyzwania stojące przed migrantami o nieuregulowanym statusie pobytu i personelem medycznym (koszty i zwrot kosztów; nieświadomość należnych praw); inne dotyczą w szczególności migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu (strach spowodowany przekazywaniem policji informacji), a jeszcze inne stanowią problem dla administracji w ochronie zdrowia i/lub administracji lokalnej (uznaniowe decyzje, jakość i ciągłość leczenia). W tym rozdziale wymienione kwestie zostały omówione bardziej szczegółowo.

4.1. Koszty i zwroty kosztów

Koszty świadczeń zdrowotnych mogą stanowić główną przeszkodę dla korzystania z opieki zdrowotnej. Hospitalizacja i koszty badań, jak i koszt wizyty u specjalistów oraz lekarstw mogą być bardzo wysokie, sięgając od kilkuset do kilku tysięcy EUR, na co większości ludzi nie stać.

Koszty mogą stanowić poważny problem również dla personelu medycznego i administracji publicznej oferujących opiekę zdrowotną. Tam, gdzie migranci mają prawo do korzystania z podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej nieodpłatnie, placówka ochrony zdrowia musi obciążyć kosztami leczenia bądź budżet państwa, bądź firmę ubezpieczeniową lub pacjenta.

„Szpital to biznes, i jak w każdym biznesie, ktoś musi płacić za dostarczone usługi. Jeśli są pacjenci, którzy nie posiadają ubezpieczenia, szpital musi zażądać od nich zapłaty [...]. Kiedy ludzie idą do sklepu bez pieniędzy, nikt im nie daje chleba za darmo. Tak samo jest w szpitalu. Jednakże, jeżeli istnieje bezpośrednie zagrożenie życia, szpital musi podjąć działanie; pacjent musi zostać przyjęty i być objęty taką samą opieką jak każdy inny pacjent.”

Pracownik ochrony zdrowia, Polska

⁹⁸ Zob. PICUM (2007), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants in Europe*; HUMA Network (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU countries: Law and Practice*; i European Observatory on Access to Healthcare of Médecins du Monde (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants in 11 European Countries*.

Badanie przeprowadzone przez Médecins du Monde w 11 krajach pokazuje, że tam, gdzie nie istnieją regulacje prawne dotyczące kosztów leczenia migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, ci migranci napotykają poważne problemy próbując skorzystać z opieki zdrowotnej, nawet w nagłych wypadkach.⁹⁹

Koszty leczenia są zazwyczaj dużym obciążeniem dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu. W pracy są bardziej narażeni na zwolnienie niż inni formalnie zatrudnieni pracownicy, a także jest prawdopodobne, że wynagrodzenie będzie niższe niż stawka minimalna. Często pracują w zawodach, które są niebezpieczne i męczące, np. na budowie, w rolnictwie lub jako pomoc domowa z zamieszkaniem, co bardzo obciąża ich zdrowie fizyczne i psychiczne.

Badani migranci podali wiele różnych przykładów z pracy, m.in. historię nierejestrowanego pracownika budowlanego, który bardzo poważnie zranił sobie rękę piłą tarczową. Inny migrant cierpiał na duże bóle żołądka podczas pracy przy żeliwie w odlewni, a jeszcze inny zranił się w kostkę i nogę, gdy spadł z konia na farmie, gdzie pracował. Pewna migrantka opowiedziała o swojej sytuacji, gdy poślizgnęła się podczas sprzątania mieszkania, wskutek czego doznała wstrząśnienia mózgu.¹⁰⁰ W tym kontekście warto podkreślić, że Dyrektywa dotycząca bezpieczeństwa i higieny pracy z 1989 roku zobowiązuje pracodawców do przedsięwzięcia wielu działań (kursy pierwszej pomocy, monitorowanie stanu zdrowia pracowników, etc.) w celu zapewnienia pracownikom bezpieczeństwa i ochrony. Według dyrektywy „pracownik” to „każda osoba zatrudniona”, co oznacza, że jej wytyczne dotyczą każdego pracownika, nie tylko tych, których zatrudnienie jest zarejestrowane.¹⁰¹

W niektórych placówkach ochrony zdrowia powiedziano, że migrant o nieuregulowanym statusie pobytu, który nie posiada wymaganych dokumentów umożliwiających dostęp do opieki zdrowotnej, otrzyma pomoc, ale zgodnie z wymogami formalnymi będzie musiał **zagwarantować, że zapłaci za świadczenia**. Pewien lekarz z publicznego szpitala w Niemczech powiedział, że żadne leczenie nie będzie

przeprowadzone, dopóki ktoś nie zobowiąże się do pokrycia jego kosztów.

„Jeśli nie mogą zapłacić, nie otrzymają żadnych świadczeń. Zostaną objęci opieką medyczną, gdy ktoś zagwarantuje, że za nią zapłaci – to może być organizacja pozarządowa lub może zostać ustanowiony fundusz zabezpieczający pokrycie kosztów leczenia w razie poważnego wypadku. A o tym, czy przypadek jest poważny, czy nie, i czy świadczenia mogą być opłacone z tego funduszu, decyduje szpital lub Ministerstwo Zdrowia.”

Pracownik ochrony zdrowia, Grecja

O podobnych gwarancjach zapłaty wspominali też inni przedstawiciele personelu medycznego. Pewien lekarz z Budapesztu powiedział, że od czasu do czasu przyjmował pacjentów, którzy przychodzili bez oficjalnego skierowania, ale stwierdził, że jest to nie tylko wbrew prawu, ale także ryzykowne. W razie, gdyby nie założył karty pacjenta lub popełnił błąd w sztuce, szpital i firma ubezpieczeniowa mogłyby nie uznać poniesionych w związku z jego pracą kosztów.

Placówki ochrony zdrowia w w Grecji, Irlandii, Niemczech, Szwecji i na Węgrzech udzieliłyby leczenia, **ale wysłałyby również rachunek do zapłaty**. Na przykład, recepcjonistka w szpitalu w Dublinie powiedziała, że jeśli migrant o nieuregulowanym statusie pobytu przychodzi do szpitala bez ubezpieczenia lub skierowania od lekarza ogólnego, szpital jest zobowiązany do wystawienia rachunku.

Rachunki za hospitalizację: otrzymanie pomocy i niemożność jej opłacenia

Jednym z rozmówców w Dublinie był migrant, którego wydalenie zostało zawieszono. Choruje na cukrzycę, zapalenie wątroby grupy B i C oraz chorował na TB. Z powodu tych chorób chodzi do lekarza, co najmniej cztery lub pięć razy w tygodniu, szczególnie ze względu na cukrzycę. Szpital zapewnił mu pomoc w uzyskaniu karty medycznej, ale z powodu jego statusu i braku możliwości podjęcia pracy zgodnie z prawem, jest niezdolny do opłacenia rachunków za leczenie. Do tej pory otrzymał już wiele listów od firm windykacyjnych w sprawie nieopłaconych rachunków szpitalnych. Pacjent twierdzi, że nie jest w stanie ich zapłacić, co powoduje ogromny stres i w rezultacie prowadzi do dalszego pogorszenia jego stanu zdrowia.

Źródło: Wywiad z przedstawicielem personelu medycznego w Irlandii

99 Zob. European Observatory on Access to Healthcare of Médecins du Monde (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants in 11 European Countries*. Kraje badane to 10 krajów członkowskich Unii Europejskiej: Belgia, Brytania, Francja, Grecja, Holandia, Hiszpania, Niemcy, Portugalia, Szwecja, Szwajcaria, Wielka i Włochy.

100 Zobacz także Ankietę przeprowadzoną przez Médecins du Monde na temat dostępu do opieki medycznej (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants in 11 European Countries*, dostępne na stronie internetowej: www.doctorsoftheworld.org.uk/lib/docs/1211111-europeanobservatoryfullreportseptember2009.pdf pp.565ff.

101 Dyrektywa Rady 89/391/EEC (12.06.1989) dotycząca wprowadzenia działań, które będą sprzyjać poprawie bezpieczeństwa i higieny pracowników w miejscu pracy, OJ L 183/1, 29.06.1989.

Procedura zwrotu placówkom ochrony zdrowia kosztów leczenia z budżetu państwa wpływa na świadczących usługi medyczne, placówki medyczne i w konsekwencji na migrantów o nieregulowanym statusie pobytu. W Belgii, Francji, Grecji, na Węgrzech i we Włoszech personel medyczny wspominał o skomplikowanym i czasochłonnym procesie ubiegania się o zwrot kosztów z budżetu państwa za leczenie migrantów o nieregulowanym statusie pobytu. Każdy kraj ma swoją własną procedurę ubiegania się o zwrot kosztów i, w zależności od kraju, konieczne jest wypełnianie różnych dokumentów, przy czym sam zwrot często następuje z opóźnieniem. Dla placówki ochrony zdrowia najważniejsze jest to, żeby uzyskać zwrot za leczenie, którego udziela. Dla państwa, z kolei, najistotniejsze jest to, żeby nie zwracać kosztów za leczenie osób, które nie są kwalifikowane, jako osoby podlegające danemu rodzajowi opieki ze strony państwa.

Ośrodki ochrony zdrowia borykają się z biurokracją, brakiem informacji na temat zasad i procedur zwrotu kosztów, co znacznie je obciąża i powoduje wiele przeszkód, których pokonywanie jest raczej unikane przez zakłady opieki zdrowotnej. W wyniku tego **migranci o nieregulowanym statusie pobytu czasami są odsyłani i odmawia im się udzielenia opieki.** Kwestia nieudzielenia pomocy medycznej została również poruszona w raporcie opracowanym przez Médecins du Monde, w którym omówiono sytuację w 11 krajach UE. Spośród wszystkich respondentów 14% powiedziało, że odmówiono im udzielenia opieki medycznej, kiedy ostatnio chorowali.¹⁰² Organizacja pozarządowa w Paryżu zauważyła, że spotkali się z bardzo dużym wskaźnikiem odmów udzielenia pomocy medycznej osobom korzystającym z AME.¹⁰³ Jak powiedział przedstawiciel personelu medycznego we Francji:

„System płatności we Francji jest bardzo skomplikowany. Nawet ja, jako lekarz, nie za bardzo rozumiem różnice w opłatach. A co dopiero mówić o migrancie o nieregulowanym statusie pobytu! Niektórzy lekarze nie przyjmują beneficjentów AME, gdyż mają trudności z uzyskaniem zwrotu kosztów leczenia. Poza zwrotem kosztów, AME często nie uiszcza opłat za leczenie specjalistyczne, za które niektórzy lekarze specjaliści mają prawo pobierać opłaty.”

Lekarz ogólny, Francja

¹⁰² Médecins du Monde, (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants in 11 European Countries*, dostępne na stronie internetowej: www.doctorsoftheworld.org.uk/lib/docs/121111-europeanobservatoryfullreportseptember2009.pdf.

¹⁰³ Badania przeprowadzone w 2005 roku przez Médecins du Monde wśród 700 lekarzy w 10 miastach Francji pokazały, że 37% lekarzy odmówiło leczenia beneficjentom l'Aide Médical d'État (AME), natomiast 10% odmówiło leczenia osobom korzystającym z Couverture maladie universelle (CMU). Dostęp do Médecins du Monde, (2006), „Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médical d'État dans 10 villes de France”.

Prawo zabrania odmowy udzielenia pomocy medycznej osobom korzystającym z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (CMU) oraz beneficjentom AME.¹⁰⁴ Rozpatrując skargę przeciw sześciu wioskom w Val-de-Marne, założoną przez francuskie stowarzyszenie lekarzy ogólnych (*Collectif des médecins généralistes pour l'accès aux soins*, COMEGAS), Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) stwierdziła, że odmowa dostępu do opieki medycznej to przejaw rasizmu.¹⁰⁵ Według badań przeprowadzonych w sześciu wioskach w Val-de-Marne, 4.8% osób korzystających z CMU spotyka się z odmową leczenia ze strony lekarzy ogólnych, ponadpodstawowej 41% pacjentów ze strony lekarzy specjalistów, co można zakwalifikować, jako przejawy zakazanej w prawie dyskryminacji.

Niektóre placówki opieki medycznej podejmują działania w kierunku redukcji kosztów w celach oszczędnościowych. Na przykład, pewna organizacja społeczna w Paryżu potwierdziła, że zna przypadki, kiedy pacjenci byli proszeni o opuszczenie szpitala wcześniej, niż to było przewidziane, ponieważ szpital bał się, że za leczenie nikt nie zapłaci. Pewien lekarz ze szpitala w Niemczech stwierdził, że podstawowe badania diagnostyczne, jak np. badanie krwi, byłoby wykonane. Jednak, w razie konieczności wykonania droższych badań, takich jak tomografia komputerowa (robiona np. przy podejrzeniu nowotworów), ich realizacja byłaby odraczana ze względu na koszty i ich zwrot.

W Belgii migranci o nieregulowanym statusie pobytu, którzy otrzymali ubezpieczenie AMU, nie muszą płacić za leczenie. W związku z tym, jedynym sposobem na uzyskanie zwrotu kosztów przez zakład opieki zdrowotnej jest uzyskanie płatności z ośrodka opieki społecznej, z którym nawiązano porozumienie (CPAS/OCMW). Często świadczący usługi medyczne boją się, że państwo nie zwróci im kosztów leczenia. Przedstawiciele placówki w Brukseli stwierdzili, że trudno jest podjąć decyzję o leczeniu migranta o nieregulowanym statusie pobytu, który posiada kartę medyczną przyznaną przez CPAS/OCMW z innego regionu, gdyż ośrodek regionalny, któremu pacjent podlega, może nie zwrócić kosztów leczenia. Pewien lekarz w Niemczech powiedział, że przy udzielaniu opieki medycznej osobom posiadającym pozwolenie na pobyt tolerowany (*Duldung*) często trzeba się kontaktować z ośrodkiem opieki społecznej w celu ustalenia i potwierdzenia, czy leczenie zostanie opłacone. To z kolei oznacza, że

¹⁰⁴ Artykuł L110-3 *Code de la Santé publique*.

¹⁰⁵ *Délibération relative au refus d'accès à la prévention ou aux soins opposés par un professionnel de santé aux bénéficiaires de la CMU nr 2006-232 z 6.11.2006*, dostępne na stronie internetowej: www.halde.fr/Deliberation-relative-au-refus-d-12889.html.

zakład opieki zdrowotnej musi wypełnić kolejne formularze. Według lekarza z Budapesztu nie tyle chodzi o sprawdzenie statusu pobytu podczas udzielania pomocy medycznej, ile o sprawdzenie ubezpieczenia, ponieważ Narodowy Fundusz Zdrowia bardzo dokładnie sprawdza uprawnienia w zakresie otrzymywania świadczeń zdrowotnych.

Inny lekarz z Węgier i pracownicy ochrony zdrowia w Niemczech powiedzieli w wywiadach, że łatwiej jest zarejestrować migranta o nieuregulowanym statusie pobytu, jako osobę nieubezpieczoną, niż potem starać się o zwrot kosztów leczenia pokonując z trudem biurokratyczne i prawne bariery. Takie działanie było praktycznym wyjściem dla placówek ochrony zdrowia, gdyż Narodowy Fundusz Zdrowia płacił nieproporcjonalnie niskie kwoty za badanie lekarskie w stosunku do liczby formularzy, które należało przy tej okazji wypełnić. Ponadto, liczba migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, którzy przebywali w tym szpitalu, była tak niska, że stanowiło to dodatkowy problem.

Opinia FRA

Procedury zwrotu kosztów ze środków publicznych

Pracownicy ochrony zdrowia zgłaszają, że otrzymanie z budżetu państwa zwrotu kosztów za leczenie migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu jest skomplikowaną procedurą.

Kraje członkowskie UE powinny wprowadzić proste i skuteczne procedury zwrotu kosztów. Wnioski o zwrot kosztów leczenia powinny być rozpatrywane bardzo szybko.

4.2. Nieświadomość przysługujących praw

Brak informacji na temat praw migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu wśród świadczących usługi medyczne i ich odbiorców stanowi główną barierę w dostępie do opieki zdrowotnej.

„Ludzie nie wiedzą, co robić, gdzie iść, jak działa system [...]”

Organizacja pozarządowa, Grecja

W tej części najpierw zostanie omówiona nieświadomość przysługujących praw wśród migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, a następnie wśród personelu medycznego i administracji publicznej.

Ludzie często nie wiedzą, z czym wiążą się konkretne świadczenia. Po otrzymaniu opieki medycznej, pewien **migrant o nieuregulowanym statusie pobytu** mieszkający w Brukseli nie został poinformowany o tym, że jego karta AMU obejmuje więcej świadczeń medycznych niż tylko usługi medyczne i opieka w nagłych wypadkach. Nie był świadomy tego, że może uzyskać pewne leki nieodpłatnie i skorzystać z profilaktyki.

Poza migrantami, którzy posiadają zezwolenie na pobyt tolerowany w Niemczech, i którzy są informowani o swoich prawach przez ośrodek pomocy społecznej, większość migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu zdobywa informacje „drogą pantoflową” lub zwracając się do organizacji pozarządowych. Biorąc pod uwagę strach migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu przed władzami (zob. część 3.2.1.), zdobywanie informacji na temat przysługujących praw za pośrednictwem organizacji pozarządowych lub innych migrantów jest dla nich najbardziej bezpiecznym sposobem. Dzięki rozmowom z innymi mogą się dowiedzieć, na przykład, w którym szpitalu nie jest trudno uzyskać pomoc medyczną, która organizacja społeczna udziela pomocy zdrowotnej lub gdzie się udać po konkretne formularze. Taka metoda rozpowszechniania informacji ma jednak ograniczoną skuteczność, gdyż nie dociera do grup najbardziej wrażliwych, jak np. migranci pracujący w gospodarstwach domowych, gdzie kontakt z osobami z zewnątrz jest niezbyt duży lub nie ma go wcale.¹⁰⁶

¹⁰⁶ Więcej informacji na temat migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu pracujących w domach prywatnych znajduje się w FRA (2011), *Migrants in an irregular situation employed in domestic work: Fundamental rights challenges for the European Union and its Member States*.

Informacje rozpowszechniane w formie ustnych przekazów nie zawsze są prawdziwe. Migranci o nieuregulowanym statusie pobytu są w dużej mierze nieświadomi swoich praw, co daje duże pole do plotek i spekulacji. Na przykład, wielu migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu przebywających we Włoszech bało się iść do szpitala, ponieważ ich znajomi powiedzieli im, że lekarze mogą ich zgłosić policji. Tego strachu można by było uniknąć, gdyby organizacje pozarządowe i, w szczególności, administracja publiczna dotarły ze wsparciem do migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu.

Pracownicy ochrony zdrowia mogą również nie wiedzieć, jakie prawa przysługują migrantom, a regulacje prawne zapewniające dostęp do opieki medycznej mogą być dla nich zbyt skomplikowane. Pewna organizacja pozarządowa w Paryżu odnotowała takie przypadki, kiedy migranci o nieuregulowanym statusie pobytu nie uzyskali właściwych informacji od pracowników socjalnych, gdy przyjechali do szpitala w celu leczenia. W rezultacie, szpital prosił ich o zapłacenie za świadczenia medyczne, za które (jeśli mają AME) migranci o nieuregulowanym statusie pobytu nie powinni płacić. Podobne przypadki były także wspomniane przez migrantów ze Szwecji, gdzie dzieci osób ubiegających się o status uchodźcy, których wnioski zostały odrzucone, mają na gruncie prawa zagwarantowany dostęp do bezpłatnej opieki medycznej.¹⁰⁷ Pracownik innej organizacji pozarządowej w Paryżu wyjaśnił, że większość lekarzy nie zna praw przysługujących migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu, ponieważ stanowią oni bardzo mały procent ich pacjentów, a przepisy są dość skomplikowane:

„Sytuacja jest całkowicie zwirowana: skomplikowane, wyjątkowe i ciągle zmieniające się prawo, które dotyczy bardzo małej liczby osób.”

Organizacja pozarządowa, Francja

Przedstawiciel administracji publicznej w Barcelonie zauważył, że trudno jest gwarantować, że cały personel ochrony zdrowia będzie znał uprawnienia w zakresie dostępu do opieki medycznej przysługujące migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu. W Barcelonie, na przykład, jest 30 szpitali, w których występuje stale duża rotacja pracowników. Biorąc pod uwagę liczbę pracowników, zawsze znajdzie się ktoś, kto powie „Nie masz prawa”. Urzędnik ten zauważył również, że najważniejsze jest to, że władze publiczne identyfikują i rozwiązują problem niewiedzy, ale „powstrzymanie tego jest niemożliwe”.

Pracownicy szpitali nieświadomi uprawnień

W Szwecji pewna kobieta, której nie przyznano statusu uchodźcy, zabrała do szpitala swojego 10-letniego syna z wysoką gorączką i wysypką na rękę. Pomimo że w Szwecji dzieci poniżej 18 roku życia, których rodzice nie otrzymali statusu uchodźcy, mogą korzystać z opieki medycznej za darmo, w szpitalu powiedziano matce tego dziecka, że ma zapłacić pełną kwotę za świadczenia zdrowotne, zanim zajmą się jej synem. Rachunek wynosił 1700 koron szwedzkich (183 EUR). Kobieta nie miała tych pieniędzy, więc pracownik administracji polecił jej, aby porozmawiała z jedną z pielęgniarek ze szpitala i zapytała, czy nie zlituje się nad jej synem i nie zbada go. Pielęgniarka powiedziała, że i tak będzie musiała obciążyć za leczenie połową kwoty, a dodatkowo trzeba będzie wykupić jeszcze przepisane leki. Matka powtórzyła w rozmowie z pielęgniarką, że nie jest w stanie zapłacić nawet połowy sumy za leczenie. Wtedy pielęgniarka zgodziła się przyjąć dziecko nieoficjalnie, bez zakładania mu karty pacjenta. Poleciła także matce, żeby obserwowała syna i wróciła do szpitala na konsultację z lekarzem w razie, gdyby gorączka nie minęła. Nawet wtedy musiałaby jednak zapłacić pełną kwotę za leczenie syna, choć miałaby na to 30 dni.

Przedstawiciele organizacji społecznej w Barcelonie twierdzą, że za każdym razem, kiedy migrant o nieuregulowanym statusie pobytu ma problem z dostępem do opieki medycznej, natychmiast kontaktują się z obsługą klienta Katalońskiej Ochrony Zdrowia, aby sprawdzić, który mechanizm nie zadziałał prawidłowo. Jeden z lekarzy wyraził swoje uznanie dla Ministerstwa i dla Departamentu Zdrowia w Katalonii, które zaoferowały przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, włączając w to kurs „kompetencji kulturowych” oraz trening z zakresu mediacji. Stwierdził, że takie szkolenie odgrywa kluczową rolę w podnoszeniu świadomości innych kultur wśród lekarzy.

¹⁰⁷ Zobacz przypis 23.

Świadomość wśród przedstawicieli władz publicznych była różna, w zależności od kraju. Nie zawsze było łatwo znaleźć urzędnika, z którym można było omówić kwestię dostępu do opieki zdrowotnej i prawa przysługujące migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu. Jeden z badanych urzędników w Paryżu stwierdził nawet, że AME jest dostępne tylko dla migrantów przebywających we Francji zgodnie z prawem i Francuzów, natomiast migranci o nieuregulowanym statusie pobytu nie mają żadnych możliwości korzystania z opieki medycznej we Francji. Inny przedstawiciel administracji z Warszawy powiedział, że w jego pracy nigdy nie był poruszany temat dostępu do opieki medycznej dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, pomimo że jego departament jest odpowiedzialny za system opieki zdrowotnej. Rozmówca ten nie był świadomy, że kobiety migrantki o nieuregulowanym statusie pobytu muszą płacić za poród w szpitalu.

Obiecująca praktyka

Szkolenie dla pracowników socjalnych z zakresu praw przysługujących migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu

Rada Imigracyjna w Dublinie jest narodową, niezależną organizacją pozarządową, która promuje prawa migrantów poprzez udzielanie swojego poparcia oraz prowadzenie kampanii i badań. Dodatkowo, poza pracą bezpośrednio z migrantami o nieuregulowanym statusie pobytu, udzielają także pomocy pracownikom socjalnym zatrudnionym w szpitalach, szkoląc ich w zakresie kwestii imigracyjnych i prawnych. Powyższe szkolenie stanowi odpowiedź na całą serię zapytań, które organizacja dostaje w związku z takimi tematami, jak np. prawa migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu cierpiących na choroby przewlekłe. To szkolenie, jak i dobre relacje z pracownikami socjalnymi z wielu szpitali, pomogło poprawić dostęp migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki zdrowotnej.

Rada Imigracyjna Irlandii,
www.immigrantcouncil.ie/services/education-and-training

Opinia FRA

Podnoszenie świadomości

Administracja publiczna zajmująca się migrantami o nieuregulowanym statusie pobytu, placówki ochrony zdrowia, organizacje społeczne, jak i sami migranci nie zawsze wiedzą, jakie są uprawnienia migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu w zakresie dostępu do opieki medycznej. Migranci boją się, że korzystając z opieki medycznej narażą się na wydalenie, nawet, jeśli takie ryzyko w ogóle nie istnieje.

Dlatego też państwa członkowskie powinny znaleźć sposoby na rozwiązanie problemu braku informacji wśród migrantów, placówek ochrony zdrowia i administracji publicznej. Podjęte działania powinny obejmować wzrost funduszy na szkolenia, kampanie informacyjne i akcje dla potrzebujących przeprowadzane wśród migrantów oraz promowanie dobrych relacji pomiędzy ośrodkami ochrony zdrowia i organizacjami społecznymi.

Powinno zostać dokładnie określone, jakie informacje mogą być przekazywane organom imigracyjnym, a jakie nie. Zarówno placówki ochrony zdrowia, jak i migranci powinni mieć dostęp do tych wytycznych.

4.3. Zgłaszanie migrantów policji

Kraje członkowskie UE powinny oddzielić opiekę medyczną od zasad kontroli imigracyjnej, zapewniając tym samym, że personel medyczny czy personel administracyjny i administracja publiczna odpowiedzialna za ochronę zdrowia nie będzie miał obowiązku zgłaszania. Obawy związane z wymianą informacji pomiędzy placówką ochrony zdrowia a służbami imigracyjnymi powstrzymują migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu przed szukaniem pomocy medycznej, aż do czasu, gdy ich stan będzie krytyczny. To bardzo pogarsza stan ich zdrowia i ostatecznie zwiększa koszty publicznej opieki zdrowotnej.

Temat strachu przed korzystaniem z opieki zdrowotnej pojawia się w każdym z przeprowadzonych wywiadów. Lęk stanowi główną barierę dla korzystania z i udzielania opieki medycznej migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu. Migranci mieszkających w Belgii, Niemczech, Polsce i we Włoszech wymienili strach, jako główny powód zmuszający ich do rezygnowania z szukania pomocy medycznej dopóki ich stan nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla życia. Przedstawiciele placówek ochrony zdrowia, jak i organizacje społecznych powiedzieli, że strach jest też powodem, dla którego

migranci o nieregulowanym statusie pobytu podają fałszywe dane lub wolą skorzystać ze świadczeń zapewnionych przez organizację pozarządową, a nie publiczne zakłady opieki zdrowotnej. W jednych krajach strach był wymieniony rzadziej, podczas gdy w innych częściej. Lęk dominował w tych krajach, gdzie prowadzono dyskusje na temat uzupełnień lub/i zmian w prawie dotyczącym migrantów o nieregulowanym statusie pobytu.

Badany personel ochrony zdrowia w Niemczech oraz przedstawiciele organizacji społecznych we Francji i w Polsce powiedzieli, że znają lub słyszeli o takich wypadkach, kiedy migranci o nieregulowanym statusie pobytu zostali zgłoszeni organom publicznym po tym, jak szukali pomocy medycznej w szpitalu.

Z powodu strachu, jakiego doświadczają migranci o nieregulowanym statusie pobytu, przeszkadzającego im w korzystaniu z opieki zdrowotnej i szukaniu pomocy u administracji publicznej, wielu migrantów o nieregulowanym statusie pobytu czeka z wizytą w szpitalu aż do momentu, kiedy ich stan zdrowia będzie bardzo poważny. To nie tylko powoduje poważne uszczerbki na zdrowiu, ale także zwiększa obciążenie na oddziałach ratunkowych i zwiększa koszty leczenia.

Pewien migrant mieszkający w Sztokholmie powiedział, że bardzo się boi bycia zgłoszonym policji i dlatego zrobiłby wszystko, żeby uniknąć pobytu na oddziale ratunkowym. Według rozmówców z organizacji społecznych dla migrantów o nieregulowanym statusie pobytu kontakt z jakąkolwiek organizacją (placówką ochrony zdrowia lub ośrodkiem pomocy społecznej) łączy się z ryzykiem bycia zgłoszonym policji. Pewna kobieta zatrudniona, jako pracownik socjalny w paryskim zakładzie opieki zdrowotnej stwierdziła, że czasami migranci o nieregulowanym statusie pobytu nie są zbyt chętni, by przychodzić do tej placówki, ze względu na strach przed pracownikami ochrony zdrowia. Podała przykład chorego z TB, któremu personel mógł udzielić pomocy medycznej wyłącznie dzięki temu, że jego krewny osobiście przekazał lekarzom informację na temat objawów chorego. Kobieta ta zauważyła również, że migranci o nieregulowanym statusie pobytu bardzo często myślą, że placówki ochrony zdrowia mają kontakty z policją. Jednocześnie podkreśliła, że sektor ochrony zdrowia kieruje się etyką zawodową.

Nawet, jeśli migranci o nieregulowanym statusie pobytu mają prawo do korzystania z opieki medycznej, nadal wielu z nich boi się z niej korzystać. Pewien migrant o nieregulowanym statusie pobytu w Brukseli, którego decyzja o wydaleniu została zawieszona, cierpi na chorobę żołądka, która wymaga regularnych wizyt u lekarza. Pomimo że posiada on

ubezpieczenie AMU, mówi, że boi się chodzić do szpitala zbyt często z powodu obaw przed byciem ujawnionym i zatrzymanym.

W 2009 roku w Niemczech zostały wprowadzone nowe regulacje administracyjne dotyczące prawa o zamieszkanu (*Aufenthaltsgesetz*).¹⁰⁸ W regulacjach podkreśla się zasadę proporcjonalności w procesie przekazywania informacji na temat migrantów o nieregulowanym statusie pobytu.¹⁰⁹ To oznacza, że w uzasadnionych wypadkach ośrodki pomocy społecznej lub ośrodki młodzieżowe, które mogą pokrywać koszty opieki zdrowotnej, mogą zaniechać przekazania informacji na temat nieudokumentowanych migrantów organom imigracyjnym. Prawo to precyzuje, że w sytuacjach wymagających natychmiastowej interwencji medycznej, tajemnica lekarska obowiązuje zarówno lekarzy i resztę personelu medycznego, jak ośrodki pomocy społecznej.¹¹⁰ Przedstawiciele organizacji pozarządowej zwrócili uwagę na fakt, że o tym, czy jest to wypadek nagły, czy nie, decyduje osoba odpowiedzialna, co daje pole do uznaniowości. W sytuacji leczenia innego niż w ramach ratowania życia, nieudokumentowani migranci muszą sami złożyć wniosek o pokrycie kosztów leczenia w ośrodkach opieki społecznej, a wtedy pracownicy ośrodka są zobowiązani do powiadamiania organów imigracyjnych.¹¹¹

Według niemieckiej federalnej izby lekarskiej (*Bundesärztekammer*) ta bariera sprawia, że wielu pacjentów zaczyna leczenie zbyt późno, co z kolei prowadzi do pogorszenia stanu ich zdrowia lub chorób przewlekłych. Dlatego też, izba popiera wprowadzenie zmian w zakresie zasad dotyczących zgłaszania nieudokumentowanych migrantów, którzy potrzebują podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej. W maju 2010 roku, na jednym z posiedzeń plenarnych, izba przegłosowała wniosek o przedłożenie ustawodawcy propozycji wprowadzenia anonimowej karty ubezpieczeniowej (*anonymer Krankenschein*).¹¹²

¹⁰⁸ Regulacje administracyjne dotyczące prawa o zamieszkanu, 30.07.2004 (*Aufenthaltsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. Februar 2008, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 12. April 2011 (BGBl. I S. 610) geändert worden ist*) § 87 paragraf 2.

¹⁰⁹ Regulacje prawne o zamieszkanu z dnia 26.10.2009 (*Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz (VwV AufenthG) vom 26.10.2009, GMBL. I S. 878*), Section 87.0.4.

¹¹⁰ Regulacje prawne o zamieszkanu z dnia 26.10.2009 (*Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz (VwV AufenthG) vom 26.10.2009, GMBL. I S. 878*), Section 88.2.4.0.

¹¹¹ Katholisches Forum „Leben in der Illegalität“ (2010), *Erläuterung zu ausgewählten Vorschriften aus der „Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz vom 18.09.2009 (Drucksache 669/09)“*, Berlin. Zob. PICUM (2010), *NowHereLand Country Report Germany*, <http://files.nowhereland.info/709.pdf>.

¹¹² Postanowienia federalnej izby zdrowia (*Bundesärztekammer*), dostępne na stronie internetowej: www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.6578.8260.8265.8506.8507.

W Irlandii część 8 Ustawy Imigracyjnej z 2003 roku mówi o obowiązku administracji publicznej do przekazywania informacji na temat cudzoziemców obcokrajowców kontekście realizacji prawa regulującego wjazd i wydalanie. W październiku 2003 roku w Irlandii ustanowiono zasady wymiany informacji między Departamentem do Spraw Socjalnych i Rodzinnych oraz przedstawicielami administracji publicznej.¹¹³

Podczas dyskusowania Pakietu Bezpieczeństwa we Włoszech w lipcu 2009 roku zaproponowano wprowadzenie obowiązku zgłaszania organom imigracyjnym migrantów w nieuregulowanej sytuacji pobytowej przez pracowników ochrony zdrowia. Kilka organizacji społecznych i lekarskich potępiło ten projekt mówiąc, że taka praktyka będzie stanowić przeszkodę dla zapewniania opieki medycznej migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu. Organizacje te rozpoczęły kampanię po hasłem „Zabrania się zgłaszania: Jesteśmy lekarzami i pielęgniarkami, a nie szpiegami!” (*Divieto di segnalazione. Siamo Medici Ed infermieri, nonsiamo Spie!*).¹¹⁴ Obowiązek zgłaszania nie został ujęty w ostatecznej wersji projektu ustawy.

Powyższe przykłady pokazują, w jakim stopniu wprowadzenie i realizowanie prawa wpływa na dostęp migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki zdrowotnej. W Niemczech prawo przyczyniło się do poprawy sytuacji migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu. Na gruncie tego prawa zniesiony jest obowiązek zgłaszania migrantów nałożony na lekarzy, ale zniesienie tego obowiązku nie ma zastosowania w przypadku urzędników zajmujących się migrantami o nieuregulowanym statusie pobytu, którzy wymagają podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej. We Włoszech, kiedy dyskutowana była kwestia wprowadzenia zmian w regulacjach prawnych migranci o nieuregulowanym statusie pobytu unikali kontaktów z administracją publiczną lub administracją ochrony zdrowia z powodu strachu przed zgłoszeniem. Strach migrantów będących w nieuregulowanej sytuacji prawnej był bardzo zauważalny we Włoszech. Lokalny badacz, który prowadził wywiady w terenie, powiedział, że trudno było znaleźć migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, z którymi można byłoby przeprowadzić wywiad, gdyż unikali oni kontaktów nawet z organizacjami pozarządowymi. Pewna migrantka, która niedawno otrzymała pozwolenie na pobyt,

skomentowała swój strach i regulacje prawne dotyczące pakietu bezpieczeństwa następująco:

„Przyjechałam tu 12 listopada 2006 roku i miałam nieregulowany status pobytu. Zawsze się bałam i nigdy nie poszłam do szpitala. [Ostatnio] po [Pakiecie Bezpieczeństwa], ludzie mówili, że jeśli byś poszła do szpitala to lekarze mogliby cię zgłosić.”

21-30, Włochy, z Europy Wschodniej

Inna migrantka o nieuregulowanym statusie pobytu mówi o swoim strachu przed wizytami w placówkach ochrony zdrowia:

„Zawsze pracowałam na czarno i zawsze się bałam [...] bałam się choroby.[...] Bałam się, że będą musieli do mnie przychodzić na wizyty i zajmować się mną. Tutaj, jeśli jesteś migrantem o nieuregulowanym statusie pobytu, popełniasz przestępstwo. Ale to nie jest w porządku! Wszyscy jesteśmy ludźmi!”

41-50, Włochy, z Ameryki Łacińskiej

Kiedy projekt nowego prawa był rozpatrywany, migranci o nieuregulowanym statusie pobytu unikali kontaktu z władzami, ryzykując swoje zdrowie i bezpieczeństwo, a placówki medyczne odnotowały spadek liczby migrantów szukających opieki medycznej. Lekarka z Brescii oszacowała, że pakiet bezpieczeństwa, nad którym debatowano, spowodował, że nawet połowa jej pacjentów przestała szukać opieki zdrowotnej. Powiedziała, że pacjenci wyjaśniali pracownikom, że w ostatnich miesiącach unikali leczenia, bo się bali bycia zgłoszonym policji. Po wprowadzeniu pakietu bezpieczeństwa mediator z placówki ochrony zdrowia w Mediolanie zauważył spadek liczby migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu odwiedzających placówkę. W związku z tym, ośrodek zorganizował kampanię informującą o tym, że jest przeciwny pakietowi bezpieczeństwa. Pewien lekarz pracujący dla organizacji pozarządowej w Mediolanie powiedział, że kiedy udzielał opieki medycznej migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu, wielu z nich podczas wizyt u lekarza wyrażało swoje obawy przed zatrzymaniem. Jak twierdzi lekarz, „Nasi pacjenci są informowani o prawach obowiązujących we Włoszech!”.

Placówki opieki zdrowotnej w Niemczech i Irlandii także zwróciły uwagę na to, że migranci o nieuregulowanym statusie pobytu boją się korzystać z opieki medycznej. Pracownik organizacji pozarządowej w Dublinie skomentował proponowane zmiany w ustawodawstwie Irlandii w następujący sposób:

113 Zobacz: Quinn i Hughes, *Illegally Resident Third-Country Nationals in Ireland: State Approaches Towards Their Situation* (Dublin: ESRI, 2005, p.20, dostępne na stronie internetowej www.esri.ie/pdf/BKMNEXT073.pdf).

114 Więcej informacji na temat organizacji, które wzięły udział w kampanii, na stronie internetowej Włoskiego Stowarzyszenia Zdrowia Migrantów (*Societa Italiana di Medicina delle Migrazioni, S.I.M.M.*): www.simmweb.it/index.php?id=358.

„Kiedy po raz pierwszy pojawił się projekt ustawy, otrzymaliśmy bardzo dużo telefonów [od migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu], zaniepokojonych znaczeniem projektu [...] jestem pewien, że będziemy musieli uspokoić ludzi i zachęcić ich do korzystania z opieki medycznej w szpitalach.”

Organizacja pozarządowa, Irlandia

Respondentka pracująca w organizacji społecznej w Niemczech stwierdziła, że implementacja prawa w dużej mierze zależy od ludzi i organizacji zaangażowanych w ten proces. Powiedziała również, że zmartwieniem większości placówek medycznych jest zwrot kosztów leczenia, co wynika z faktu, że jeśli administracja nie zgłosi wykonanych świadczeń, zakład opieki zdrowotnej nie otrzyma zwrotu kosztów. Migrantka o nieuregulowanym statusie pobytu z Zachodniej Afryki, mieszkająca w Dortmundzie, powiedziała, że gdyby była przytomna, nie poszłaby do szpitala z powodu strachu, że zostanie wykryta zatrzymana.

Opinia FRA

Zgłaszanie migrantów organom imigracyjnym

Strach przed wykryciem, spowodowany świadomością, że ośrodki ochrony zdrowia przekazują informacje do organów imigracyjnych, powoduje, że migranci czekają z szukaniem pomocy medycznej aż do czasu, kiedy ich stan jest bardzo groźny. To z kolei prowadzi zarówno do pogorszenia zdrowia osoby, jak i zwiększenia kosztów leczenia.

Kraje członkowskie UE powinny oddzielić opiekę medyczną od zasad kontroli imigracyjnej, zapewniając tym samym, że personel medyczny oraz administracja w sektorze ochrony zdrowia nie będą zobowiązane do zgłaszania migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu.

4.4. Uznaniowe decyzje władz publicznych i ochrony zdrowia

W krajach objętych badaniem znaleziono wiele przykładów wskazujących na uznaniowość władz publicznych i w ochronie zdrowia. Ta uznaniowość dotyczyła nie tylko dostępu do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, ale również dostępu do pomocy medycznej w nagłych wypadkach. Warunki, jakie należy spełnić, by otrzymać dostęp do opieki zdrowotnej, są weryfikowane w mniej lub bardziej restrykcyjny sposób, co zależy od lokalnej administracji publicznej i kierownictwa

placówek ochrony zdrowia, w których migranci o nieuregulowanym statusie starają się uzyskać świadczenia zdrowotne.

Uznaniowe decyzje administracji publicznej stanowią bardzo ważny element w procesie zapewniania migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu dostępu do opieki zdrowotnej. Z wywiadów jasno wynika, że część przedstawicieli administracji publicznej stosowała praktyki wykluczające migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu z dostępu do ochrony zdrowia. Polegały one na tym, że m.in. administracja wymagała więcej dokumentów lub migrant musiał dłużej oczekiwać na spotkanie z pracownikiem socjalnym. Na przykład, pracownik organizacji społecznej w Barcelonie powiedział, że jego organizacja interweniowała, kiedy urzędnik nie chciał zarejestrować migranta o nieuregulowanym statusie pobytu starającego się o kartę medyczną, prosząc o doniesienie dokumentów, które nie były w ogóle wymagane, a które miały udowodnić posiadanie środków finansowych. Według tego pracownika „większość problemów jest związana z brakiem informacji wśród pracowników administracyjnych lub urzędników”. Podobnie stwierdził pracownik z organizacji pozarządowej w Paryżu, mówiąc, że każdy urząd do spraw ubezpieczenia zdrowotnego (*Caisse Primaire d'Assurance Maladie*, CPAM) określa długość pobytu migranta i poziom jego dochodów w inny sposób. Pracownicy CPAS/OCMW w Belgii przedstawili dokładnie procedurę, według której, jak oczekuje belgijski rząd federalny, należy rozpatrywać podania o AMU. Rząd nakłada wysokie kary finansowe na CPAS/OCMW, jeśli nie stosują się do tych zaleceń i przyznają kartę medyczną osobie, która nie kwalifikuje się do jej otrzymania. Lekarz z Paryża potwierdził, że czas oczekiwania na AME zależy od lokalizacji, w której mieści się ośrodek opieki społecznej. Na przykład, w centrum miasta czas oczekiwania wynosił między jednym a jeden i pół miesiąca, podczas gdy na obrzeżach miasta czas oczekiwania wynosił trzy miesiące. Na czas oczekiwania na AMU wskazano również w Belgii.

W Niemczech osoba posiadająca pozwolenie na pobyt tolerowany (*Duldung*) i zwracająca się do ośrodka pomocy społecznej, który interpretuje termin „o ostrym przebiegu” bardzo wąsko, ryzykuje, że świadczenia zdrowotne, które otrzyma, nie zostaną sfinansowane. Pracownik organizacji pozarządowej w Bochum powiedział, że zasadniczo szanse na to, że płatność zostanie zaakceptowana są małe, a „indywidualne opinie wszystkich pracowników mogą się różnić”. Rozmówca podał przykład kobiety, która mieszkała w Niemczech przez sześć lat, a w tym przez cztery lata miała pozwolenie na pobyt tolerowany (*Duldung*). Kobieta miała problemy z zębami i szczęką, co powodowało u niej bardzo silne bóle głowy

i bezsenność. Według lekarza specjalisty potrzebna była operacja. Jednakże, departament spraw socjalnych odmówił pokrycia kosztów operacji, pomimo że każda osoba posiadająca pozwolenie na pobyt tolerowany ma prawo do niezbędnej opieki medycznej w nagłych wypadkach. Departament stwierdził, że kobieta ma prawo do pobytu, ale jej wydalenie było teoretycznie możliwe w każdym momencie. W innej sytuacji, jak wynika z wywiadu z tym pracownikiem, departament odmówił poniesienia kosztów leczenia osoby chorej na zapalenie wątroby typu B, pomimo że lekarze określili stan chorego, jako poważny. Sprawa trafiła do sądu, gdzie po 14 miesiącach zapadł wyrok stwierdzający, że departament powinien być ponieść koszty tego leczenia.

Prawo podejmowania arbitralnych decyzji przypisane pracownikom ochrony zdrowia (lekarzom, pielęgniarkom, recepcjonistkom i technikom udzielającym pomocy w nagłych wypadkach) stanowi bardzo ważny element w procesie zapewniania migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu dostępu do opieki zdrowotnej. To właśnie personel placówek ochrony zdrowia decyduje o tym, co się jest kwalifikowane, jako „nagły wypadek”, a co nie; i jaki stan jest „groźny” lub „wymaga natychmiastowej interwencji”, a jaki nie. W niektórych krajach taka decyzja ma wpływ na to, czy migrant o nieuregulowanym statusie pobytu otrzyma pomoc, czy nie, i czy będzie musiał za nią zapłacić. Przedstawiciel organizacji pozarządowej w Atenach powiedział, że to lekarz decyduje, czy „nagły wypadek” dotyczy tylko osoby, która miała wypadek samochodowy, czy też osoby chorej na TB lub zakażonej HIV lub takiej, która nie ma dostępu do leków. Jeśli migranci o nieuregulowanym statusie pobytu nie posiadają dokumentów, nie mają też prawa do kontynuacji leczenia. Respondenci z organizacji społecznych z Francji, Niemiec, Szwecji i Węgier zwrócili uwagę na fakt, że istnieją różne interpretacje terminów: „nagły wypadek”, „o ostrym przebiegu” czy „wymagający natychmiastowego leczenia”. Przedstawiciele organizacji pozarządowej w Budapeszcie powiedzieli, że to lekarz ocenia, co jest „nagłym wypadkiem”, przy czym według pracowników pomocy społecznej „nagły wypadek” jest tylko wtedy, gdy dochodzi do krwawienia. A zatem, jeśli stan migranta bez dokumentów nie ma oznak wskazujących na konieczność udzielenia „natychmiastowej pomocy”, to lekarz decyduje, czy taka osoba zostanie objęta procedurą medyczną stosowaną w sytuacji „nagłych wypadków”, czy nie.

W Belgii, w ramach procesu ukierunkowanego na uzyskanie dostępu do opieki medycznej w nagłych wypadkach (AMU), migrant o nieuregulowanym statusie pobytu musi otrzymać od lekarza dokument potwierdzający, że naprawdę potrzebuje on

natychmiastowej opieki medycznej. Przedstawiciele szpitala w Brukseli, jak i organizacji społecznej w Belgii potwierdzili, że niektórzy lekarze odmawiają przyjęcia nawet tych migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, którzy posiadają karty medyczne, gdyż boją się, że nie dostaną zwrotu kosztów za ich leczenie. W takim wypadku trudno jest migrantowi o nieuregulowanym statusie pobytu zasięgnąć konsultacji lekarskiej. Mediator kulturowy pracujący w zakładzie opieki zdrowotnej w Mediolanie zauważył, że władza przyznana personelowi medycznemu jest uznaniowa:

„[...] Zasady kodu STP mogą być interpretowane w różny sposób, a zasady przyjęte przez ośrodki ochrony zdrowia wpływają na to, w jaki sposób kod STP jest wydawany i używany. Wydanie kodu STP jest zależne od indywidualnych opinii lekarza, szpitala (i jego zasad) i, w końcu, od pracowników administracji.”

Pracownik ochrony zdrowia, Włochy

Podsumowując, powinno się jasno zdefiniować kryteria kwalifikowania chorób do odpowiedniej kategorii opieki medycznej (np. w nagłych wypadkach, podstawowa, niezbędna, konieczna, natychmiastowa), co pozwoli na udzielanie pomocy medycznej w sposób sprawiedliwy i przewidywalny. Według tych kryteriów można byłoby jasno określić uprawnienia w zakresie dostępu do opieki medycznej i zredukować uznaniowo władzę urzędników. Ustalenie jasnych zasad pozwoliłoby również na wyeliminowanie wątpliwości wyrażanych przez lekarzy w kwestiach prawnych, aby nie musieli się zastanawiać, jak zastosować prawo, żeby nie górowało nad oceną medyczną.

4.5. Jakość i ciągłość opieki medycznej

Brak prawa do opieki zdrowotnej, obawa przed kosztami leczenia i/lub brak środków finansowych na opłacenie świadczeń zdrowotnych stanowią dużą barierę w zapewnieniu opieki na odpowiednim poziomie i zachowaniu jej ciągłości. Niniejszy rozdział dotyczy trudności w udzielaniu opieki na wysokim poziomie i utrzymaniu jej ciągłości, a w szczególności konkretnych wyzwań, z jakimi spotykają się, na co dzień lekarze, jak na przykład prowadzenie kart pacjentów i objęcie odpowiednim leczeniem migranta o nieuregulowanym statusie pobytu, który w sensie formalnym nie ma dostępu do określonych badań i leków.

Próbując skorzystać z opieki medycznej na wysokim poziomie, migranci o nieuregulowanym statusie pobytu często napotykają podobne przeszkody do tych, które napotykają inni cudzoziemcy. Dotyczy

to zwłaszcza barier językowych i kulturowych, które utrudniają otrzymanie opieki medycznej na odpowiednim poziomie. Jak wynika z wywiadów przeprowadzonych z pracownikami ochrony zdrowia w Hiszpanii, w Irlandii, w Niemczech, na Węgrzech oraz we Włoszech, kiedy pacjent nie rozumie postawionej diagnozy lub kiedy tłumacz jest niedostępny, mogą pojawić się problemy. Pacjent może odczuwać dyskomfort związany z brakiem prywatności, kiedy osoba trzecia, na przykład sprzątaczką lub ochroniarz pracujący w szpitalu, są wzywani do tłumaczenia.

Inne trudności, jednak, dotyczą tylko migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu. Jak twierdzą lekarze w większości badanych krajów, chodzi tu szczególnie o ciągłość opieki, tzn. o możliwość odwiedzania przez pacjenta placówki medycznej regularnie w danym okresie, aby umożliwić skuteczne leczenie. W krajach, gdzie migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają dostęp do opieki medycznej tylko w nagłych wypadkach, muszą oni ponosić koszty każdego innego leczenia. Nawet w krajach, gdzie migranci o nieuregulowanym statusie pobytu, którzy spełniają określone warunki i mają dostęp do podstawowej opieki medycznej, migranci napotykają dodatkowe koszty (np. leki), co może rzutować na poziom możliwej do zapewnienia opieki. Z tego badania wynika, że poniesienie takich kosztów może stanowić trudność dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu.

Jak już zostało pokazane w raporcie FRA na temat dzieci bez opieki, dodatkową przeszkodę stanowią problemy w uzyskaniu od dzieci informacji na temat historii ich choroby oraz brak **kart zdrowia**.¹¹⁵ Według pracowników ochrony zdrowia w Belgii, prowadzenie kart pacjentów stanowi duże wyzwanie. W szpitalach publicznych prowadzenie kart pacjentów zależy głównie od tego, jaki dostęp do podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej mają migranci o nieuregulowanym statusie pobytu w kraju, w którym przebywają. Pracownicy ochrony zdrowia w Belgii, Grecji, Niemczech i Włoszech twierdzą, że jeśli pacjent ma dostęp do opieki medycznej w ramach specjalnego programu A wydatki za jego leczenie są pokrywane, wtedy karta pacjenta jest zakładana na tych samych zasadach, jak w wypadku każdego innego pacjenta. Jednakże, według pracowników ochrony zdrowia w Grecji, jeśli migrant nie ma formalnie przyznanego dostępu do opieki medycznej lub nie ma środków na opłacenie świadczeń zdrowotnych, to albo wysyła się do niego rachunek za leczenie i jego karta zdrowia zostaje założona, albo lekarz może zaproponować leczenie „nieformalnie” i wtedy migrant nie ma założonej karty pacjenta.

Pracownicy ochrony zdrowia w Irlandii powiedzieli w wywiadach, że trudno jest prowadzić karty pacjentów, gdyż migranci o nieuregulowanym statusie pobytu często podają nieprawidłowe numery telefonu, adresy lub karty ubezpieczenia zdrowotnego, co komplikuje uzupełnianie kart w przypadku zmian terminów wizyt. Jak już wspomniano wcześniej, migranci o nieuregulowanym statusie pobytu boją się podawać prawdziwe dane osobowe, nawet, jeśli mają one służyć tylko do celów medycznych. Lekarz ze szpitala w Dublinie powiedział, że bardzo łatwo jest się znaleźć na oddziale ratunkowym i nagłych wypadków poprzez podanie nie swojego nazwiska i, tym samym, pozostanie aminorowym w systemie informacyjnym szpitala. W takich sytuacjach istnieje jednak ryzyko, że pracownicy szpitala pomylą osoby podczas kolejnej wizyty i podadzą nie tę grupę krwi lub leki, które mogą spowodować reakcję alergiczną u pacjenta, co, jak zostało opisane w rozdziale 4, może wywołać skutek śmiertelny.

Niekorzystna sytuacja mieszkaniowa migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu stanowi kolejną barierę dla zapewnienia ciągłości leczenia, gdyż nieudokumentowani migranci, bojąc się wykrycia, mogą mieć trudności w docieraniu do placówek oferujących świadczenia zdrowotne. Lekarze pracujący w organizacjach pozarządowych we Francji, Szwecji i Włoszech potwierdzili, że prowadzą karty zdrowia swoich pacjentów, będących migrantami o nieuregulowanym statusie pobytu. Szpitale publiczne starają się również zachowywać historię choroby takich pacjentów, jak podkreśla lekarz z Włoch:

„Jako szpital mamy na celu zapewnienie ciągłości leczenia, nawet jeśli lekarz zajmujący się pacjentem nie zawsze jest ten sam. Wielu pacjentów, którzy od lat mają nieuregulowany status pobytu, przychodzą do nas regularnie!”

Pracownik ochrony zdrowia, Włochy

Kolejną przeszkodą dla zapewnienia ciągłości opieki zdrowotnej jest dodatkowy wydatek związany z zakupem lekarstw, który może ograniczać skuteczność procedury leczenia określonych chorób. I wreszcie, w krajach, gdzie migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają dostęp tylko do opieki medycznej w nagłych wypadkach, niezwykle trudno jest zapewnić im dodatkowe badania i wizyty lekarskie ze względu na koszty, które migranci musieliby ponieść sami.

Dodatkowe badania lub świadczenia medyczne stanowią wyzwanie nie tylko dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, ale także dla personelu medycznego. Lekarz z Niemiec zauważył, że w wypadku osób z pozwoleniem na pobyt tolerowany

¹¹⁵ FRA (2010), *Separated, asylum-seeking children in European Union Member States – Comparative Report*, s. 46.

nie wszystkie świadczenia są refundowane; bowiem nie ma zwrotu kosztów między innymi za rehabilitację, aplikowanie leków czy dostarczanie insuliny. Pracownicy ochrony zdrowia na Węgrzech potwierdzili, że podobnie jest w ich kraju w wypadku osób, które potrzebują dializ. Inny lekarz w Niemczech powiedział, że koszt rehabilitacji lub podobnych świadczeń nie jest pokryty ani przez ośrodek opieki społecznej, ani z budżetu placówki medycznej, co oznacza, że pacjent nie otrzymuje optymalnego leczenia. Podobnie, lekarz z Warszawy stwierdził, że jeśli leczenie nie odnosi się do nagłego wypadku, wtedy pacjent sam musi zapłacić za dalsze leczenie. Pewien urzędnik ze Sztokholmu zauważył, że od migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu cierpiących na choroby przewlekłe, jak np. cukrzyca, oczekuje się opłaty za badania laboratoryjne.

W wypadku chorób zakaźnych, w szczególności TB, najważniejsze jest zapewnienie ciągłości leczenia. Migranci przekraczają granicę, a skierowania do lekarza specjalisty wystawione w jednym kraju nie są ważne w innym. Kiedy migranci się przemieszczają istnieje prawdopodobieństwo, że ich leczenie zostanie przerwane, co z kolei może grozić uodpornieniem się na leki.

Opinia FRA

Ciągłość opieki

Migranci o nieuregulowanym statusie pobytu są często leczeni nieformalnie i dlatego nie prowadzi się ich kart z historią choroby.

Systemy opieki zdrowotnej powinny znaleźć sposoby na pokonanie głównych problemów związanych z zapewnieniem ciągłości opieki medycznej. Dodatkowo, powinno się przedsięwziąć takie działania, które zapewnią ciągłość leczenia w wypadku chorób zakaźnych, jak np. utworzenie systemu wystawiania pacjentom chorującym na gruźlicę (TB) skierowań lekarskich obowiązujących we wszystkich krajach Unii Europejskiej.





Wnioski

Dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej nie może być zależny od statusu prawnego. Jeśli określone grupy mieszkańców danego kraju są wykluczone z dostępu do opieki zdrowotnej ze względu na koszty lub inne kwestie, jak na przykład chęć uniknięcia wykrycia, to budzi już obawy związane ze zdrowiem publicznym. Ponadto, jeśli dostęp do podstawowej opieki medycznej i leczenia profilaktycznego nie istnieje lub jest ograniczony, to wzrastają koszty leczenia w nagłych wypadkach.

W każdym kraju objętym badaniem migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają zagwarantowany dostęp do opieki zdrowotnej na odmiennych zasadach. Nie licząc praw przysługujących szczególnym grupom (np. dzieciom) lub w wypadku szczególnych chorób (np. TB), w sześciu spośród 10 badanych krajów migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają dostęp tylko do opieki zdrowotnej udzielanej w nagłych wypadkach.

W pozostałych czterech krajach (Belgia, Francja, Hiszpania i Włochy) migranci o nieuregulowanym statusie pobytu mają dostęp do opieki medycznej także poza nagłymi wypadkami, jeśli spełnią określone warunki, tzn. będą rzeczywiście mieszkać w kraju przyjmującym albo w regionie, gdzie starają się o pomoc medyczną, okażą dowód tożsamości i udowodnią, że nie mają środków finansowych.

Większość badanych krajów usilnie próbuje znaleźć optymalne sposoby na to, żeby odpowiedzieć na potrzeby zdrowotne migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu. Kwestia kosztów, względy zdrowia publicznego, poszanowania praw człowieka, jak również aspekty związane z zarządzaniem migracjami warunkują krajowe polityki zdrowotne.

Prawo dotyczące dostępu do opieki zdrowotnej dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu jest różnie rozumiane i stosowane w całej Unii Europejskiej, co prowadzi do tego, że świadczenia zdrowotne dostępne dla omawianej kategorii migrantów różnią się w każdym kraju i nie zawsze spełniają istniejące standardy. Dzieje się tak, dlatego, że wiążące międzynarodowe prawo dotyczące opieki zdrowotnej nie jest łatwe do wyegzekwowania, w regulacjach prawnych stosuje się niejasne terminy, które mogą być interpretowane według uznania (jak np. „właściwa opieka”), a każdy kraj posiada inny system opieki zdrowotnej, co utrudnia realizację standardów międzynarodowych i europejskich.

Załączniki

Załącznik 1: Używane terminy

Tabela A1: Wyjaśnienie warunków użytkowania i Państwami Członkowskimi UE

Akronim	Pełna nazwa	Kraj, w którym system został wprowadzony
AMU	<i>Aide Médicale Urgente</i> , pomoc medyczna w nagłych wypadkach	Belgia
AME	<i>Aide Médicale d'État</i> , publiczna pomoc medyczna	Francja
CPAM	<i>Caisse Primaire d'Assurance Maladie</i> , zakład ubezpieczeń zdrowotnych	Francja
CPAS	<i>Centre public d'aide sociale</i> , ośrodek pomocy społecznej	Belgia
CMP	<i>Centre Médico-Psychologique</i> , ośrodek pomocy psychologicznej	Francja
CMS	<i>Centres Médico Sociaux</i> , ośrodek opieki społecznej	Francja
<i>Duldung</i>	<i>Pozwolenia na pobyt dla osoby</i> , której wydalenie zostało zawieszono	Niemcy
ESI	<i>Espace solidarité insertion</i>	Francja
INAMI	<i>Institut national d'assurance maladie-invalidité</i> , instytut ubezpieczenia zdrowotnego i inwalidzkiego	Belgia
LEA	<i>Livelli Essenziali di Assistenza</i> , podstawowe poziomy pomocy	Włochy
NHS	<i>Narodowy Fundusz Zdrowia</i>	
OCMW	<i>Openbaar centrum voor maatschappelijk</i> , ośrodek pomocy społecznej	Belgia
PASS	<i>Permanences d'accès aux soins de santé</i> , bezpłatne przyszpitalne ośrodki zdrowia	Francja
Kod STP	<i>Stranieri Temporaneamente Presenti</i> , kod przyznawany cudzoziemcom przebywającym tymczasowo	Włochy
RIZIV	<i>Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering</i> , instytut ubezpieczenia zdrowotnego i inwalidzkiego	Belgia

Załącznik 2: Projekt i metodologia badań

Informacje zawarte w niniejszym raporcie pochodzą z trzech głównych źródeł. Pierwszym z nich jest analiza najnowszych i związanych z tematem badań poświęconych kwestii dostępu migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu do opieki medycznej w kontekście europejskim, ale również z perspektywy poszczególnych krajów. Drugim źródłem są wyniki sondażu zrealizowanego w ramach większego projektu na temat podstawowych praw migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu, który zawierał także pytania dotyczące dostępu do opieki medycznej. Kwestionariusze zostały rozprawdzone wiosną 2010 roku wśród przedstawicieli krajowej i lokalnej administracji publicznej, jak również reprezentantów organizacji pozarządowych w 27 krajach członkowskich Unii Europejskiej. Trzecim źródłem są wyniki badań terenowych przeprowadzonych w 10 krajach.

Wyniki badań terenowych stanowią trzon raportu. Badania empiryczne obejmowały wywiady jakościowe z czterema głównymi grupami respondentów: migrantami o nieuregulowanym statusie pobytu, pracownikami ochrony zdrowia, organizacjami społecznymi oraz przedstawicielami administracji publicznej. Badania były koordynowane przez PICUM i ICMPD, a zostały przeprowadzone przez badaczy wybranych ze względu na ich wiedzę i wcześniejsze doświadczenie z zakresu kwestii dotyczących

migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu i/lub opieki zdrowotnej. W każdym kraju przewidywana liczba wywiadów wynosiła od 17 do 32: migranci o nieuregulowanym statusie pobytu (5-10); pracownicy ochrony zdrowia (5-10); organizacje pozarządowe (2-5) i administracja publiczna (2-3). Ostateczna liczba wywiadów zależała od stopnia nasycenia próby stwierdzanego przez lokalnych badaczy. Wywiady były prowadzone głównie między kwietniem a czerwcem 2010 roku.

W sumie, badania terenowe to 221 pół-ustrukturyzowanych wywiadów jakościowych w 10 krajach członkowskich Unii Europejskiej: 36 z przedstawicielami administracji publicznej, 43 z reprezentantami organizacji pozarządowych, 67 z pracownikami ochrony zdrowia oraz 75 z migrantami o nieuregulowanym statusie pobytu. Łączna liczba osób, które udzieliły wywiadu, jest nieco wyższa ze względu na to, że w niektórych wywiadach brał udział więcej niż jeden respondent. Cztery kategorie respondentów nie zawsze były rozłączne, gdyż zdarzało się, że władze publiczne lub organizacja społeczna występowały również w roli dostawcy usług medycznych. Badania terenowe były prowadzone w 21 miastach (zob. Tabela A1), głównie stolicach, ale też w miejscowościach, w których można było przyrzeć się ciekawym rozwiązaniom na szczeblu lokalnym.

Tabela A2: Miasta, w których były prowadzone wywiady wraz z liczbą wywiadów

Kraj	Miasto	Liczba wywiadów				
		Administracja publiczna	Organizacje pozarządowe	Pracownicy ochrony zdrowia	Migranci	Łącznie
BE	Antwerpia, Bruksela, Ghent	5	3	5	7	20
DE	Bochum, Bissendorf, Brema, Dortmund, Kolonia, Wuppertal	2	7	6	8	23
EL	Ateny	4	5	6	10	25
ES	Barcelona	5	4	6	9	24
FR	Paryż	5	6	7	8	26
HU	Budapeszt	2	3	5	2	12
IE	Dublin, Lacken	4	5	5	7	21
IT	Brescia, Lignano, Mediolan	3	3	8	10	24
PL	Piastów, Warszawa	3	5	11	10	29
SE	Sztokholm	3	2	6	6	19
	n=21	36	43	65	77	221

Wywiady z przedstawicielami administracji publicznej miały na celu zebranie informacji na temat regulacji prawnych na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym dotyczących dostępu do opieki medycznej dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu oraz uzasadnienie ich wprowadzenia. Miały one na celu również zbadanie, w jakim stopniu przedstawiciele władz miejskich są świadomi wprowadzonych inicjatyw oraz wyzwań ujawnionych przez lokalną administrację i decydentów. W badanej próbie znaleźli się przedstawiciele lokalnej (19), krajowej (9) oraz regionalnej administracji (8) odpowiedzialni za kwestie związane z opieką medyczną, pomoc społeczną i/lub sprawy imigracyjne.

Wywiady z reprezentantami organizacji pozarządowych miały pokazać w ogólnym zarysie wprowadzanie w życie krajowych i lokalnych regulacji prawnych, aby uzyskać informacje na temat roli różnych interesariuszy oraz zidentyfikować wyzwania pojawiające się w praktyce. Większość badanych przedstawicieli organizacji pozarządowych aktywnie udzielała pomocy medycznej migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu lub grupom najbardziej wrażliwym. Ponad połowa z nich obejmowała swoim działaniem wszystkich migrantów, a 1/3 zajmowała się głównie migrantami o nieuregulowanym statusie pobytu.

Wywiady z pracownikami ochrony zdrowia miały na celu ukazanie: jak w praktyce wygląda dostęp do opieki medycznej; które wymagania związane z dostępem mogą utrudniać dostęp do opieki medycznej; w jaki sposób placówki opieki zdrowotnej obsługują migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu (np. funkcjonowanie wytycznych obowiązujących w danej placówce); jakie wyzwania widzą. Wśród badanych przedstawicieli personelu zdrowia medycznego byli lekarze, pielęgniarki, pracownicy administracji oraz pracownicy socjalni. Wywiady były ukierunkowane na: przedstawicieli ośrodków ochrony zdrowia funkcjonujących w publicznym systemie, jak np. osoby pracujące w szpitalach ogólnych; specjalistyczne oddziały szpitalne lub szpitale specjalistyczne; lokalne ośrodki ochrony zdrowia lub lekarze ogólni prowadzący indywidualną praktykę lub praktykujący w zespołach z innymi lekarzami. Tylko pięć ze wszystkich ośrodków (9 wywiadów) świadczyło usługi medyczne w szczególności migrantom o nieuregulowanym statusie pobytu. Ośrodki te miały różne formy prawne (pozarządowe, rządowe, finansowane z budżetu państwa) i oferowały różne świadczenia (poczynając od podstawowej porady, a kończąc na szerokim wachlarzu usług medycznych różnego rodzaju).

Wywiady z migrantami o nieuregulowanym statusie pobytu miały na celu zebranie informacji na temat sposobów, które wykorzystują migranci o nieuregulowanym statusie pobytu, żeby uzyskać

dostęp do opieki medycznej w razie konieczności. Kolejnym ich celem było poznanie opinii migrantów na temat dostępu do opieki zdrowotnej i jej jakości w publicznych ośrodkach ochrony zdrowia oraz omówienie głównych problemów związanych z uprawnieniami w zakresie dostępu do opieki medycznej i kosztami leczenia. Badani migranci byli obywatelami państw trzecich i przebywali w wybranych do badania krajach niezgodnie z prawem. Większość z nich to obywatele państw trzecich, których nieuregulowany status nie był ujawniony w czasie badania (68% wywiadów). Jednakże, niektórzy migranci o nieuregulowanym statusie pobytu byli znani służbom imigracyjnym, które zawiesiły lub odroczyły ich wydalenie. Wśród nich byli migranci w trakcie procedury regularyzacyjnej, kobiety, których wydalenie było odroczone ze względu na ciążę lub inne problemy zdrowotne, oraz osoby, które nie otrzymały statusu uchodźcy i nie mogły być wydalone ze względu na brak dokumentów tożsamości lub z innych powodów.

Biorąc pod uwagę kraj pochodzenia badanych migrantów, 35% pochodziło z krajów afrykańskich, 23% z krajów azjatyckich, 21% z krajów europejskich i 20% z Ameryki Łacińskiej i Wysp Karaibskich.

Nieco więcej niż połowa rozmówców to mężczyźni. Ponad połowa z nich była w wieku 30 – 49 lat. Większość badanych migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu (50 osób) pracowała, i przeważnie nie było to zatrudnienie rejestrowane. 40% rozmówców nie miało współmałżonka i/lub dzieci. 36% miało dzieci, które mieszkały razem z nimi w kraju, do którego przyjechali, a 13% zostawiło swoją rodzinę (współmałżonka i/lub dzieci) w kraju pochodzenia.

Dodatkowo, badania miały na celu zebranie informacji na temat pięciu sytuacji, które zostały wybrane na potrzeby badań (wypadki, opieka w czasie ciąży i po porodzie oraz szczepienia dzieci, choroby przewlekłe oraz zdrowie psychiczne). Dlatego też osoby prowadzące badania terenowe szukały takich migrantów, które znalazły się w którejś z powyższych sytuacji lub znali kogoś, kto spotkał się z powyższymi problemami. Wypadki nie zostały opisane, jako odrębna sytuacja w niniejszym raporcie, gdyż w dużej mierze wypadki były traktowane łącznie z opieką medyczną w nagłych wypadkach.

Dyspozycje do przeprowadzenia wywiadów, zamieszczone na końcu tego raportu, zostały opracowane, aby zapewnić spójność w trakcie badania. Prowadzący wywiady uczestniczyli w szkoleniu w zakresie korzystania z tych dyspozycji. Szkolenie odbyło się w Brukseli, Belgia, w dniach 8-9 kwietnia 2010 roku. Badania terenowe były realizowane w okresie pomiędzy kwietniem a czerwcem 2010 roku.

Większość wywiadów została przeprowadzona w języku używanym w danym kraju. Jednak, pewna część rozmów odbyła się w języku angielskim lub w ojczystym języku osoby udzielającej wywiadu w obecności tłumacza.

Jednym z największych wyzwań badawczych było dotarcie do osób, które mogłyby udzielić wywiadu. W niektórych krajach badaczom trudno było skontaktować się z przedstawicielami administracji publicznej, a w Polsce i na Węgrzech niełatwe okazało się znalezienie departamentu lub osoby odpowiedzialnej za kwestie związane z tematyką badania.

Ponadto, dotarcie do migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu wiązało się z dużymi trudnościami. Poza prywatnymi kontaktami czy metodą kuli śniegowej, główną strategią badaczy było nawiązanie kontaktu z migrantami o nieuregulowanym statusie pobytu poprzez organizacje pozarządowe. Wywiady nierzadko odbywały się w siedzibach tych organizacji, które migranci już znali i w których czuli się bezpiecznie. Jednak, zdarzało się, że wywiady były

przerywane codziennymi obowiązkami organizacji pozarządowych (np. ludzie wchodzili do pokoju, pokój był potrzebny ze względu na rozpoczynający się kurs itd.) lub ze względu na ograniczony czas, którym dysponowali respondenci. W zależności od tego, na co zgodzili się respondenci, wywiady były nagrywane lub notowane podczas trwania rozmowy. Na potrzeby analizy wywiadów jakościowych zostały stworzone klucze kodowe, a sama analiza była wsparta oprogramowaniem komputerowym (Maxqda). W oparciu o główne pytania badawcze i wstępną analizę części wywiadów, dla każdej z czterech grup respondentów została opracowana lista kodów, które zostały następnie zastosowane w analizie wszystkich wywiadów z danej grupy.

Wyniki studium przypadku wraz ze zgromadzonym materiałem badawczym zostało dostarczone FRA przez ICMPD (Veronica Bilger i Christina Hollomey) oraz PICUM (Devin Cahill). Na podstawie tych danych FRA przygotowała niniejszy raport.



Scenariusz wywiadu z migrantami

I. Informacje na temat wywiadu

Imię i nazwisko osoby przeprowadzającej wywiad:

Data (dd/mm/rrrr):

Godzina:

Czas trwania wywiadu:

Kontakt został nawiązany przez (np. NGO, prywatny kontakt etc.):

Język, w jakim był przeprowadzony wywiad:

Miejsce, w którym wywiad został przeprowadzony (np. NGO, kawiarnia, dom rozmówcy etc.):

Protokół na podstawie (np. nagranie dźwiękowe lub notatki):

Atmosfera podczas wywiadu (krótki opis atmosfery, okoliczności, istotne szczegóły itd.):

II. Dane respondenta

Osoba udzielająca wywiadu (fikcyjne imię, na potrzeby badania):

Płeć:

Wiek:

Narodowość/kraj pochodzenia/lub tożsamość etniczna:

Obecny status pobytu (np. nieudokumentowany, „stan zawieszenia” etc.):

Poprzedni status pobytu:

Dodatkowe uwagi na temat osoby udzielającej wywiadu:

III. Informacje na temat indywidualnej sytuacji respondenta

1. Jaka jest Pani/Pana obecna sytuacja życiowa (np. czy mieszka Pan/Pani sam/a, z partnerem, z krewnymi, przyjaciółmi, z dziećmi)?
2. Czy ma Pan/Pani dzieci (poniżej 18 roku życia)?
3. Jak długo ma Pan/Pani obecny status pobytu? Jak do tego doszło?
4. Czy jest Pan/Pani zatrudniony/a?
5. Jeśli TAK, jaki rodzaj pracy Pan/Pani wykonuje (np. praca na budowie, sprzątanie, prace ogrodowe etc.)?
6. Jaki rodzaj zakwaterowania Pan/Pani posiada (np. ośrodek dla uchodźców i osób ubiegających się o status uchodźcy, prywatne mieszkanie/dom; mieszkanie z/bez przyjaciół, brak domu)? I jakie są to warunki mieszkaniowe (np. dobre warunki, czysto lub brudno, bezpieczne etc.)?

Protokół wywiadu (pytania i tekst)

IV. Własne doświadczenia respondenta związane z dostępem do opieki medycznej

7. Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani chora i potrzebował/a opieki lekarskiej? Co Pan/Pani zrobiła?
8. Czy kiedykolwiek Pan/Pani udał/a się do szpitala ze względu na problemy zdrowotne (np. nagły wypadek, opieka poporodowa, choroby przewlekłe, problemy natury psychicznej etc.)?
9. Jeśli NIE, dlaczego?
10. Jeśli NIE, czy próbował/a Pan/Pani szukać pomocy w innych ośrodkach zdrowotnych w swoim mieście (np. oddalone kliniki etc.)?
11. Jeśli NIE, co Pan/Pani zrobił/a? Czy nadal ma Pan/Pani te obrażenia lub czy choroba nadal Panu/Pani doskwiera?
12. Jeśli NIE, (nie był/a Pan/Pani w szpitalu osobiście), czy zna Pan/Pani nieudokumentowanych migrantów, którzy byli w szpitalu? Jakie mieli doświadczenia?
13. Jeśli TAK, na jakich warunkach może Pan/Pani korzystać z opieki medycznej (np. okazanie dokumentów, etc.)?
14. Jeśli TAK, jaka była forma płatności za opiekę zdrowotną (np. opieka bezpłatna, odpłatność 100% etc.)?
15. Jeśli TAK, czy może Pan/Pani opisać, w jaki sposób przebiegała wizyta i jak się Panem/Panią zaopiekowano w szpitalu (np. przeszkody, trudności, pozytywne aspekty, sposób traktowania przez pracowników ochrony zdrowia, etc.)?
16. Czy kiedykolwiek Pan/Pani potrzebował/a tłumacza podczas wizyty?
17. Jeśli TAK, czy szpital był w stanie go zapewnić? Jeśli NIE, co się stało?
18. Co stanowi największą przeszkodę w dostępie do opieki medycznej?
19. Czy jest jakaś istotna potrzeba zdrowotna wśród Pana/Pani społeczności migranckiej, którą jeszcze nikt się nie zajął?
20. Czy zna Pan/Pani przykład nieudokumentowanego migranta z dzieckiem (dziećmi), który próbował je leczyć? Jak wygląda taka procedura?
21. Gdyby migrantka o nieuregulowanym statusie pobytu miała bliski termin porodu, co by zrobiła? Czy spotkał/a się Pan/Pani z taką sytuacją?
22. Gdyby migrant o nieuregulowanym statusie pobytu miał zaburzenia psychiczne (np. depresję, stany lękowe spowodowane stresem etc.), co by wtedy zrobił? Czy spotkał/a się Pan/Pani z taką sytuacją?
23. Gdyby migrant o nieuregulowanym statusie pobytu cierpiał na chorobę przewlekłą (np. cukrzycę), co by wtedy zrobił? Czy spotkał/a się Pan/Pani z taką sytuacją?
24. Gdyby miał/a Pan/Pani wypadek w miejscu pracy, co by się wtedy stało? Czy pracodawca zapewniłby opiekę medyczną? Czy spotkał/a się Pan/Pani z taką sytuacją?
25. Czy czuje Pan/Pani, że otrzymałby/otrzymałaby w tym kraju dobrą opiekę zdrowotną w razie choroby?

Scenariusz wywiadu z przedstawicielami administracji publicznej

I. Informacje na temat wywiadu

Imię i nazwisko osoby przeprowadzającej wywiad:

Data (dd/mm/rrrr):

Godzina:

Czas trwania wywiadu:

Kontakt został nawiązany przez (np. NGO, prywatny kontakt etc.):

Język, w jakim był przeprowadzony wywiad:

Miejsce, w którym wywiad został przeprowadzony (np. NGO, kawiarnia, dom rozmówcy etc.):

Protokół na podstawie (np. nagranie dźwiękowe lub notatki):

Atmosfera podczas wywiadu (krótki opis atmosfery, okoliczności, istotne szczegóły itd.):

II. Dane kontaktowe respondenta

Nazwa organizacji:

Poziom administracji (np. lokalny, regionalny, krajowy):

Adres:

Osoba kontaktowa:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

III. Podejście i świadomość na szczeblu polityczno-administracyjnym

1. Jakie grupy migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu najbardziej potrzebujące opieki zdrowotnej funkcjonują w Pani/Pana mieście (np. matki, kobiety w ciąży, dzieci etc)?
2. W zależności od grupy, jakie miasto podejmuje działania w ramach publicznej opieki zdrowotnej, żeby zaspokoić potrzeby zdrowotne w/w grup (np. specjalne programy skierowane do poszczególnych grup, plan działania etc.)?
3. Czy istnieją jakieś szczególne wytyczne/programy w ramach publicznej opieki zdrowotnej w Pana/Pani mieście, które skierowane są do nieudokumentowanych migrantów/osób żyjących „w zawieszaniu” (np. osoby, które nie otrzymały statusu uchodźcy)?
 - Jeśli TAK, z jakich względów zostały one wprowadzone (np. prawa człowieka, redukcja kosztów, profilaktyka zdrowotna, promocja zdrowia etc.)?
 - Jeśli NIE, dlaczego nie?

4. Czy istnieją specjalne programy zdrowotne dla osób cierpiących na konkretne choroby? Czy nieudokumentowani migranci (osoby bez dokumentów, „niewykryte”) mogą z nich korzystać?
5. Czy osoby żyjące „w zawieszeniu” mogą z nich korzystać?
6. Który program, według Pana/Pani, jest najbardziej skuteczny i udany w Pana/Pani mieście i dlaczego?
7. W każdym mieście istnieją organizacje pozarządowe, które mają swój udział w zapewnieniu opieki zdrowotnej nieudokumentowanym migrantom.
 - Jak jest zorganizowana współpraca z organizacjami pozarządowymi (np. organizacje są aktywnie wspierane poprzez dofinansowanie ich bądź ignorowane lub jedynie uznane, bez żadnej aktywności na rzecz tych organizacji etc.)?
8. Jak miasto sobie radzi z dostępem nieudokumentowanych migrantów do opieki zdrowotnej (czy władze skupiają się na tym, żeby zapewnić migrantom najlepszą opiekę w ramach systemu publicznego, czy raczej na tym, żeby wspomóc organizacje pozarządowe, aby w szerszym zakresie mogły udzielać pomocy nieudokumentowanym migrantom)?
9. Czy uważa Pan/Pani, że podejście to jest skuteczne w Państwa mieście? Dlaczego/dlaczego nie?
10. W wielu państwach/miastach istnieje nieodłączny konflikt pomiędzy systemem związanym z kontrolą imigracji a interesami ochrony zdrowia. Jak sobie Państwo radzą z tym problemem?
11. Czy w Państwa mieście jest powszechne, że personel medyczny lub administracyjny zgłasza organom kontroli obecność nieudokumentowanego migranta?
12. Co powinno zostać zmienione, żeby poprawić dostęp do opieki zdrowotnej dla migrantów o nieuregulowanym statusie pobytu/osób żyjących „w zawieszeniu”? Chodzi np. o polityki na szczeblu krajowym, polityki lokalne, zmiany administracyjne, programy, świadczenia etc.
 - Proszę wymienić od 3 do 5 zmian, które według Pana/Pani byłyby konieczne.
13. Jak w szczególności wygląda procedura udzielania pomocy medycznej potrzebującym jej nieudokumentowanym migrantom znajdującym się w poniższych sytuacjach? Chodzi o leczenie, koszty, zgłaszanie organom publicznym etc.:
 - Osoba, która miała wypadek w miejscu pracy i potrzebuje natychmiastowej pomocy medycznej;
 - Kobieta w ciąży (opieka podczas ciąży, poród, opieka poporodowa);
 - Osoba cierpiąca na przewlekłą chorobę (np. cukrzyca bądź astma wymagające leczenia);
 - Osoba z zaburzeniami psychicznymi (np. szok pourazowy, psychoza, uzależnienie od narkotyków lub alkoholu) wymagająca leczenia.



Scenariusz wywiadu z pracownikami ochrony zdrowia

Ogólnie rzecz biorąc, proszę pamiętać, że „niewykryci” nieudokumentowani migranci i osoby żyjące „w zawieszaniu” (np. takie, które nie otrzymały statusu uchodźcy) mogą w odmienny sposób korzystać z opieki zdrowotnej.

I. Dane dotyczące wywiadu

Funkcja:

Nazwa organizacji/institucji:

Miasto:

Dane kontaktowe osoby udzielającej wywiadu (jeśli wyraża zgodę):

II. Informacje na temat zakładu opieki zdrowotnej

1. Rodzaj zakładu:
 - Szpital publiczny
 - Specjalistyczny oddział szpitalny: (np. oddział ratunkowy, ginekologia)
 - Zakład opieki zdrowotnej dla nieudokumentowanych migrantów w ramach szpitala
 - Zakład opieki zdrowotnej dla nieudokumentowanych migrantów poza szpitalem
 - Specjalistyczna opieka poza szpitalem
 - Lekarz ogólny
 - Zbiorowa praktyka lekarska (w tym lekarze specjaliści)
 - Inny
2. Typ finansowania zakładu opieki zdrowotnej:
 - Finansowany przez państwo
 - Pozarządowy/finansowany z funduszy prywatnych
 - Pozarządowy/dotowany przez państwo
 - Prywatny/komercyjny
 - Inny
3. Specyfika odbiorców świadczeń oferowanych przez zakład opieki zdrowotnej:
 - Bez określania specyfiki grupy odbiorców
 - Kobiety
 - Dzieci
 - Osoby z chorobami przewlekłymi
 - Osoby z problemami zdrowia psychicznego
 - Migranci
 - Nieudokumentowani migranci
 - Osoby ubiegające się o status uchodźcy
 - Inna

III. Dostęp do opieki medycznej dla nieudokumentowanych migrantów

4. Jak wygląda procedura administracyjna w sytuacji, kiedy nieudokumentowany migrant prosi o pomoc medyczną?
5. Jakie dokumenty są potrzebne do otrzymania opieki zdrowotnej:
 - Dowód tożsamości
 - Ubezpieczenie (dowód ubezpieczenia)
 - Potwierdzenie adresu
 - Dokument potwierdzający status imigracyjny
 - Numer konta w banku
 - Inne
6. Czy nieudokumentowany migrant musi płacić, by otrzymać opiekę medyczną?
7. Kto pokrywa koszty leczenia, jeśli pacjent nie może sam zapłacić?
 - Zakład ubezpieczeń
 - Miasto
 - Szpital
 - Inne
8. Co się dzieje, jeśli osoba nie może zapłacić za leczenie? Np.:
 - Wypłacalność osoby jest sprawdzana przed leczeniem – jeśli osoba nie ma pieniędzy, nie uzyskuje leczenia
 - Osoba zostaje zgłoszona kierownictwu zakładu lub osobom/instytucjom trzecim (policja, służby imigracyjne, [...])
9. Czy Państwa placówka/oddział posiada oficjalną politykę, która odnosi się do leczenia nieudokumentowanych migrantów?
10. Czy nieudokumentowani migranci otrzymują w tej placówce opiekę medyczną na tych samych warunkach, co w całym kraju/mieście, czy też placówka posiada własną szczególną politykę udzielania pomocy medycznej nieudokumentowanym migrantom?
11. Jeśli Państwa placówka nie udziela pomocy medycznej nieudokumentowanym migrantom, czy możecie ich wysłać do innych zakładów, gdzie otrzymają potrzebną pomoc?

IV. Jakość świadczeń zdrowotnych

12. Jakimi świadczeniami mogą być objęci nieudokumentowani migranci?
 - Profilaktyka zdrowotna: badania kontrolne
 - Diagnostyka
 - Opieka medyczna w nagłych wypadkach
 - Ogólna opieka zdrowotna
 - Zabiegi chirurgiczne
 - Hospitalizacja
 - Leczenie ambulatoryjne
 - Inne



13. Czy nieudokumentowani migranci otrzymują takie samo leczenie jak inni pacjenci, czy są różnice? (Dotyczy także osób żyjących „w zawieszaniu”)
 - Otrzymują tylko niektóre świadczenia
 - Są leczeni przez wybrany personel
 - Są leczeni na specjalnych oddziałach
 - Inne
14. Język: Czy placówka może zaoferować usługi tłumacza dla nieudokumentowanych migrantów lub migrantów w ogóle?
15. Czy w tej placówce są wprowadzone specjalne rozwiązania przeznaczone dla nieudokumentowanych migrantów? Chodzi np. o:
 - Osoba kontaktowa w placówce, do której nieudokumentowani migranci mogą się zgłosić
 - Osoba przygotowana do kontaktów z nieudokumentowanymi migrantami
 - Usługi tłumaczeniowe
 - Specjalne zasady płatności
 - Pracownik socjalny
 - Inne

V. Ciągłość leczenia

16. Czy zakładają Państwo karty z historią choroby dla nieudokumentowanych migrantów?
17. Czy nieudokumentowani migranci mają możliwość skorzystania z kontynuacji leczenia?
18. Czy nieudokumentowani migranci mają możliwość wielokrotnych konsultacji u tego samego lekarza?

VI. Dane pacjentów – nieudokumentowanych migrantów

19. Czy są rejestrowane dane administracyjne (np. status pobytu, adres, nazwisko), pacjentów – nieudokumentowanych migrantów?
20. Czy dane administracyjne są przekazywane osobom trzecim?
21. Czy wiedzą Państwo, ilu nieudokumentowanych migrantów skorzystało ze świadczeń oferowanych przez placówkę w ostatnim miesiącu/roku?
 - Dokładna liczba:
 - W przybliżeniu:% wszystkich pacjentów

VII. Konkretnie sytuacje nieudokumentowanych migrantów potrzebujących opieki medycznej

22. Jak w szczególności wygląda procedura udzielania pomocy medycznej potrzebującym jej nieudokumentowanym migrantom znajdującym się w poniższych sytuacjach? Chodzi o leczenie, koszty, zgłaszanie organom publicznym etc.:
- Osoba, która miała wypadek w miejscu pracy i potrzebuje natychmiastowej pomocy medycznej;
 - Kobieta w ciąży (opieka podczas ciąży, poród, opieka poporodowa);
 - Osoba cierpiąca na przewlekłą chorobę (np. cukrzyca bądź astma wymagające leczenia);
 - Osoba z zaburzeniami psychicznymi (np. szok pourazowy, psychoza, uzależnienie od narkotyków lub alkoholu) wymagająca leczenia.



Scenariusz wywiadu z przedstawicielami organizacji pozarządowych

I. Informacje na temat wywiadu

Imię i nazwisko osoby przeprowadzającej wywiad:

Data (dd/mm/rrrr):

Godzina:

Czas trwania wywiadu:

Kontakt został nawiązany przez (np. NGO, prywatny kontakt etc.):

Język, w jakim był przeprowadzony wywiad:

Miejsce, w którym wywiad został przeprowadzony (np. NGO, kawiarnia, dom rozmówcy etc.):

Protokół na podstawie (np. nagranie dźwiękowe lub notatki):

Atmosfera podczas wywiadu (krótki opis atmosfery, okoliczności, istotne szczegóły itd.)

II. Dane kontaktowe respondenta

Nazwa organizacji:

Adres:

Osoba kontaktowa:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

III. Informacje dotyczące organizacji pozarządowej

1. Jaki obszar geograficzny obejmuje swoją działalnością organizacja (np. miasto, cały kraj etc.)?
2. Jakie świadczenia dla nieudokumentowanych migrantów zapewnia organizacja?
3. Jaka jest sytuacja nieudokumentowanych migrantów, z którymi organizacja współpracuje, jeśli chodzi o ich status pobytu (np. „niewykryci” nieudokumentowani migranci, osoby żyjące „w zawieszaniu” etc.)?
4. Z jakich krajów najczęściej pochodzą migranci, którzy się kontaktują z organizacją?
5. Czy w swojej pracy organizacja doświadcza poparcia ze strony władz lokalnych/regionalnych/krajowych?

6. W zależności od badanego kraju, pytania do zadania mogą się różnić:

Kraje, gdzie są regulacje prawne dotyczące dostępu nieudokumentowanych migrantów do opieki zdrowotnej (proszę mieć kopię tej regulacji ze sobą!)	Kraje, gdzie nie ma regulacji prawnych dotyczących dostępu nieudokumentowanych migrantów do opieki zdrowotnej
Pytanie: Pana/Pani kraj posiada prawo regulujące dostęp do opieki zdrowotnej dla nieudokumentowanych migrantów; czy Pan/Pani uważa, że istnieją trudności w interpretowaniu tego prawa (np. jest jasne lub niejednoznaczne etc.)? Jaka jest interpretacja tego prawa w Pana/Pani mieście (np. szeroka, wąska)?	Pytanie: Pana/Pani kraj nie posiada prawa regulującego dostęp do opieki zdrowotnej dla nieudokumentowanych migrantów; czy rząd tego kraju dyskutował na temat kwestii wprowadzenia zmian w tym zakresie? Czy według Pana/Pani taka zmiana nastąpi, czy nie? Dlaczego/dlaczego nie?

7. Czy w Pana/Pani mieście zakłady opieki zdrowotnej lub pracownicy administracji zazwyczaj zgłaszają organom państwa obecność nieudokumentowanych migrantów?

IV. Przypadki medyczne

Biorąc pod uwagę kompetencje osoby udzielającej wywiadu, proszę zapytać o jedną z niżej wymienionych sytuacji. Idealnie będzie, jeśli w gronie rozmówców znajdą się osoby, które będą mogły opowiedzieć o różnych sytuacjach, nie koncentrując się na jednej z nich (np. nagłych wypadkach) wyłącznie.

8. Jak w szczegółach wygląda procedura udzielania pomocy medycznej potrzebującym jej **nieudokumentowanym migrantom** znajdującym się w poniższych sytuacjach? Chodzi o leczenie, koszty, zgłaszanie organom publicznym etc.:
- Osoba, która miała wypadek w miejscu pracy i potrzebuje natychmiastowej pomocy medycznej;
 - Kobieta w ciąży (opieka podczas ciąży, poród, opieka poporodowa);
 - Osoba cierpiąca na przewlekłą chorobę (np. cukrzyca bądź astma wymagające leczenia);
 - Osoba z zaburzeniami psychicznymi (np. szok pourazowy, psychoza, uzależnienie od narkotyków lub alkoholu) wymagająca leczenia.

