

MIGRANCI I UCHODźCY a prawo do ochrony zdrowia



Fot. istockphoto.com

ANNA SZETELA, EWA KOCOT

Na początku grudnia 2021 r. na Wydziale Zarządzania i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego zorganizowano spotkanie Koła Naukowego Praw Człowieka UJ. Tematem była wolność od strachu, a motywem przewodnim – sytuacja migrantów i uchodźców, nie tylko w Polsce. Wśród panelistów znaleźli się akademicy oraz praktycy, przedstawiciele nauk o zdrowiu, prawa, socjologii, mediów, wśród uczestników – w większości studenci zarządzania. Zaprezentowane materiały oraz dyskusja dotyczyły sytuacji migrantów i uchodźców w różnych krajach, w tym w Polsce, a jednym z poruszanych tematów – obok prawa do edukacji, pracy czy prawa do godnego istnienia – było prawo do ochrony zdrowia. Takie zestawienie praw nie może dziwić, jeżeli pamiętamy, że prawo do zdrowia oraz prawo do ochrony zdrowia są traktowane w literaturze jako prawa człowieka, jak-

kolwiek wymykają się prostym podziałom czy przy-
porządkowaniom [1].

Prawo do ochrony zdrowia wynika zarówno z aktów prawa międzynarodowego, jak i prawa krajowego. Według Powszechnej deklaracji praw człowieka (1948 r.) „każdy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jego i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne, oraz prawo do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w inny sposób od niego niezależny”; ponadto „matka i dziecko mają prawo do specjalnej opieki i pomocy” (tłumaczenie za: <https://www.gov.pl/attachment/af132db5-7064-4b9a-815e-1e30697d0868>). To w preambule tego dokumentu znalazło się odwołanie do „wolności od strachu”. Warto zwrócić uwagę, że w ujęciu

deklaracji ważnym elementem jest zarówno kwestia prawa do opieki medycznej, jak i samych warunków sprzyjających zachowaniu (bądź poprawie) zdrowia. Jest to odzwierciedleniem dyskusji dotyczących samej istoty prawa do zdrowia.

W *Konstytucji WHO* (1946 r.) zapisano: „Korzystanie z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez różnicy rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych lub społecznych”, „Zdrowy rozwój dziecka ma znaczenie podstawowe”, ale też „Uświadomiona opinia i czynna współpraca ze strony ludności mają największe znaczenie dla poprawy zdrowia szerokich mas”. Polska podpisała tę Konstytucję w 1948 r. Z kolei *Europejska konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności* (1950 r.), ratyfikowana przez Polskę w 1993 r., zawiera m.in. zapis o „prawie każdego człowieka do życia” i zakaz poddania nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu. Następny ważny akt prawny to *Międzynarodowy pakt praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych* (1966 r.), zgodnie z którym uznaje się „prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego”, przy czym wykonywanie tego prawa ma obejmować zarówno poprawę warunków wpływających na stan zdrowia, jak i profilaktykę oraz opiekę lekarską na wypadek choroby. W rozważaniach na temat realizacji tego prawa zwraca się uwagę, że opieka ta ma być rzeczywiście dostępna (ekonomicznie i geograficznie) i odpowiednia jakościowo, a zatem między innymi adekwatna kulturowo. W pakcie odnajdziemy też „podstawowe prawo każdego do wolności od głodu”. Ten dokument Polska podpisała w 1977 r.

Co natomiast odnajdujemy na gruncie prawa krajowego? Konstytucja RP z 1997 r. zawiera szereg artykułów odnoszących się bezpośrednio bądź pośrednio do życia i zdrowia. Za najważniejsze dla omawianego tematu należy uznać art. 38: „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”, oraz art. 68:

„1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.

2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.

5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży”.

„Stereotypy to wartościujące uproszczenia, często niezgodne z rzeczywistością, stanowiące podstawę uprzedzeń, czyli negatywnego nastawienia do *innych* – także migrantów”

Komu ma przysługiwać ta ochrona zdrowia? Każdemu. Dopiero drugi ustęp wspomnianego artykułu precyzuje, że równy dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych przysługuje „obywatelom”, przy czym warunki i zakres świadczeń określa ustawa. W ustępie pierwszym jednak jest mowa o „każdym”. Nie ma tu zapisu „obywatelom” czy „ubezpieczonym”. Prawo do ochrony zdrowia przysługuje każdemu. Rzecz jasna nie chodzi o to, by każdy, kto wjedzie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, miał od razu do dyspozycji pełny pakiet dowolnych świadczeń wykonywanych bezpłatnie i natychmiast. W pojęciu „chronienia zdrowia” nie mieści się jednak ani tzw. push back, ani utrudnianie organizacjom humanitarnym dostępu do potrzebujących. Wolność od strachu oznacza zarówno poczucie bezpieczeństwa migrantów i uchodźców, jak i osób udzielających lub chcących udzielić im pomocy, w tym świadczeń zdrowotnych. Jest to ważne z punktu widzenia organizacji pozarządowych i ruchów niezorganizowanych wspierających osoby potrzebujące pomocy.

Przepisy to za mało

Sama podstawa prawna to zbyt mało, by można było mówić o zachowaniu prawa do zdrowia. Prawdopodobnie nigdzie na świecie duże (przy całej względności tego pojęcia) grupy migrantów i uchodźców nie mogą liczyć na pełny dostęp do odpowiedniej jakościowo, w tym kulturowo, opieki zdrowotnej. Świadczy o tym obszerność literatury dotyczącej identyfikacji barier w dostępie do świadczeń bądź w zapewnianiu warunków do osiągnięcia możliwie najlepszego poziomu zdrowia. Poza oczywistym odniesieniem do zasobów i organizacji systemu zdrowotnego zagadnienie to jest powiązane z otoczeniem społecznym migrantów i uchodźców. Jedną z barier są bowiem postawy wobec nich – zarówno władz, jak i społeczeństwa. W literaturze zwraca się uwagę na przejście w ostatnich latach od postawy *refugees welcome* do *migrants unwelcome* [2]. W Polsce brakuje podejmowanych przez władze państwowe inicjatyw proimigracyjnych (by wspomnieć odmowę przyjęcia uchodźców w ramach mechanizmu relokacji), co świadczy o zastosowaniu postawy *migrants unwelcome* od samego początku tzw. kryzysu migracyjnego. Podejście władz centralnych znajduje od-

zwierciedlenie w opinii publicznej: do połowy 2015 r. w Polsce obserwowano pewną obojętność w odniesieniu do uchodźstwa i imigracji, jednak tzw. kryzys migracyjny spowodował gorące dyskusje [3], a po 2015 r. poparcie społeczne dla przyjmowania uchodźców zaczęło w Polsce spadać [4, 5]. Z badań opinii publicznej wynika, że Polacy mają bardzo ograniczoną wiedzę na temat imigracji i są sceptyczni co do możliwych korzyści, które z niej wynikają, a znaczna część społeczeństwa sprzeciwia się też przyjmowaniu osób ubiegających się o ochronę międzynarodową [6, 7]. Oczywiście są również postawy proimigracyjne, a inicjatywy wychodzące naprzeciw przybyłym podejmują niektóre samorządy lokalne. Szczególne zainteresowanie w tej kwestii wykazał Urząd Miejski w Gdańsku, przyjmując w 2016 r. *Model integracji imigrantów* – jest to przykład realizacji zadania zleconego z obszaru administracji rządowej: koordynowanie działań w zakresie integracji cudzoziemców. W modelu podkreślono znaczenie szerokiej współpracy i partnerstwa wielu podmiotów różnorodnych sektorów – publicznego, prywatnego i pozarządowego, oraz różnorodnych dyscyplin i obszarów dla zarządzania procesami integracyjnymi [8]. Również w Lublinie, Poznaniu, Szczecinie i Warszawie uruchomiono po 2015 r. centra wsparcia migrantów i uchodźców.

Postawa społeczeństwa goszczącego wobec przybyszów może powodować wykluczenie, może być jednym z czynników krzyżowo wpływających na sytuację danej osoby. Wypada tu wspomnieć o pojęciu interseksjonalności, oznaczającym właśnie takie nakładanie się niekorzystnych czynników powodujących, że zarówno sytuacja, jak i stan zdrowia danej osoby są gorsze, niż mogłyby być, gdyby nie współdziałanie niekorzystnych determinant. Twórczynią koncepcji interseksjonalności jest Afroamerykanka Kimberlé Crenshaw, której pozycja społeczna, a co za tym idzie – wiele praw były ograniczonych przez kolor skóry i płeć. Różne determinanty mogą wpływać na sytuację migrantów i uchodźców w zależności od konkretnej sytuacji, a idea nakładania się czynników każe nam pamiętać również o potęgowaniu ich współdziałania.

Kim są *frontlinerzy*?

Istotne są też postawy oraz kompetencje przedstawicieli opieki zdrowotnej, w tym *frontlinerów*, mogą one bowiem rzutować na jakość opieki – również na objęcie opieką bądź jej brak, choćby poprzez ryzyko zakłóceń komunikacji interpersonalnej wynikających ze stereotypizacji i uprzedzeń. Stereotypy to wartościujące uproszczenia, często niezgodne z rzeczywistością, stanowiące podstawę uprzedzeń, czyli negatywnego nastawienia do „innych”. Efektem końcowym uprzedzeń może się stać dyskryminacja, czyli traktowanie danej osoby bądź grupy osób w sposób mniej przychylny, niż gdyby należała do grupy ludności lokalnej. O potrzebie nabywania bądź rozwija-

nia umiejętności w zakresie interakcji z osobami o odmiennym dziedzictwie kulturowym mogą świadczyć wyniki badań prowadzonych w ramach projektu MEM-TP (Pakiety szkoleniowe dla profesjonalistów zdrowotnych – poprawa dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych dla migrantów i mniejszości etnicznych, w tym Romów) w 2015 r. Zapewnienie świadczeń odpowiedniej jakości to zagadnienie ważne nie tylko dla personelu medycznego, lecz także dla menedżerów różnego szczebla. Pokazała to między innymi rekrutacja do prowadzonego w 2015 r. szkolenia dotyczącego prawa do świadczeń migrantów i mniejszości. Zainteresowanie tą tematyką było widoczne zarówno wśród przedstawicieli różnych zawodów medycznych, jak i kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi (szkolenia były prowadzone w kilku krajach Europy w ramach projektu MEM-TP).

Nie bez przyczyny w opracowanych w latach 2015–2016 narzędziach oceny przygotowania systemów ochrony zdrowia na zwiększony napływ migrantów i uchodźców w Europie istotne miejsce zajmuje koordynacja działań różnych podmiotów. Zwraca się uwagę na konieczność stosowania wielosektorowego i wielopoziomowego podejścia do organizowania współpracy i zarządzania problemem (*whole-of-government approach*) oraz włączania szerokiego kręgu podmiotów pozarządowych (*whole-of-society approach*). Realizacja prawa do warunków sprzyjających zdrowiu oraz prawa do odpowiedniej jakościowo (w tym kulturowo) opieki zdrowotnej wymaga uwzględnienia zarówno teoretycznej podstawy prawnej, jak i efektów badań z dziedziny socjologii, psychologii, ekonomii i zarządzania.

Anna Szetela i Ewa Kocot z Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Piśmiennictwo

1. Tabaszewski R. Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka, Wydawnictwo KUL 2016.
2. Sigona N. The contested politics of naming in Europe's "refugee crisis". *Ethnic and Racial Studies* 2018; 41: 456-460.
3. Łodziński S. Uchodźcy jako „społeczność podejrzana” (suspected community). Polska opinia publiczna wobec udzielania pomocy uchodźcom w okresie maj 2015 – maj 2017. W: *Uchodźcy w Polsce. Sytuacja prawna, skala napływu i integracja w społeczeństwie polskim oraz rekomendacje*. Górny A, Grzymała-Moszczynska H, Klaus W, Łodziński S (red.). Ekspertyzy Komitetu Badań nad Migracjami PAN 2017.
4. Łukasiewicz K. Refugee protection in the United States and Poland. Comparative perspective on policy shaping and delivery. *Studia Migracyjne – Przegląd Polonijny* 2017; 43: 47-70.
5. Nowicka E, Łodziński S. Odcienie obcości. Wyniki sondażu „Polacy i inni 30 lat później” – analiza porównawcza 1988 – 1998 – 2018. *Kultura i Społeczeństwo*. Komitet Socjologii, Instytut Studiów Politycznych PAN 2020.
6. Special Eurobarometer 469. Integration of Immigrants in the European Union, 2018. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2169> (dostęp: 19.12.2021).
7. BIP RPO. Debata „Sytuacja uchodźców w Polsce. Jak możesz się zaangażować?”, 2020. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/sytuacja-uchodzcow-w-polsce-jak-mozesz-sie-zaangazowac-26-polandrock-festival> (dostęp: 19.12.2021).
8. Model integracji imigrantów, 2016. <https://www.gdansk.pl/urzedmiejski/gdanski-model-integracji-imigrantow-przyjety-przez-radnych,a,56777> (dostęp: 18.12.2021).