

Maria Strzemieczna

**Publiczny system opieki zdrowotnej wobec cudzoziemców:
badania na terenie województwa mazowieckiego**

Public health care system and foreigners: research in the Mazovia
Province

Rozprawa doktorska na stopień doktora
w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki o zdrowiu
przedkładana Radzie Dyscypliny Nauk o Zdrowiu
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Promotor: prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela

Warszawa, 2020

Słowa kluczowe:

migracje, cudzoziemcy, bariery w dostępie do opieki zdrowotnej, zachowania związane z korzystaniem z opieki zdrowotnej, województwo mazowieckie, technika winietowa

Keywords:

migrations, foreigners, barriers to access to medical care, healthcare seeking behaviours, Mazovia Province, vignette technique

Z podziękowaniami dla dr hab. Mikołaja Pawlaka,
bez którego ta praca nigdy by nie powstała.

Pracę wykonano częściowo w ramach Projektu badawczego realizowanego w latach od 2017 do 2018, finansowanego ze środków dotacji statutowej uzyskanej przez Wydział Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów.....	7
Wstęp.....	9
Rozdział 1. Cudzoziemcy jako pacjenci w polskim systemie opieki zdrowotnej – sytuacja demograficzna i prawna.....	15
1.1 Migranci dobrowolni.....	15
1.2 Migranci przymusowi i ochrona międzynarodowa.....	24
1.3 Kobiety ciężarne i dzieci.....	33
1.4 Dostęp do informacji na temat warunków korzystania z opieki medycznej przez cudzoziemców.....	34
1.5 Podsumowanie.....	35
Rozdział 2. Bariera komunikacyjna w opiece nad pacjentami obcokrajowcami.....	36
2.1 Występowanie bariery komunikacyjnej w trakcie udzielania świadczeń medycznych w Polsce.....	36
2.2 Bariera językowa a jakość opieki medycznej.....	37
2.3 Sposoby pokonywania bariery językowej.....	39
2.4 Podsumowanie.....	42
Rozdział 3. Wpływ różnic międzykulturowych na opiekę medyczną.....	44
3.1 Kulturowe uwarunkowania zdrowia i choroby.....	45
3.2 Wpływ czynników kulturowych na proces diagnostyczno- terapeutyczny.....	49
3.3 Kompetencje kulturowe kadry medycznej w Polsce.....	57
3.4 Podsumowanie.....	59
Rozdział 4. Zdrowie migrantów – specyficzne problemy zdrowotne związane z migracją.....	61
4.1 Zdrowie imigrantów na tle zdrowia pozostałej części populacji.....	61
4.2 Endemiczne problemy medyczne.....	63
4.3 Szczepienia ochronne.....	64
4.4 Wpływ doświadczenia migracyjnego na zdrowie.....	65
4.5 Etniczne różnice w terapii.....	68
4.6 Podsumowanie.....	68
Rozdział 5. Analiza dostosowania systemu opieki medycznej w Wielkiej Brytanii do udzielania świadczeń migrantom.....	70
5.1 Zarys sytuacji migracyjnej w Wielkiej Brytanii.....	71
5.2 System opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii – podstawowe informacje.....	72
5.3 Opieka medyczna nad cudzoziemcami w Wielkiej Brytanii.....	74
5.4 Podsumowanie.....	87
Rozdział 6. Założenia, cel i problemy badawcze w badaniach własnych.....	92
Rozdział 7. Metodologia badań własnych.....	97
7.1 Badania ilościowe i jakościowe w naukach społecznych i medycznych.....	97
7.2 Metodologia badań ilościowych prowadzonych wśród studentów ED MUW.....	99
7.3 Metodologia badań winietowych prowadzonych w placówkach w województwie mazowieckim.....	103
Rozdział 8. Wyniki badań ilościowych dotyczących studentów – cudzoziemców.....	117
8.1 Strategie zachowania studentów w sytuacji choroby.....	117
8.2 Ubezpieczenie zdrowotne studentów ED MUW.....	119
8.3 Wiedza studentów ED MUW dotycząca polskiego systemu opieki zdrowotnej.....	121
8.4 Doświadczenia związane z korzystaniem z systemu opieki zdrowotnej w Polsce.....	124

8.5	Bariera językowa.....	125
8.6	Bariery kulturowe i dyskryminacja.....	126
8.7	Oczekiwania studentów dotyczące poprawy dostępu do systemu opieki zdrowotnej 128	
8.8	Podsumowanie wyników badań ilościowych.....	129
Rozdział 9. Wyniki badań winietowych prowadzonych w placówkach w województwie mazowieckim 133		
9.1	Cudzoziemcy jako pacjenci w badanych placówkach.....	133
9.2	Bariera komunikacyjna w trakcie udzielania świadczeń cudzoziemcom – analiza i interpretacja wyników badań winietowych.....	135
9.3	Weryfikacja uprawnień do świadczeń cudzoziemców w badanych placówkach oraz problemy związane z refundacją udzielonych świadczeń.....	165
9.4	Specyficzne problemy medyczne dotyczące cudzoziemców w opinii respondentów 184	
9.5	Bariery kulturowe w trakcie opieki nad pacjentami - cudzoziemcami.....	190
9.6	Dotychczasowe działania dotyczące ułatwienia opieki nad cudzoziemcami.....	200
9.7	Oczekiwania pracowników badanych placówek dotyczące działań mających na celu ułatwienie udzielania świadczeń cudzoziemcom.....	201
9.8	Podsumowanie wyników badań jakościowych.....	204
Rozdział 10. Dyskusja.....		
10.1	Rekomendacje płynące z badań.....	209
Rozdział 11. Wnioski.....		
Streszczenie.....		
Summary.....		
Bibliografia.....		
Spis aktów prawnych.....		
Spis tabel i wykresów.....		
Spis tabel.....		
Spis wykresów.....		
Spis rysunków.....		
Załączniki.....		
Załącznik nr 1. Ankieta wykorzystania w czasie badania dostępu do opieki medycznej studentów wydziału English Division WUM.....		
Załącznik nr 2. Scenariusze winiet wykorzystane w badaniu placówek w województwie mazowieckim.....		
Załącznik nr 3. Scenariusz wywiadu pogłębionego wraz z pytaniami:.....		
Załącznik nr 4. Lista kodów użyta do analizy badań winietowych:.....		
Załącznik nr 5. Informacje o osobach biorących udział w badaniu winietowym.....		

WYKAZ SKRÓTÓW

CBOS - Centrum Badania Opinii Społecznej

CEAS - Common European Asylum System (pl. Wspólny Europejski System Azylowy)

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control (pl. Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób)

EDS – The Equality Delivery System (pl. System Zapewniania Równości)

ED MUW - English Division of the Second Faculty of Medicine at the Medical University of Warsaw (pl. Oddział Nauczania w Języku Angielskim II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego)

EKUZ – Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (= ang. EHIC - The European Health Insurance Card)

EFTA – Europejskie Stowarzyszenia Wolnego Handlu

eWUŚ - Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców

FGM - Female Genital Mutilation (pl. Okaleczanie żeńskich narządów płciowych)

GUS – Główny Urząd Statystyczny

HBV - Hepatitis B Virus (pl. Wirus zapalenia wątroby typu B)

HIV - Human Immunodeficiency Virus (pl. Ludzki wirus niedoboru odporności)

KRUS - Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

NIL – Naczelna Izba Lekarska

NBP – Narodowy Bank Polski

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NHS - National Health Service (pl. Narodowa Służba Zdrowia)

MNiSzW - Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego

MRPiPS - Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

MSWiA - Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji

MSZ - Ministerstwo Spraw Zagranicznych

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development (pl. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju)

ONS – Office for National Statistics (pl. Urząd statystyk krajowych)

PESEL - Powszechny Elektroniczny System Ewidencji Ludności

PKB - Produkt krajowy brutto

POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna

R - (oznaczenie wypowiedzi respondentów w cytatach z wywiadów)

RP – Rzeczpospolita Polska

SOR – Szpitalny Oddział Ratunkowy

SPZOZ – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

UdSC – Urząd do Spraw Cudzoziemców

UE – Unia Europejska

WHO - The World Health Organization (pl. Światowa Organizacja Zdrowia)

WUM – Warszawski Uniwersytet Medyczny

WZW – Wirusowe zapalenie wątroby

VDRL - Venereal Diseases Research Laboratory (pl. mikroskopowy test kłaczkowania - badanie w kierunku kiły)

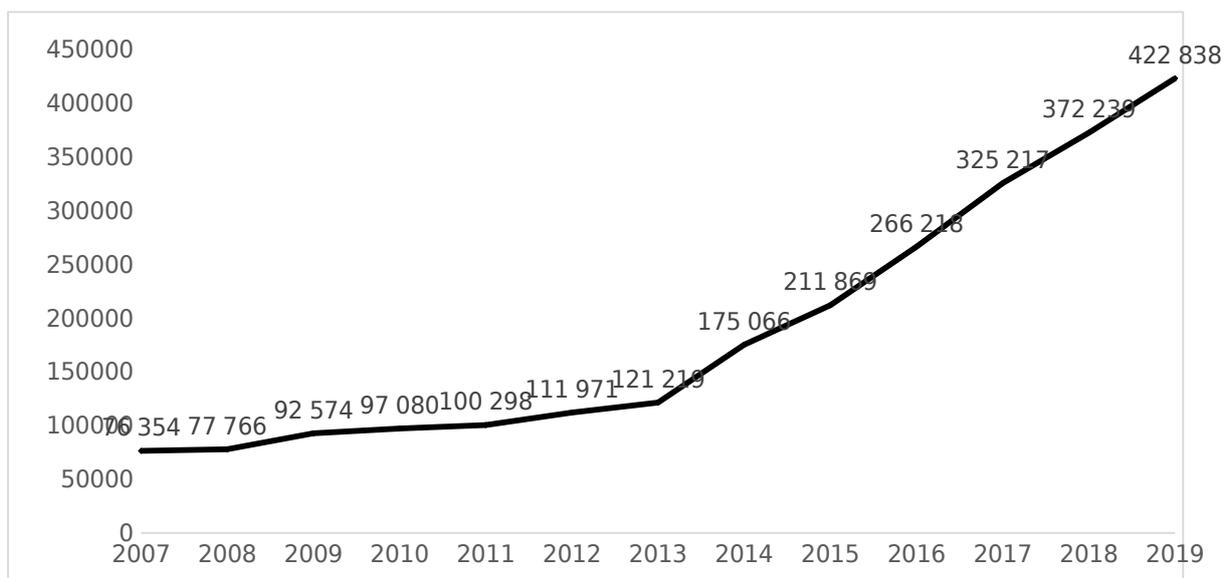
ZOZ - Zakład Opieki Zdrowotnej

ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

WSTĘP

Migracja ludności to jedna z najbardziej charakterystycznych tendencji społecznych ostatniego stulecia. Przemieszczanie się jest łatwiejsze niż kiedykolwiek wcześniej – miliony ludzi na całym świecie zmieniają miejsce zamieszkania z różnych powodów: szukając bezpieczeństwa, możliwości zdobycia wykształcenia czy lepiej płatnej pracy. Coraz więcej osób migruje z powodów osobistych, rodzinnych lub politycznych(1).

Statystyki ostatnich lat pokazują stały wzrost liczby migrantów przebywających na terenie Polski, których szczególnie intensywny napływ można zaobserwować od 2014 roku. Na wykresie poniżej przedstawiono liczbę cudzoziemców posiadających ważne karty pobytu według danych Urzędu do Spraw Cudzoziemców.



Wykres 1. Liczba cudzoziemców posiadających ważne karty pobytu w poszczególnych latach. Liczby te nie uwzględniają cudzoziemców przebywających na podstawie wizy albo w ruchu bezwizowym. Zestawienie własne na podstawie danych UdSC(2)

Należy zauważyć, iż oszacowanie dokładnej liczby cudzoziemców przebywających czasowo i stale w Polsce nie jest możliwe. Nie ma jednego systemu rejestracji obcokrajowców. Liczba wydanych wiz nie oddaje liczby osób rzeczywiście przebywających na terenie Polski na ich podstawie. Z powodu braku kontroli granicznej oraz sposobu rejestracji pobytów, nie można dokładnie śledzić przepływów ludności w obrębie granic Unii Europejskiej. Z oczywistych powodów trudności dostarcza także szacowanie liczby migrantów nieudokumentowanych.

Kolejne problemy rodzi określenie liczby przebywających na terenie Polski osób na podstawie pozwoleń na pobyt krótkoterminowy np. w ramach tzw. procedury uproszczonej, tj. na podstawie oświadczenia o powierzeniu wykonywania pracy cudzoziemcowi. W 2019 roku wydanych zostało ponad 1,6 mln takich oświadczeń, dotyczących ponad 1 mln osób, z czego blisko 90% odnosiło się do obywateli Ukrainy(3). Przytoczone dane nie odpowiadają jednak realnej liczbie imigrantów przebywających w Polsce - często zdarza się, że mimo rejestracji oświadczenia dany pracodawca ostatecznie nie zatrudnia cudzoziemca. Ponadto ze względu na tymczasowy charakter pobytu, liczba migrantów przebywających jednocześnie w Polsce może być znacznie niższa(4).

Jednym ze źródeł informacji dotyczącej liczby migrantów są statystyki ZUS dotyczące osób zgłoszonych do ubezpieczeń emerytalnego i rentowego – czyli Centralny Rejestr Ubezpieczonych. Informacje zebrane w Rejestrze obejmują osoby pracujące legalnie w Polsce. Z danych Rejestru wynika, że w grudniu 2018 r. liczba ubezpieczonych osób nieposiadających obywatelstwa polskiego wyniosła 569,7 tys. - w tym 420,7 tys. osób z obywatelstwem ukraińskim. Stanowi to prawie 9-krotny wzrost w porównaniu z 2008r.(5). Jednocześnie według szacunków Narodowego Banku Polskiego w 2017 r. w Polsce mieszkało średnio około 900 000 Ukraińców(6).

Należy jednocześnie zauważyć, iż powyższe statystyki oraz trendy mogą (choć nie muszą) w najbliższym czasie ulec zmianie. Wybuch epidemii wirusa SARS-CoV-2 oraz związane z zapobieganiem rozprzestrzenianiu się choroby obostrzenia (takie jak ograniczenie ruchu transgranicznego, wprowadzenie obowiązkowej kwarantanny dla podróżujących czy zawieszenie działania niektórych gałęzi gospodarki) z pewnością odbiją się na statystykach dotyczących migracji w 2020 roku. Jednocześnie w momencie kończenia niniejszej pracy nie sposób przewidzieć demograficznych skutków pandemii – dane statystyczne nie są jeszcze dostępne a długofalowe i trwałe skutki zależą będą między innymi od dalszego przebiegu rozprzestrzeniania się wirusa w drugiej połowie 2020 roku oraz konsekwencji społeczno-ekonomicznych obecnej sytuacji dla Polski i innych krajów.

Jednocześnie epidemia wskazuje, jak istotne jest zapewnienie dostępu do skutecznej opieki zdrowotnej wszystkim osobom przebywającym na danym terenie – bez względu na ich pochodzenie czy obywatelstwo. Przy chorobie o takiej zaraźliwości jak COVID-19 nawet

jedna osoba pozbawiona opieki może poważnie wpłynąć na stan zdrowia dziesiątek a nawet setek osób. Sposób funkcjonowania współczesnych społeczeństw nie pozwala na zupełną izolację danego kraju a więc wymaga przygotowania systemów publicznych – w tym systemu opieki zdrowotnej – na wyzwania związane z migracją. Jak pisał w swojej klasycznej książce Benjamin R. Barber *mikroby nie mają paszportów*(7).

Zapewnienie migrantom skutecznej opieki zdrowotnej wymaga przygotowania systemowego oraz odpowiednich kompetencji personelu medycznego. Dotychczasowe analizy wskazują na szereg barier komunikacyjnych, kulturowych i systemowych, które napotykają cudzoziemcy(8–10). Stan przygotowania systemu opieki medycznej do podjęcia tego wyzwania nie był jeszcze kompleksowo badany. Z tego powodu badania przedstawione w niniejszej pracy, mają charakter eksploracyjny.

Celem pracy jest opisanie przygotowania publicznego systemu opieki zdrowotnej na terenie województwa mazowieckiego, do udzielania świadczeń migrantom. W pracy jako publiczny system ochrony zdrowia przyjęto system świadczeń udzielanych na podstawie umowy z NFZ. Ze względu na konieczność wyznaczenia ograniczonego zakresu tematycznego, problemy związane z komercyjnym udzielaniem świadczeń medycznych a także świadczeń udzielanych cudzoziemcom w procedurze przyznania ochrony międzynarodowej, na podstawie umów zawieranych przez UdSC, zostały potraktowane w sposób marginalny jako nienależące do publicznego systemu opieki zdrowotnej.

Województwo mazowieckie wybrano jako region Polski o stosunkowo dużej liczbie cudzoziemców. Według danych UdSC ponad 30% wszystkich wniosków o pobyt składanych w Polsce jest rejestrowanych w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim (dane 2017)¹(12). Również dane innych urzędów takich jak MRPiPS, GUS i ZUS potwierdzają najwyższy udział województwa mazowieckiego w ogólnej liczbie pracujących osób z zagranicy (5,13,14). Zgodnie z danymi dotyczącymi oświadczeń o powierzeniu wykonywania pracy cudzoziemcowi, wpisanych w 2019 r. do ewidencji przez powiatowe urzędy pracy, 19,6% oświadczeń zostało zarejestrowanych w województwie mazowieckim (w dalszej kolejności

1 W 2017 roku 202 tys. cudzoziemców złożyło wnioski dotyczące legalizacji pobytu, z czego najwięcej wniosków wpłynęło do: Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego (62,6 tys.). Kolejnymi urzędami pod względem liczby złożonych wniosków były: Dolnośląski Urząd Wojewódzki (20 tys.), Małopolski Urząd Wojewódzki (18,3 tys.) oraz Wielkopolski Urząd Wojewódzki (17,5 tys.). 85% wszystkich decyzji wydanych przez Urzędy było pozytywnych(11).

11,4% zostało zarejestrowane w województwie dolnośląskim, 10,3% w województwie śląskim a 9,4% w województwie wielkopolskim)(14).

Jednocześnie warto podkreślić, że dynamika wzrostu liczby obcokrajowców składających wnioski w całej Polsce jest wyższa niż w województwie mazowieckim – w związku z tym przewaga tego województwa stopniowo się zmniejsza. Można stwierdzić, iż o ile proces imigracji początkowo koncentrował się na województwie mazowieckim, stopniowo zaczął „rozlewać się” po całym terytorium Polski(4). Dla przykładu poniżej zaprezentowano dane dotyczące liczby zezwoleń wydawanych na pracę cudzoziemców w Polsce w ostatnich latach. Podczas gdy w 2015 r. prawie połowa zezwoleń wydawanych w Polsce była wydawana w województwie mazowieckim, w 2019 r. było to już mniej niż co piąte zezwolenie.

Rok	2015	2016	2017	2018	2019
Woj. mazowieckie	32 502	48 126	75 271	79 670	86 348
Polska razem	65 786	127 394	235 626	328 768	444 738
Procentowy udział woj. mazowieckiego w liczbie pozwoleń wydawanych w Polsce	49%	38%	32%	24%	19%

Tabela 1. Liczba zezwoleń na pracę cudzoziemców wydanych w latach 2015-2019 w Polsce i woj. mazowieckim. Zestawienie własne wg danych GUS(13)

Niniejsza praca składa się z części poglądowej i części prezentującej wyniki badań własnych. Część poglądową otwiera rozdział przedstawiający prawne uwarunkowania dostępu cudzoziemców do opieki medycznej w Polsce. W kolejnych rozdziałach przedstawiono przegląd literatury dotyczący różnic kulturowych w opiece medycznej, bariery komunikacyjnej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych cudzoziemcom oraz specyficznych problemów medycznych związanych z sytuacją imigrantów. Część poglądową kończy analiza, przygotowana na podstawie źródeł zastanych, dotycząca rozwiązań przyjętych w Wielkiej Brytanii w celu przystosowania systemu ochrony zdrowia do opieki nad osobami niebędącymi obywatelami brytyjskimi. Celem tego rozdziału jest prezentacja możliwych do wdrożenia przykładowych rozwiązań dotyczących opieki zdrowotnej nad cudzoziemcami.

Druga część pracy prezentuje badania własne. Na początku przedstawiono cele i założenia badań oraz metodologię wykorzystaną do ich przeprowadzenia. W ramach pracy przeprowadzono dwa odrębne badania – jedno eksplorujące sytuację pacjentów-cudzoziemców, a drugie skupiające się na perspektywie pracowników zakładów opieki

zdrowotnej. Umożliwiło to zestawienie dwóch perspektyw – świadczeniodawców i świadczeniobiorców opieki. Dodatkowo badania były prowadzone w ramach dwóch podejść metodologicznych – ilościowego i jakościowego. Takie połączenie dwóch badań pozwoliło na całościowe ujęcie problemu będącego przedmiotem niniejszej pracy. Połączenie dwóch rodzajów badań umożliwiło także zastosowanie strategii triangulacji, a więc zestawienia i porównania rezultatów uzyskanych różnymi metodami badawczymi, co przekłada się na wiarygodność uzyskanych wyników(15).

Pierwszy rozdział prezentujący wyniki zawiera opis badań własnych dotyczących dostępu do opieki medycznej specyficznej grupy cudzoziemców, jaką są studenci oddziału nauczania w języku angielskim WUM. Przeprowadzenie badań w grupie migrantów uprzywilejowanych w zakresie dostępu do opieki medycznej, pozwala na założenie, że inne grupy cudzoziemców mierzą się z co najmniej porównywalnymi – jeśli nie większymi – barierami. Badania opisane w tym rozdziale wykonano w ramach projektu badawczego, finansowanego ze środków dotacji celowej MNiSzW.

Główną część pracy stanowi przedstawienie badań jakościowych o eksploracyjnym charakterze, prowadzonych w placówkach w województwie mazowieckim. Celem tych badań było opisanie problemów pojawiających się w związku z udzielaniem świadczeń obcokrajowcom oraz sposobów ich pokonywania.

Całość pracy zamyka podsumowanie składające się z dyskusji, skupiającej się wokół rekomendacji działań, które ułatwiłyby udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej cudzoziemcom, oraz wniosków.

Niniejsza praca wpisuje się w dyscyplinę nauk o zdrowiu, podejmując zagadnienia związane z przedmiotem zainteresowania zdrowia publicznego takie jak: organizacja opieki zdrowotnej dla wybranej grupy pacjentów, specyficzne potrzeby i bariery w dostępie do zdrowia, prowadzenie skutecznej polityki zdrowotnej wobec wybranej części populacji. Jednocześnie w celu przedstawienia jak najpełniejszego kontekstu poruszanych problemów, pracę cechuje podejście interdyscyplinarne - odwołuje się ona także do dorobku nauk społecznych. Szczególne inspiracje zaczerpnięto z socjologii oraz antropologii – zwłaszcza w zakresie metod i technik badań. Główne badania opisane w ramach pracy są prowadzone metodą jakościową, która jest często wykorzystywana w naukach społecznych. Ważną inspiracją do

poruszanych w pracy kwestii były badania prowadzone w ramach socjologii medycyny oraz dorobek międzydyscyplinarnego obszaru badań, jakimi są studia nad migracjami.

ROZDZIAŁ 1. CUDZOZIEMCY JAKO PACJENCI W POLSKIM SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ - SYTUACJA DEMOGRAFICZNA I PRAWNA²

Zasady dostępu do systemu opieki zdrowotnej w przypadku cudzoziemców, są warunkowane przede wszystkim podstawami prawnymi dotyczącymi przebywania na terenie Polski. Pod tym względem populację cudzoziemców można podzielić na dwie główne grupy – migrantów dobrowolnych oraz przymusowych (czyli osoby które ubiegają się lub otrzymały status ochrony międzynarodowej). Grupy te charakteryzują się odmiennymi warunkami udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

W niniejszym rozdziale przedstawione zostały ramy prawne dotyczące pobytu i leczenia różnych grup cudzoziemców, przebywających na terenie Polski. Opisano najważniejsze akty prawne regulujące kwestie warunków udzielania świadczeń. Szczególnie skupiono się na aspektach różniących opiekę zdrowotną nad migrantami od tej, obejmującej pozostałą część populacji. Informacje te zostały zestawione z danymi dotyczącymi liczby i obywatelstwa cudzoziemców przebywających w Polsce, celem zobrazowania obecnej skali zjawiska migracji oraz populacji obejmowanej opieką medyczną na podstawie poszczególnych uwarunkowań. Dane przedstawione w niniejszym rozdziale zostały oparte przede wszystkim na oficjalnych statystykach instytucji publicznych. Na końcu rozdziału przedstawione zostały wyniki nielicznych przeprowadzonych w Polsce badań dotyczących dostępu do informacji na temat zasad udzielania świadczeń cudzoziemcom.

1.1 Migranci dobrowolni

Zdecydowanie największą grupą cudzoziemców przebywających w Polsce są migranci dobrowolni – osoby, które przyjechały na teren naszego kraju w celu podjęcia pracy (w poszukiwaniu lepszego zatrudnienia lub w związku z oddelegowaniem w ramach kontraktu w innym kraju), nauki czy działalności badawczej. Część migrantów przebywa w Polsce także ze względów prywatnych – są to na przykład małżonkowie obywateli Polski.

² Fragmenty niniejszego rozdziału opublikowane zostały w artykule: Strzemieczna, M. i Imiela, J., 2017. Cudzoziemcy jako pacjenci w polskim systemie opieki zdrowotnej - sytuacja prawna. *Polityka Społeczna*, (11-12), s.17-23.

Sytuacja dotycząca prawa do dostępu do opieki zdrowotnej migrantów dobrowolnych zależy od kraju, z którego pochodzą oraz ich statusu prawnego w Polsce.

1.1.1 Migranci z krajów UE oraz EFTA

Przeptyw obywateli krajów strefy Schengen nie jest kontrolowany i trudno ocenić ilu obywateli innych krajów UE znajduje się czasowo na terenie Polski. UdSC prowadzi statystykę dotyczącą liczb wydanych kart praw pobytu dla obywateli UE i członków ich rodzin. Rejestracja pobytu jest obowiązkowa dla tych obywateli UE, którzy przebywają w Polsce dłużej niż 3 miesiące (lub 6 miesięcy – w przypadku aktywnego poszukiwania pracy). Po 5 latach pobytu w Polsce mają oni prawo do pobytu stałego. Te same zasady dotyczą członka rodziny obywatela UE. W praktyce, z powodu braku kontroli paszportowej na granicach wewnętrznych obszaru Schengen, często trudno określić czas przebywania cudzoziemca na terenie Polski.

Rodzaj zezwolenia	Liczba
Pobyt stały obywatela UE	73921
Zarejestrowanie pobytu obywatela UE	8457
Pobyt członka rodziny obywatela UE	89
Pobyt stały członka rodziny obywatela UE	1039
Razem	83506

Tabela 2. Liczba obywateli UE i ich rodzin, którzy posiadają ważne dokumenty potwierdzające prawo pobytu na terytorium RP w 2019. Zestawienie własne na podstawie danych UdSC(2)

Obywatele UE oraz EFTA (czyli spoza UE: Islandia, Lichtenstein, Norwegia i Szwajcaria) oraz ich rodziny mogą korzystać z polskiego systemu opieki zdrowotnej dzięki ubezpieczeniu w swoim kraju pochodzenia w ramach unijnej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego³ lub opieki zdrowotnej udzielonej zgodnie z postanowieniami dyrektywy transgranicznej⁴. Podstawą udzielenia świadczeń jest Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), którą pacjent powinien okazać w momencie przyjęcia do zakładu opieki zdrowotnej. Koszty udzielenia świadczenia są rozliczane przez NFZ.

3 Podstawa prawna: Rozporządzenie PE i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego; Rozporządzenie PE i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego; Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.)

4 Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.U.UE L z dnia 4 kwietnia 2011 r.)

W przypadku pacjentów legitymujących się EKUZ, placówka ma obowiązek udzielić świadczeń niezbędnych do tego aby cudzoziemiec nie musiał z powodu choroby wracać do swojego kraju pochodzenia – z uwzględnieniem charakteru schorzenia i planowanego czasu pobytu w Polsce. Zakres udzielania świadczeń odpowiada świadczeniom gwarantowanym finansowanym ze środków publicznych (a nie w zakresie jaki jest obowiązujący w państwie, w którym cudzoziemiec został ubezpieczony). Dotyczy to także prawa do refundacji leków, środków pomocniczych i leczenia stomatologicznego⁵. W przypadku, gdy pacjent nie posiada EKUZ istnieje możliwość wyrobienia Certyfikatu Tymczasowo Zastępującego EKUZ dla danego pacjenta. Taki Certyfikat otrzymuje się od instytucji ubezpieczającej cudzoziemca w jego kraju pochodzenia i umożliwia on później refundacje poniesionych kosztów.

W przypadku braku EKUZ lub Certyfikatu, kosztami przeprowadzonego leczenia zostaje obciążony pacjent, poprzez wystawianie rachunku za udzielone świadczenia. Problem braku ubezpieczenia (lub możliwości jego potwierdzenia) dotyczy m.in. obywateli Rumunii pochodzenia romskiego, w tym populacji mieszkającej w prowizorycznych osiedlach na terenie Wrocławia, której sytuację opisało w swoim raporcie Stowarzyszenie Nomada(16). Mimo wielomiesięcznego przebywania na terenie Polski nie rejestrują oni swojego pobytu oraz nie korzystają z pomocy socjalnej. W większości nie mają także ubezpieczenia zdrowotnego. Ci z nich, którzy być może są ubezpieczeni w Rumunii, musieliby się tam udać w celu osobistego potwierdzenia prawa do świadczeń.

Należy dodać, że obywatele UE mogą zostać także objęci ubezpieczeniem w ramach NFZ np. dzięki składkom płaconym z tytułu stosunku pracy lub ubezpieczenia dobrowolnego.

1.1.2 Migranci z państw trzecich

Obywatele państw trzecich to zbiorcza nazwa obywateli państw nienależących do UE. Ich liczba prezentowana jest w poniższej tabeli.

Obywatelstwo	Pobyt stały	Pobyt rezydenta długoterminowego UE	Pobyt czasowy	Pobyt członka rodziny obywatela UE	Pobyt stały członka rodziny obywatela UE	Razem
Ukraina	39 440	5 122	168 932	28	260	213 782

⁵ Więcej informacji na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechne-ubezpieczenie-zdrowotne/finansowanie-leczenia-cudzoziemcow-w-polsce/> (dostęp 26/05/2017)

Białoruś	17 828	621	6 920	8	41	25 418
Wietnam	2 530	2 644	6 630	0	15	11 819
Rosja	4 357	657	5 281	14	114	10 423
Indie	585	575	8 788	0	25	9 973
Chiny	821	1 272	6 325	1	48	8 467
Gruzja	214	60	5 095	0	2	5 371
Turcja	755	612	3 238	0	36	4 641
Armenia	899	587	1 686	1	7	3 180
Stany Zjednoczone Ameryki	825	143	1 445	5	62	2 480
Mołdawia	325	71	1 999	3	37	2 435
Nepal	68	256	2 030	0	1	2 355
Pozostałe (poniżej 2000 obywateli)	9 702	1 528	23 207	29	391	34 857
Razem	78 349	14 148	241 576	89	1 039	335 201

Tabela 3. Liczba obywateli państw trzecich, którzy posiadają ważne dokumenty potwierdzające prawo pobytu na terytorium RP – bez osób w ochronie międzynarodowej oraz osób posiadających wizy. Zestawienie własne na podstawie danych Urzędu do Spraw Cudzoziemców (stan na 1.01.2020 r.)(2)

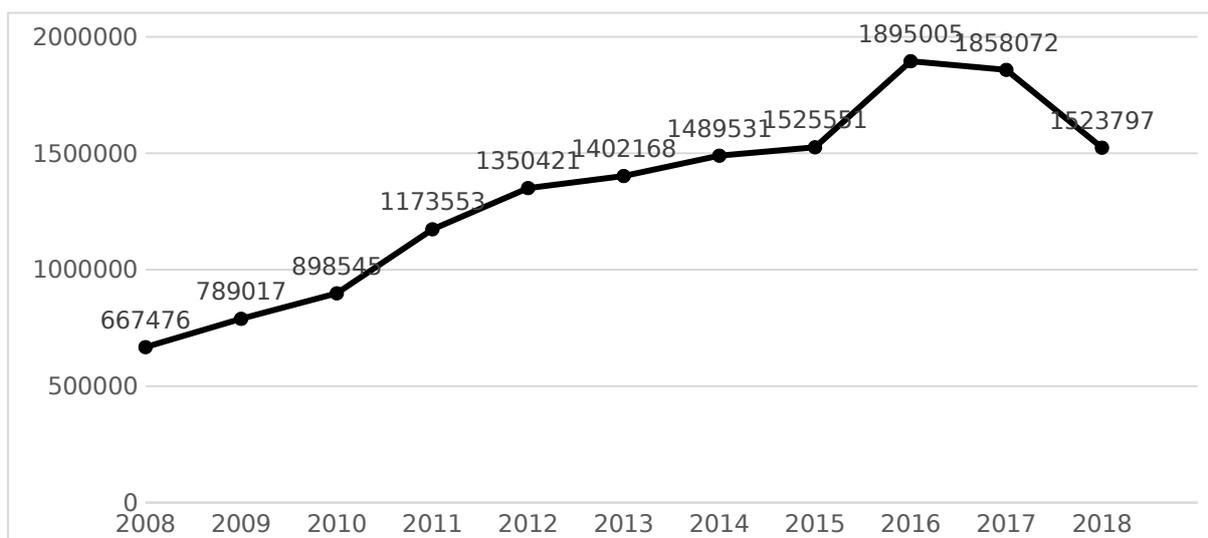
Prócz wyżej wymienionych cudzoziemców posiadających zezwolenie na pobyt w Polsce, na terenie kraju przebywają także obcokrajowcy na podstawie wiz wystawionych przez konsulaty.

Warto jednocześnie zaznaczyć, iż na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego z dnia 17 maja 2017 r. ⁶, od 11 czerwca 2017 r. obywatele Ukrainy posiadający paszporty biometryczne nie potrzebują wiz w trakcie krótkoterminowych pobytów⁷ w krajach UE w celach turystycznych, rodzinnych i biznesowych.

W ciągu ostatnich 10 lat liczba wiz wydanych przez polskie urzędy konsularne wzrosła o prawie 130%. Szczegółowe informacje dotyczące liczby wiz wydanych w latach 2008-2018 przedstawione zostały na wykresie poniżej.

⁶ Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2017/850 z dnia 17 maja 2017 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 539/2001 wymieniające państwa trzecie, których obywatele muszą posiadać wizy podczas przekraczania granic zewnętrznych, oraz te, których obywatele są zwolnieni z tego wymogu.

⁷ Zgodnie z ww. rezolucją obywatele Ukrainy mogą przebywać na terenie UE bez wizy przez maksymalnie 90 dni w okresie 180 dni.



Wykres 2. Liczba wiz (krajowych i Schengen) wydanych przez polskie urzędy konsularne w poszczególnych latach. Zestawienie własne na podstawie Raportów Polskiej Służby Konsularnej oraz danych przekazanych przez MSZ(17). Od 2017 roku można zauważyć spadek wydawanych wiz, co ma związek ze zniesieniem w czerwcu 2017 r. obowiązku posiadania wizej przez obywateli Ukrainy podróżujących do UE w określonych przypadkach.

W 2017 roku polskie placówki zagraniczne wystawiły 1 858 072 wiz (Schengen i krajowych). Znaczna część wiz była wydawana w celu pracy (29%) lub prowadzenia działalności gospodarczej w Polsce (15%), inne dotyczą celu turystycznego (11%) oraz działalności kulturalnej i odwiedzin (po 8%). (dane 2015). Największa część wiz została udzielona obywatelom Ukrainy (1 184 203 w 2017 roku⁸).

Taka liczba wydanych wiz nie jest równoznaczna z tym, że do Polski rzeczywiście przyjechało w 2017 roku prawie 2 miliony cudzoziemców – wydanie wizej nie oznacza, że ostatecznie obcokrajowiec z niej skorzystał i przyjechał do naszego kraju. Ponadto jedna osoba może aplikować o kilka krótkoterminowych wiz w ciągu jednego roku. Z tego powodu trudno jest oszacować dokładną liczbę obywateli państw trzecich, którzy przebywali w naszym kraju na podstawie tych dokumentów. Według szacunków NBP w 2017 r. jednorazowo na terenie kraju przebywało około 1 miliona pracowników z zagranicy w tym około 87% stanowili obywatele Ukrainy(6).

W związku z brakiem pełnych, oficjalnych danych dotyczących liczby cudzoziemców przebywających na terenie Polski, warto zwrócić uwagę na alternatywne sposoby szacowania rozmiaru migracji – jak na przykład informacje uzyskane na podstawie analizy danych

⁸ Informacja udzielona przez Biuro Rzecznika Prasowego Ministerstwa Spraw Zagranicznych (4.02.3019)

ze smartfonów. Takie badania prowadzone były przez firmę Selectivv, która analizowała informacje dotyczące liczby użytkowników którzy posługują się kartami SIM polskich operatorów mając jednocześnie ustawiony język ukraiński lub rosyjski oraz choć raz w roku logując się w ukraińskiej sieci telekomunikacyjnej. Według szacunków analityków firmy Selectivv w styczniu 2019 roku działało ponad 1,27 mln urządzeń spełniających te kryteria(18).

Zgodnie z zasadami dotyczącymi wydawania wiz do strefy Schengen, obywatele krajów trzecich przyjeżdżających do Polski na podstawie wize⁹, powinni posiadać ubezpieczenie podróżne wykupione na czas pobytu. Dokument potwierdzający polisę powinni okazać w momencie udzielania świadczeń.

Zarówno osoby przebywające w strefie Schengen na podstawie wize, jak i obywatele krajów trzecich uprawnieni do przebywania na terenie UE na podstawie ruchu bezwizowego muszą mieć wykupione podróże ubezpieczenia medyczne na czas trwania pobytu w Polsce. Jak wskazują badania prowadzone przez Alexandrę Levitas wśród Ukrainek pracujących w Polsce, cudzoziemcy często traktują wykupienie ubezpieczenia jedynie jako formalny wymóg, który nie przekłada się na rzeczywistą możliwość skorzystania z bezpłatnej pomocy medycznej(19).

Osoby pracujące legalnie w Polsce, podobnie jak Polacy, są objęte obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, na które składki ma obowiązek odprowadzać pracodawca. Cudzoziemiec ma również obowiązek zgłosić członków swojej rodziny, którzy nie są objęci ubezpieczeniem z innego tytułu – mogą tak być ubezpieczeni małżonkowie i dzieci migrantów. Obcokrajowcy mogą korzystać również ze świadczeń pomocy społecznej – także w zakresie zasiłku celowego na świadczenia zdrowotne. Kryteria przyznawania tej pomocy są takie same jak dla obywateli RP(20).

Wreszcie osoba legalnie przebywająca w Polsce, która nie posiada ubezpieczenia może ubezpieczyć się dobrowolnie w NFZ. Składka ubezpieczenia dobrowolnego we wrześniu 2019 r. wynosiła 462,83 zł za każdy miesiąc¹⁰. Ponadto część cudzoziemców obowiązują zmniejszona stawka wynosząca 55,80 zł (studentów, osoby duchowne, osoby odbywające staż

⁹ Obywatele niektórych krajów trzecich są zwolnieni z obowiązku posiadania wize do strefy Schengen. Patrz: Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2018/1806 z dnia 14 listopada 2018 r. wymieniające państwa trzecie, których obywatele muszą posiadać wize podczas przekraczania granic zewnętrznych, oraz te, których obywatele są zwolnieni z tego wymogu

adaptacyjny albo kurs języka polskiego albo kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim) (21).

Być może stosunkowo wysoki koszt składek wpływa na niewielkie zainteresowanie ubezpieczeniami dobrowolnymi. Zgodnie z informacjami z Oddziału Wojewódzkiego NFZ od 1 stycznia 2017 r. do 14 marca 2019 r. w województwie mazowieckim zawarto jedynie 1817 umów dotyczących dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego dla cudzoziemców¹¹. Warto też zauważyć, że informacje na temat dobrowolnego ubezpieczenia na stronie NFZ jak również dokumenty związane z ubezpieczeniem (wiosek, umowa) dostępne są jedynie w języku polskim¹².

Poza wymienionymi powyżej warunkami dotyczącymi ubezpieczenia, pewne grupy cudzoziemców mogą korzystać z bezpłatnej pomocy w stanach nagłych. Dotyczy to osób posiadających Kartę Polaka (na podstawie Ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka¹³), a także obywateli Albanii, Bośni i Hercegowiny, Czarnogóry, Federacji Rosyjskiej, Republiki Macedonii, Serbii oraz Tunezji, przebywających w Polsce legalnie (dzięki dwustronnym porozumieniom koszt ich leczenia pokrywa Ministerstwo Zdrowia(22)).

1.1.3 Migranci nieudokumentowani oraz nieubezpieczeni

Migranci nieudokumentowani to osoby, które przekroczyły nielegalnie granicę Polski i nie zalegalizowały później swojego pobytu; osoby, które przebywają na terenie naszego kraju po upływie terminu ważności odpowiednich dokumentów oraz osoby, które nie zastosowały się do nakazu opuszczenia terytorium Polski po tym jak odmówiono im udzielenia legalizacji pobytu. W większości przypadków są to osoby, które przekroczyły granicę kraju zgodnie z prawem, ale z różnych przyczyn legalność ich pobytu ustała. Z samej natury zjawiska trudno ocenić ile takich osób przebywa obecnie na terenie kraju. Dostępne dane dotyczą jedynie osób, zatrzymanych lub ujawnionych przez Straż Graniczną. W 2018 roku było to ponad 20 tys. osób(23). Migranci nieudokumentowani nie mają możliwości ubezpieczenia w NFZ.

10 Wysokość składki jest obliczana na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, włącznie z wypłatami z zysku, które w drugim kwartale 2019 r. wyniosło 5142,59 zł.

11 Informacja udzielona przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ dnia 22 marca 2019 r.

12 Informacja udzielona przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ dnia 3 października 2019 r. Informacja o ubezpieczeniu dobrowolnym znajduje się na stronie: <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/zalatw-sprawe-krok-po-kroku/jak-ubezpieczyc-sie-dobrowolnie/>

13 Ustawa z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. z 2019 r. poz. 1598)

Jak wskazują raporty organizacji pozarządowych migranci nieudokumentowani znajdują się w bardzo złej sytuacji jeśli chodzi o opiekę zdrowotną – gorszej niż nieubezpieczeni obywatele polscy(24). Osoby nieposiadające legalnego prawa pobytu w Polsce nie mają możliwości skorzystania z bezpłatnej opieki medycznej. Wyjątkiem jest:

- pomoc udzielana w sytuacji zagrożenia życia przez wyjazdowe zespoły pogotowia ratunkowego,
- leczenie chorych psychicznie i osób z niepełnosprawnością umysłową,
- leczenie uzależnionych od alkoholu i narkotyków,
- leczenie wybranych chorób zakaźnych objętych obowiązkowym leczeniem¹⁴,
- świadczenia wobec osób przebywających w zakładach karnych, aresztach i strzeżonych ośrodkach.

Pomoc udzielana przez zespoły ratownictwa jest finansowana z budżetu województwa na podstawie Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁵.

Problem stanowi refundacja świadczeń szpitalnych udzielanych nieudokumentowanym i innym nieubezpieczonym cudzoziemcom w stanach nagłych. Zarówno zakłady lecznicze i pracownicy opieki medycznej są ustawowo zobligowani do udzielenia pomocy medycznej każdej osobie w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia^{16,17}). Jednak w tych przypadkach problemem pozostaje określenie, kto pokryje koszt udzielonych świadczeń. Gdy niemożliwe jest pokrycie kosztów interwencji medycznej przez migranta, wydatki związane z tymi świadczeniami obciążają zakład opieki zdrowotnej. Warto pamiętać, że mogą być to znaczące sumy – jak w przypadku konieczności skomplikowanych zabiegów chirurgicznych, długotrwałej intensywnej terapii albo wielomiesięcznych drogich procedur medycznych¹⁸.

Problem okazał się na tyle poważny, że kwestią braku możliwości uzyskania zwrotu kosztów leczenia nieubezpieczanych cudzoziemców zajęła się Naczelna Izba Lekarska. Dnia

14 Dotyczy to m.in. świadczeń opieki zdrowotnej (np. leków, kosztów hospitalizacji) i badań sanitarno-epidemiologicznych (np. testów), które są związane ze zwalczaniem COVID-19, na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 19 czerwca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. poz. 1066)

15 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882)

16 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 z późn. zm.)

17 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn.zm.)

18 Na przykład w raporcie „Poza systemem” autorzy opisują przypadek nieudokumentowanego cudzoziemca, poddawanego przez wiele miesięcy dializom, których koszty w całości obciążały budżet szpitala(24).

10 sierpnia 2018 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wystosowało apel do Ministra Zdrowia, Ministra Spraw Zagranicznych oraz Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji o podjęcie działań ograniczających zadłużanie się polskich placówek ochrony zdrowia w związku z udzielaniem koniecznej pomocy medycznej cudzoziemcom. W apelu zaproponowano m.in. utworzenie funduszu gwarancyjnego na pokrycie kosztów związanych z udzielaniem świadczeń migrantom w sytuacji, gdy podmiot leczniczy nie ma możliwości ich uzyskania oraz wprowadzenie kontroli posiadania ubezpieczenia zdrowotnego przez obcokrajowców przebywających na terenie Polski(25). Ponadto NIL przeprowadziła analizę, w ramach której wystosowała prośbę do placówek medycznych udzielających świadczeń w warunkach szpitalnych o oszacowanie strat, jakie poniosły w okresie od stycznia 2017 do czerwca 2018 z tytułu niezrefundowanych świadczeń udzielonych obcokrajowcom. Udało się zebrać dane od 140 świadczeniodawców z terenu Polski, którzy łącznie zadeklarowali straty ponad 11,5 mln zł w okresie półtora roku objętego analizą. Z tego placówki w województwie mazowieckim (40 świadczeniodawców) zadeklarowały straty wynoszące 5,79 mln zł¹⁹. Według szacunków NIL na podstawie zebranych danych można stwierdzić, że rocznie w całej Polsce straty wynikające z udzielania świadczeń nieubezpieczanych migrantom wynoszą ponad 25 mln zł(26).²⁰

Brak gwarancji uzyskania zwrotu kosztów świadczeń może prowadzić do niechętnego udzielania świadczeń osobom bez ubezpieczenia lub skracania czasu hospitalizacji takich pacjentów z przyczyn ekonomicznych a nie medycznych(27). Na takie ryzyko wskazują wyniki badań prowadzonych przez Alexandrę Levitas wśród Ukrainek pracujących w Polsce, wskazujące na problem z wezwaniem karetki pogotowia w sytuacji, gdy dyspozytor ma wątpliwości dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego(19).

Należy podkreślić, że umożliwienie powszechnego dostępu wszystkim osobom przebywającym na terenie kraju do opieki zdrowotnej ma znaczenie nie tylko humanitarne, ale również jest korzystne ze względów ekonomicznych i epidemiologicznych(8,28–30). Systemowe bariery

¹⁹ Dane przekazane przez NIL dnia 20 września 2019 r.

²⁰Warto dodać, iż kwestia ponoszenia przez świadczeniodawcę kosztów udzielania pomocy osobom nieubezpieczonym była także kilkakrotnie przedmiotem wyroku Sądu Najwyższego, który w wyroku z 8 sierpnia 2007 roku, (sygn. akt CSK 125/07) uznał że obowiązek udzielenia pomocy medycznej osobom w stanie zagrożenia życia i zdrowia jest objęty skutkami umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych zawartych przez zakład opieki zdrowotnej z kasą chorych i obciążenie zakładu opieki zdrowotnej kosztami realizacji tego obowiązku jest bezzasadne. Równocześnie orzeczenie Sądu Najwyższego zapadło na podstawie nieobowiązującej już ustawy(24).

w dostępie do lekarzy sprawiają, że migranci później podejmują leczenie lub wybierają medycynę ratunkową, co zwiększa koszty ich późniejszej terapii(31).

1.2 Migranci przymusowi i ochrona międzynarodowa

Migranci przymusowi to osoby, które z powodów niezależnych od swojej woli musiały opuścić kraj swojego wcześniejszego pobytu i nie mogą do niego powrócić. Osoby te mogą ubiegać się w Polsce o ochronę międzynarodową. Obowiązek jej udzielenia wynika z umów międzynarodowych i ustaw krajowych. Dnia 20 grudnia 1991 Polska ratyfikowała konwencję dotyczącą statusu uchodźców, sporządzona w Genewie dnia 28 lipca 1951 r.²¹, Ponadto w związku z przynależnością do CEAS obowiązują odpowiednie dyrektywy i rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady, określające ujednoczone zasady dotyczące udzielania ochrony międzynarodowej²². Podstawowym wydanym w Polsce aktem prawnym regulującym kwestie związane z ochroną międzynarodową jest Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej²³. Zgodnie z procedurą opisaną w art. 24 ww. ustawy, wniosek o ochronę międzynarodową cudzoziemiec składa w oddziale lub placówce Straży Granicznej. Następnie jest on rozpatrywany przez UdSC.

1.2.1 Osoby w procedurze przyznania ochrony międzynarodowej

W 2018 roku złożono 4 135 wniosków o ochronę międzynarodową. Zdecydowana większość z osób ubiegających się o nadanie statusu to osoby pochodzące z krajów byłego ZSRR. Wśród osób z obywatelstwem rosyjskim przeważają osoby o narodowości czecheńskiej.

Obywatelstwo	Liczba kobiet	Liczba mężczyzn	Ogółem	% w ogółem
ROSJA	1 327	1 287	2 614	63,82

21 Konwencja dotycząca statusu uchodźców, sporządzona w Genewie dnia 28 lipca 1951 r. Dz.U. 1991 nr 119 poz. 515

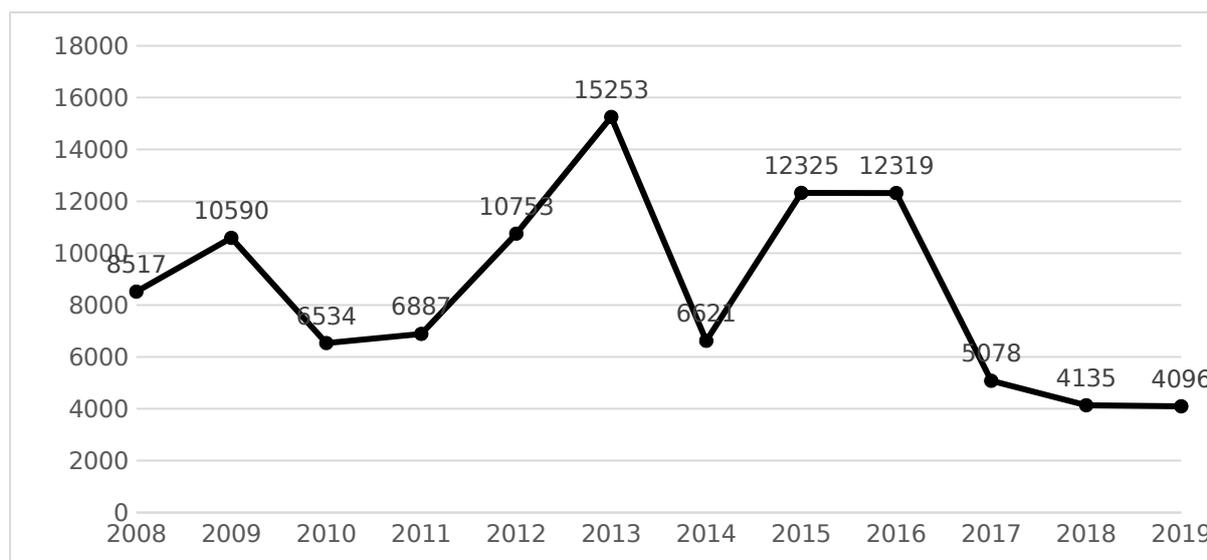
22 Min.: Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/32/UE z dnia 26 czerwca 2013 r. w sprawie wspólnych procedur udzielania i cofania ochrony międzynarodowej; Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/33/UE z dnia 26 czerwca 2013 r. w sprawie ustanowienia norm dotyczących przyjmowania wnioskodawców ubiegających się o ochronę międzynarodową; Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 604/2013 z dnia 26 czerwca 2013 r. w sprawie ustanowienia kryteriów i mechanizmów ustalania państwa członkowskiego odpowiedzialnego za rozpatrzenie wniosku o udzielenie ochrony międzynarodowej złożonego w jednym z państw członkowskich przez obywatela państwa trzeciego lub bezpaństwowca.

23 Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1666 z późn. zm.)

UKRAINA	179	255	434	10,60
TURCJA	48	75	123	3,00
TADŻYKISTAN	51	62	113	2,76
GRUZJA	27	59	86	2,10
AFGANISTAN	1	61	62	1,51
IRAN	7	45	52	1,27
ARMENIA	18	28	46	1,12
KIRGISTAN	22	24	46	1,12
BIAŁORUŚ	10	27	37	0,90
Pozostałe kraje	132	351	483	11,79
Suma	1 822	2 274	4 096	100

Tabela 4. Osoby ubiegające się o ochronę międzynarodową w 2019 roku (zestawienie własne na podstawie danych UdSC. Raporty okresowe. Zestawienia roczne(2))

Należy zwrócić uwagę, że liczba złożonych wniosków jest najniższa od dekady. Zostawienie dotyczące liczby składanych wniosków o ochronę międzynarodową w ciągu ostatnich lat zostało przedstawione na wykresie poniżej.



Wykres 3. Liczba osób, które złożyły wniosek o udzielenie ochrony międzynarodowej w RP w poszczególnych latach. Zestawienie własne na podstawie danych UdSC(2)

Średni okres trwania postępowania w sprawie przyznania ochrony międzynarodowej (bez ewentualnego procesu odwoławczego) w 2015 roku wynosił 161 dni (5 miesięcy i 8 dni). Cudzoziemiec może spędzić ten czas w jednym z ośrodków otwartych lub poza ośrodkiem – może poruszać się swobodnie, nie wolno mu jedynie opuścić terenu kraju. Według danych UdSC około 2/3 osób w procedurze uchodźczej mieszka poza ośrodkami (stan na 2015 rok) (32).

W Polsce znajduje się obecnie 11 ośrodków dla cudzoziemców, z tego trzy na terenie województwa mazowieckiego:

- Dębak - Ośrodek Recepcyjny Podkowa Leśna;
- Linin (koło Góry Kalwaria);
- Warszawa – Targówek (ośrodek dla samotnych kobiet – uchodźczyń i ich dzieci).

Dwa ośrodki w Polsce (Ośrodek w Podkowie Leśnej i Białej Podlaskiej) mają status ośrodków recepcyjnych. Do nich najpierw trafiają cudzoziemcy, którzy później są przenoszeni do ośrodków pobytowych. W ośrodkach recepcyjnych, w ramach realizowanej od 2005 roku procedury filtra epidemiologicznego, prowadzony jest Program wczesnego wykrywania, diagnostyki i kierowania na leczenie w zakresie chorób zakaźnych, w tym gruźlicy, chorób wenerycznych i pasożytniczych.

Cudzoziemcy – zarówno dorośli jak i dzieci - przechodzą kontrolne badanie lekarskie, badanie ogólne krwi, moczu, badanie w kierunku WZW typu B, WZW typu C, HIV, VDRL (tj. badanie w kierunku kiły) oraz wykonywane jest RTG klatki piersiowej. Dzięki procedurze filtra epidemiologicznego możliwe jest wczesne wykrycie chorób zakaźnych i pewność, że cudzoziemcy nie będą stanowili zagrożenia epidemiologicznego w ośrodkach pobytowych. Należy podkreślić, że badania epidemiologiczne nie są obowiązkowe dla cudzoziemców przekraczających granicę i wchodzących w procedurę uchodźczą. Poddawane są nim jedynie te osoby, które trafią do ośrodków recepcyjnych (32,33).

W kwietniu 2017 roku przy ośrodku recepcyjnym w Białej Podlaskiej otwarto oddzielną placówkę medyczną – również noszącą nazwę filtra epidemiologicznego. Realizowany od 2011 roku projekt budowy budynku filtra był współfinansowany przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi UE. Jest to obiekt służący bezpiecznemu prowadzeniu działań diagnostycznych wśród dorosłych, dzieci i młodzieży oraz izolowania chorych w czasie oczekiwania na transport do szpitala. Filtr ma zapobiegać przenoszeniu się chorób między cudzoziemcami oraz chronić przed infekcjami pozostałą część społeczeństwa. Izolatki medyczne – zarówno dla indywidualnych pacjentów jak i dla rodzin z dziećmi - zostały umieszczone w osobnym skrzydle budynku. Budowa podjazdu dla ambulansów umożliwia dekontaminację pojazdu(34).

Zarówno w ośrodku jak i poza ośrodkiem cudzoziemiec oczekujący na przyznanie ochrony międzynarodowej otrzymuje określoną ustawowo pomoc socjalną. W tym czasie przysługuje mu również prawo do pełnej opieki medycznej. Opiekę tę zapewnia UdSC na podstawie Ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej²⁴. Zgodnie z Ustawą pomoc medyczna obejmuje te same świadczenia, jakie przysługują osobom objętym ubezpieczeniem zdrowotnym, z wyłączeniem leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej.

Urząd zapewnia opiekę medyczną poprzez umowy z świadczeniodawcami. Od 1 lutego 2005 roku do 30 czerwca 2015 roku obsługą cudzoziemców zajmował się Centralny Szpital Kliniczny MSW(33). Od 1 lipca 2015 r. usługi opieki medycznej świadczy firma Petra Medica Sp. z o.o. Zakres opieki medycznej udzielanej przez podwykonawcę obejmuje(35):

- podstawową opiekę zdrowotną;
- szczepienia dzieci zgodnie z kalendarzem szczepień;
- konsultacje i badanie specjalistyczne;
- hospitalizację;
- transport medyczny;
- organizację miejsca pobytu w specjalistycznych zakładach opieki długoterminowej;
- opiekę stomatologiczną (bez protetyki stomatologicznej).

W ramach swojej umowy Petra Medica realizuje także opisaną powyżej procedurę filtru epidemiologicznego(33).

Świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej realizowane są przez lekarzy i pielęgniarki zatrudnione w ośrodkach. Jak stwierdził w 2014 roku raport NIKu, w ośrodkach zapewnione jest nie mniej niż 10 godzin dyżurów lekarzy, oraz nie mniej niż 20 godzin dyżurów pielęgniarek(36). W odróżnieniu od osób objętych ubezpieczeniem w ramach NFZ, cudzoziemcy korzystający z opieki zapewnianej przez UdSC, nie mają możliwości wyboru lekarza pierwszego kontaktu lub specjalisty. Może to stanowić problem w sytuacji, gdy z jakichś powodów pacjent nie chce poddać się badaniu przez konkretną osobę – np. w związku z brakiem zaufania czy różnicami kulturowymi, tak bywa w przypadku kobiet –

²⁴ Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1666 z późn. zm.) Dział II, roz. 5 art. 73

muzułmanek, które nie chcą być badane przez lekarzy – mężczyzn. Brak możliwości wyboru lekarza jest też niekorzystny dla obcokrajowców mieszkających poza ośrodkami(10).

Urząd realizuje również Program opieki psychologicznej dla cudzoziemców przebywających w ośrodkach i w Punkcie Obsługi Cudzoziemców przy ul. Taborowej 33 w Warszawie. Dyżury psychologów wynoszą co najmniej 4 godziny w tygodniu. W opinii organizacji pozarządowych opieka psychologiczna nad cudzoziemcami nie jest jednak wystarczająca – szczególnie biorąc pod uwagę wyjątkowe potrzeby uchodźców związane np. z syndromem stresu pourazowego(10).

1.2.2 Rodzaje ochrony międzynarodowej w Polsce

Obecnie w Polsce istnieją trzy formy ochrony, którą mogą uzyskać cudzoziemcy: azyl, status uchodźcy oraz ochrona uzupełniająca. Istnieją także inne formy zgody na pobyt w Polsce, które, choć nie łączą się z ochroną międzynarodową, mogą legitymizować przebywanie cudzoziemca na terenie RP – pobyt ze względu humanitarnych, pobyt tolerowany i ochrona czasowa.

1.2.2.1 Status uchodźcy

Podstawowym dokumentem regulującym status uchodźcy jest Konwencja Genewska, przyjęta przez Organizację Narodów Zjednoczonych w 1951 roku. Stworzona w celu ochrony praw uchodźców europejskich po II wojnie światowej, w 1967 roku za sprawą Protokołu Nowojorskiego objęła swoim wpływem również migrantów zmuszonych do opuszczenia swoich krajów z innych powodów. Polska ratyfikowała te umowy i stosuje je w swoim prawodawstwie.

Konwencja Genewska określa, że uchodźcą jest osoba, która *„na skutek uzasadnionej obawy przed prześladowaniem z powodu swojej rasy, religii, narodowości, przynależności do określonej grupy społecznej lub z powodu przekonań politycznych przebywa poza granicami państwa, którego jest obywatelem, i nie może lub nie chce z powodu tych obaw korzystać z ochrony tego państwa, albo która nie ma żadnego obywatelstwa i znajdując się na skutek podobnych zdarzeń, poza państwem swojego dawnego stałego zamieszkania nie może lub nie chce z powodu tych obaw powrócić do tego państwa.”*²⁵.

²⁵ Konwencja dotycząca statusu uchodźców, sporządzona w Genewie dnia 28 lipca 1951 r. ratyfikowana przez Polskę w dniu 27 września 1991 r. Dz. U. Nr 119, poz. 515

1.2.2.2 Ochrona uzupełniająca

Z biegiem czasu doświadczenia m.in. krajów Unii Europejskiej wykazały, iż Konwencja Genewska nie wyczerpuje wszystkich sytuacji, w których migranci są zmuszeni do opuszczenia swoich ojczyzn i szukania schronienia w innych krajach. Dlatego prawodawstwo zostało rozszerzone o pojęcie ochrony uzupełniającej, obejmujące np. osoby, które muszą opuścić swój kraj z powodu toczącego się konfliktu zbrojnego. Takie rozwiązania prawne zostały zaimplementowane także w Polsce.

Jak stwierdza tekst Ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej: *„Cudzoziemcowi, który nie spełnia warunków do nadania statusu uchodźcy, udziela się ochrony uzupełniającej, w przypadku gdy powrót do kraju pochodzenia może narazić go na rzeczywiste ryzyko doznania poważnej krzywdy przez:*

- 1) orzeczenie kary śmierci lub wykonanie egzekucji,*
- 2) tortury, nieludzkie lub poniżające traktowanie albo karanie,*
- 3) poważne i zindywidualizowane zagrożenie dla życia lub zdrowia wynikające z powszechnego stosowania przemocy wobec ludności cywilnej w sytuacji międzynarodowego lub wewnętrznego konfliktu zbrojnego*

– i ze względu na to ryzyko nie może lub nie chce korzystać z ochrony kraju pochodzenia.”²⁶

1.2.2.3 Azyl

Azylu, zgodnie z Ustawą o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, udziela się cudzoziemcowi, *„gdy jest to niezbędne do zapewnienia mu ochrony oraz gdy przemawia za tym ważny interes Rzeczypospolitej Polskiej”²⁷.*

Taka forma ochrony międzynarodowej udzielana jest bardzo rzadko, w pojedynczych przypadkach.

1.2.2.4 Pobyt humanitarny

Pobyt humanitarny może otrzymać cudzoziemiec, którego wydalenie wiązałoby się z pogwałceniem podstawowych praw człowieka – np. deportacja naruszałaby prawo do życia rodzinnego lub prawa dziecka. Dotyczy to na przykład sytuacji gdy jedno z dwojga

²⁶ Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1666 z późn. zm.) Dział II, roz. 1, art. 15

²⁷ Ibidem, Dział III, roz. 1, art. 1

małżonków ma status uchodźcy w Polsce. Mąż czy żona – nawet jeśli nie spełniają warunków ochrony międzynarodowej i mogliby bezpiecznie wrócić do swojej ojczyzny – mogą uzyskać zezwolenie na pobyt ze względów humanitarnych.

1.2.2.5 Pobyt tolerowany

Jest związany z innymi przypadkami, w których wydalenie cudzoziemca nie jest możliwe (np. kraj, do którego powinno się deportować daną osobę, odmawia jej przyjęcia).

W tabeli poniżej przedstawiono liczbę cudzoziemców, którzy przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie opisanych powyżej rodzajów ochrony międzynarodowej.

Obywatelstwo	Azyl	Status uchodźcy	Ochrona uzupełniająca	Pobyt tolerowany	Pobyt ze względów humanitarnych	Suma
ROSJA	0	331	1042	4	731	2108
UKRAINA	0	88	377	5	467	937
SYRIA	0	213	43	0	5	261
WIETNAM	0	3	1	190	64	258
ARMENIA	0	1	1	9	245	256
BIAŁORUŚ	1	86	7	3	52	149
GRUZJA	0	0	7	2	136	145
IRAK	0	83	47	0	4	134
TADŻYKISTAN	0	33	70	1	15	119
Pozostałe kraje (poniżej 100 obywateli)	0	443	163	58	228	892
Razem	1	1281	1758	272	1947	5259

Tabela 2 Liczba osób, które posiadały ważne dokumenty potwierdzające prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie odpowiednich typów zgody na pobyt w 2019 r. Zestawienie własne na podstawie danych UdSC(2)

W przedstawionych statystykach zwraca uwagę stosunkowo niewielka liczba migrantów z Ukrainy, którzy otrzymują w Polsce ochronę międzynarodową, mimo utrzymującej się od 2014 roku napiętej sytuacji politycznej w tym kraju. Jak tłumaczy UdSC większość obywateli Ukrainy zwraca się o takie formy zezwolenia na pobyt, który umożliwiają natychmiastowe podjęcie pracy. W przypadku ubiegania się o ochronę międzynarodową o zgodę na zatrudnienie można wnioskować dopiero po 6 miesiącach pobytu w Polsce(32). Ubieganie się

o ochronę międzynarodową wiąże się także z wysokim ryzykiem odmowy jej przyznania. Przykładowo, w 2015 roku na 2551 decyzji w sprawie wniosków o ochronę międzynarodową złożonych przez obywateli Ukrainy, status ochrony uzupełniającej otrzymało 6 osób. Również 6 Ukraińców otrzymało zgodę na pobyt tolerowany, a pozostałe wnioski zostały odrzucone (1775) lub umorzone (764). Nikt nie otrzymał statusu uchodźcy zgodnego z Konwencją Genewską(2).

W 2018 roku wydano decyzję w sprawie 619 wniosków o ochronę międzynarodową, z czego status zgodny z Konwencją Genewską otrzymało 11 osób, 74 osób otrzymało ochronę uzupełniającą a 2 osoby otrzymały zgodę na pobyt tolerowany. 89 wniosków zostało umorzonych a 443 osoby otrzymały decyzję negatywną (2). Wśród wszystkich cudzoziemców składających wnioski o ochronę w Polsce w 2018 roku, ponad 40% zakończyło się umorzeniem. Częstym powodem tych umorzeń jest nieobecność obcokrajowców, którzy po złożeniu wniosku w Polsce wyjeżdżają do innego kraju. Jest to niezgodne z międzynarodowym prawem azylowym. Zgodnie z zasadami unijnymi²⁸, w razie zatrzymania na terenie innego kraju EU zostają oni odesłani z powrotem do Polski. Proporcje poszczególnych decyzji dotyczących statusu ochrony międzynarodowej został zaprezentowany w tabeli poniżej.

Decyzja	Liczba decyzji	Procent decyzji
Status nadany zgodnie z Konwencją Genewską	131	3,28%
Ochrona uzupełniająca	130	3,25%
Zgoda na pobyt tolerowany	4	0,10%
Negatywna	1730	43,25%
Umorzenie	2005	50,13%
Razem wniosków	4000	100,00%

Tabela 5. Liczba osób, wobec których w 2019 r. wydano decyzje w sprawie o udzielenie ochrony międzynarodowej w RP w 2018 roku. Zestawienie własne na podstawie danych Urzędu do Spraw Cudzoziemców(2)

Z punktu widzenia dostępu do opieki zdrowotnej problemem jest sytuacja otrzymania decyzji negatywnej. Obcokrajowiec wchodzi wtedy w tzw. procedurę powrotową, która może

28 Rozporządzenie (UE) nr 604/2013 z dnia 26 czerwca 2013 r. w sprawie ustanowienia kryteriów i mechanizmów ustalania państwa członkowskiego odpowiedzialnego za rozpatrzenie wniosku o udzielenie ochrony międzynarodowej złożonego w jednym z państw członkowskich przez obywatela państwa trzeciego lub bezpaństwowca (tzw. Rozporządzenie Dublin III)

przedłużać się ze względu na składane odwołania. Osoba taka ma prawo do legalnego pobytu w Polsce, jednak nie przysługuje jej prawo do opieki socjalnej i medycznej.

Osoby z przyznanym statusem podlegają takim samym zasadom ubezpieczenia zdrowotnego jak obywatele Polski. Cudzoziemcy ze statusem uchodźcy i ochroną uzupełniającą mogą ubiegać się o prawo do pobytu stałego w RP po 5 latach od wjazdu na teren kraju, zaś cudzoziemcy z pobytym ze względów humanitarnych – 5 lat od otrzymania tego zezwolenia. Po kolejnych 2 - 3 latach (w zależności od posiadanego statusu) mogą ubiegać się o polskie obywatelstwo.

1.3 Kobiety ciężarne i dzieci

Zgodnie z polskim prawem, zdrowie kobiet ciężarnych i dzieci podlega innym zasadom ochrony niż pozostałych osób. Jak wynika z podpisanych przez Polskę dokumentów (m.in. Konwencji o Prawach Dziecka²⁹) wszystkie dzieci oraz matki przed i po urodzeniu, powinny mieć dostęp do opieki zdrowotnej. O szczególnej opiece zdrowotnej nad dziećmi, kobietami w ciąży, osobami niepełnosprawnymi i w wieku podeszłym, mówi także Konstytucja RP³⁰ – nie wyróżniając, że chodzi jedynie o polskich obywateli.

W praktyce jednak nieubezpieczone kobiety ciężarne mają prawo do bezpłatnej opieki jedynie w przypadku posiadania w Polsce prawa do stałego pobytu. Kobiety bez dokumentów lub przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie prawa do pobytu czasowego, muszą przedstawić ubezpieczenie w celu otrzymania świadczeń w czasie ciąży, porodu i położenia(37).

Podobnie zdarza się w przypadku dzieci cudzoziemskich, które w przypadku braku ubezpieczenia nie mają prawa do bezpłatnego leczenia. Dotyczy to także małoletnich pozostających w Polsce bez opieki rodzicielskiej. Organizację opieki nad takimi osobami (umieszczenie w placówce opiekuńczo- wychowawczej lub rodzinie zastępczej, wyznaczenie kuratora itp.) zajmuje się UdSC. Urząd pokrywa także koszty pobytu oraz leczenia tych dzieci. W 2013 roku na terenie Polski przebywało ośmioro takich dzieci. I w tych przypadkach zdarzają się jednak sytuacje, w których nie jest jasne, kto powinien opłacić

²⁹ Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. Art. 3, ust. 3 (Dz. U. z dnia 23 grudnia 1991 r.)

³⁰ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Art. 68, ust. 3 (Dz. U. z 2009 r., Nr 114, poz. 946.)

opiekę medyczną – np. gdy rodzic dziecka (choć pozbawiony praw rodzicielskich) przebywa w Polsce(38).

1.4 Dostęp do informacji na temat warunków korzystania z opieki medycznej przez cudzoziemców

Dotychczas prowadzone badania wskazują na niedostateczny dostęp do informacji dotyczącej warunków ubezpieczenia i korzystania z opieki medycznej zarówno po stronie personelu medycznego jak i samych obcokrajowców. W badaniach prowadzonych przez Wojciecha Zgliczyńskiego i Dorotę Cianciarę ponad 65% lekarzy stwierdziło, że nie wiedzieli, czy pacjent – cudzoziemiec, z którym mieli kontakt jest ubezpieczony i na jakich zasadach, zaś 54% przyznało, że nie wie jakie są zasady ubezpieczenia obcokrajowców(9). Z kolei w badaniu Laskowskiego i in. prowadzonym wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku jedynie 30% ankietowanych umiało udzielić odpowiedzi dotyczące tego czy osobom ubiegającym się o nadanie statusu uchodźcy przysługuje zgodnie z polskim prawem bezpłatna opieka medyczna(39). Warto zauważyć, iż w badaniach prowadzonych przez Stowarzyszenie Interwencji Prawnej brak informacji na temat procedur związanych z dostępem do opieki zdrowotnej był najczęściej wskazywaną przez cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy trudnością w dostępie do opieki zdrowotnej (41% respondentów). Na odczuwanie tej bariery wskazało także 29% nieudokumentowanych migrantów biorących udział w badaniu(40). W przypadku cudzoziemców brak informacji dotyczy nie tylko zasad dotyczących warunków ubezpieczenia, ale także samej specyfiki funkcjonowania placówek polskiego systemu opieki zdrowotnej – np. sposobu rejestrowania się w przychodniach, systemu skierowań do lekarzy specjalistów czy zasad dotyczących kolejności przyjmowania pacjentów(31).

Należy też zauważyć niewielką liczbę badań dotyczących wiedzy na temat zasad korzystania z opieki medycznej przez cudzoziemców. Brak jest między innymi analiz dotyczących wiedzy dotyczącej zasad udzielania świadczeń prowadzonych wśród rejestratorek medycznych – a więc osób, które odpowiadają za weryfikację uprawnień do otrzymania świadczeń w trakcie rejestracji pacjentów. Dotychczas prowadzone badania dotyczące barier w dostępie do systemu opieki zdrowotnej cudzoziemców dotyczyły jedynie wybranej grupy pacjentów. Z tego powodu istotne jest uzupełnienie luki dotyczącej badań w zakresie wiedzy

o warunkach udzielania świadczeń medycznych zarówno wśród personelu medycznego, jak i obcokrajowców.

1.5 Podsumowanie

Prawne podstawy opieki nad migrantami są złożone i zależą od wielu różnych czynników – przede wszystkim od kraju pochodzenia migranta i jego statusu prawnego. Zasady te są skomplikowane i nie ma jednego kompletnego źródła (np. poradnika, strony internetowej) skąd można by czerpać informacje dotyczące warunków ubezpieczenia. Istniejące opracowania i informatory są niewystarczające, mało przejrzyste, niepełne, często dostępne jedynie w języku polskim(31).

Istotnym problemem jest refundacja świadczeń udzielanych w stanie zagrożenia życia i zdrowia osobom nieubezpieczonym. Obecna sytuacja, kiedy koszt takich interwencji medycznych ponoszą szpitale i przychodnie, stanowi trudność dla zakładów opieki decydujących się udzielić świadczeń i może prowadzić do opóźnień w udzielaniu pomocy, a co za tym idzie zagrożenia dla zdrowia pacjentów. Dotyczy to także osób nieudokumentowanych, które obecnie nie mają możliwości ubezpieczenia dobrowolnego.

Szczególnie istotna jest kwestia pełnego dostępu do opieki medycznej dzieci i kobiet w ciąży. Grupy te powinny być jak najszybciej objęte pełną opieką zdrowotną bez względu na swoje obywatelstwo.

Należy podkreślić, że w rozdziale skupiono się na prawnych uwarunkowaniach dostępu do opieki zdrowotnej. Jednak, aby skutecznie udzielić pomocy medycznej, nie wystarczy samo prawo do tego, aby pacjent został przyjęty przez lekarza czy hospitalizowany. W opiece nad cudzoziemcami pojawiają się również inne wyzwania, których pokonanie jest konieczne w celu udzielenia świadczenia. Do najbardziej oczywistych należy bariera językowa, konieczna do przewyciężenia, aby zebrać wywiad medyczny, wyjaśnić pacjentowi zasady leczenia i uzyskać świadomą zgodę pacjenta na zaproponowaną terapię. Problemy związane z pokonywaniem bariery komunikacyjnej przedstawione zostały w następnym rozdziale.

ROZDZIAŁ 2. BARIERA KOMUNIKACYJNA W OPIECE NAD PACJENTAMI OBCOKRAJOWCAMI

Pacjent – cudzoziemiec to często pacjent obcojęzyczny, nieposługujący się w sposób biegły językiem polskim. Nawet osoby, które długo przebywają w Polsce i radzą sobie w codziennych sytuacjach, nie zawsze mogą w sposób swobodny porozumiewać się w sytuacji wymagającej niecodziennego i specjalistycznego słownictwa, jaką jest rozmowa na temat zdrowia i choroby. W rozdziale przedstawiono zagadnienia związane z barierą komunikacyjną w opiece medycznej. Na początku przedstawione zostały dostępne badania dotyczące występowania bariery językowej³¹ w trakcie udzielania świadczeń w Polsce. Następnie opisano jak jej obecność wpływa, na jakość opieki medycznej. Na koniec analizie poddano różne sposoby pokonywania trudności związanych z różnicami językowymi.

2.1 Występowanie bariery komunikacyjnej w trakcie udzielania świadczeń medycznych w Polsce

Dostępne analizy wskazują, że bariera językowa jest jednym z najistotniejszych problemów w trakcie udzielania świadczeń cudzoziemcom w Polsce. Potwierdzają to zarówno badania prowadzone wśród pacjentów jak i pracowników medycznych (należy zauważyć jednocześnie, iż wciąż niewiele jest badań dotyczących tego zagadnienia). W badaniach prowadzonych przez Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, na obecność bariery językowej w trakcie korzystania z opieki medycznej wskazywało 36% badanych osób, które złożyły wnioski o nadanie statusu uchodźcy oraz 22% nieudokumentowanych migrantów(40). Również badania prowadzone przez Alexandrę Levitas wśród Ukrainek wskazują, że w kontakcie z pracownikami medycznymi napotykały one na problemy dotyczące komunikacji – m.in. w związku z trudnościami związanymi z posługiwaniem się terminologią medyczną oraz dostępem do tłumaczeń materiałów dotyczących systemu opieki zdrowotnej(19).

W badaniach Wojciecha Zgliczyńskiego i Doroty Cianciary 60% lekarzy przyznało, że w trakcie udzielania świadczeń obcokrajowcom miało trudności językowe w porozumiewaniu

31 Pojęcie bariery komunikacyjnej jest szersze od pojęcia bariery językowej - obejmuje różnice wynikające nie tylko z posługiwania się odmiennym słownictwem, ale także inne bariery w komunikacji (m.in. wynikające z odmienności kulturowej, szerzej opisanej w następnym rozdziale). W niniejszym rozdziale pojęcia bariery komunikacyjnej i językowej używane są wymiennie, choć skupia się on na trudnościach wynikających z odmiennego języka.

się z pacjentem(9). Bariera językowa była najczęściej wskazywaną trudnością w trakcie opieki nad pacjentem odmiennym kulturowo w badaniach prowadzonych wśród pielęgniarek przez Joannę Strzelczyk i in. – odczuwało ją 75% pielęgniarek biorących udział w badaniu(41).

W kontekście powyższych wyników warto także wspomnieć o badaniach dotyczących stosunku do uchodźców prowadzonych jeszcze w latach 1990 przez Halinę Grzymałę-Moszczyńską. W badaniach tych lekarze stwierdzili, iż znajomość języka pacjenta nie jest potrzebna, aby udzielić świadczenia medycznego – podobnie jak w przypadku badania małych dzieci wywiad z pacjentem nie jest bowiem niezbędny do postawienia diagnozy. Grzymała- Moszczyńska zwraca równocześnie uwagę na paradoksalne przekonanie, że nieznajomość języka polskiego i kultury polskiej jest podstawowym problemem dotyczącym pracy lekarzy – cudzoziemców w Polsce, podczas gdy brak znajomości języka i kultury nie był postrzegany jako bariera w opiece nad pacjentem- obcokrajowcem(42).

2.2 Bariera językowa a jakość opieki medycznej

Pokonanie bariery językowej jest niezbędne do zagwarantowania jakości świadczeń zdrowotnych. W przypadku pacjentów nieznających biegle języka, którym posługują się pracownicy opieki medycznej wzrasta ryzyko nieprawidłowej diagnozy oraz błędów medycznych(43). Większe jest także ryzyko przedłużenia czasu hospitalizacji oraz powtórnego przyjęcia po wypisaniu pacjenta. Jak wynika z analiz długości trwania hospitalizacji ponad trzech tysięcy pacjentów z ograniczoną znajomością języka angielskiego, prowadzonych w Stanach Zjednoczonych przez zespół Mary Lindholm, czas pobytu w szpitalu osób korzystających z pomocy profesjonalnego tłumacza w trakcie przyjęcia i wypisu był od 0,75 do 1,47 doby krótszy od czasu hospitalizacji osób niekorzystających z tego rodzaju wsparcia. Dodatkowo osoby o niskiej znajomości języka angielskiego, niekorzystające z profesjonalnej pomocy tłumaczeniowej, częściej były powtórnie przyjmowane do szpitala w ciągu 30 dni po wypisie(44).

Także badania prowadzone przez zespół Leah S. Karliner, potwierdzają znaczące zmniejszenie się liczby ponownych przyjęć do szpitala pacjentów, którzy mają dostęp do profesjonalnej pomocy tłumaczeniowej. Analizy te dodatkowo wskazywały na wymierne ekonomiczne zyski płynące z tego rodzaju wsparcia dla obcojęzycznych pacjentów. W

ramach prowadzonego w warunkach naturalnych eksperymentu, na dwóch oddziałach szpitalnych przez 8 miesięcy ułatwiono pacjentom nieznającym biegle języka angielskiego, swobodne korzystanie z profesjonalnego tłumaczenia telefonicznego. W pokojach pacjentów instalowano aparaty telefoniczne wyposażonych w dwie słuchawki, które umożliwiały korzystanie z pomocy tłumacza o dowolnej porze dnia i nocy. Badacze porównywali statystyki dotyczące hospitalizacji pacjentów, którzy mogli korzystać z tego udogodnienia ze statystykami dotyczącymi pacjentów hospitalizowanych przed i po opisanej interwencji. Mimo, iż wyniki nie wskazywały na znaczące zmniejszenie się długości pobytu w szpitalu, znacząco spadła liczba ponownych hospitalizacji w ciągu 30 dni po wypisie – z 17,8% w okresie gdy pacjenci nie mieli możliwości łatwego korzystania z pomocy tłumacza do 13,4% w okresie interwencji. Badacze szacują, że wprowadzenie aparatów umożliwiających tłumaczenia telefoniczne, w ciągu 8 miesięcy uchroniło pacjentów przed 119 dodatkowymi hospitalizacjami, co stanowiło dla szpitala oszczędność ok. 161 404 USD miesięcznie (uwzględniając koszty poniesione w związku z koniecznością opłacenia serwisu tłumaczeniowego)(45).

W Polsce nie wprowadzono ogólnokrajowych regulacji dotyczących porozumienia z pacjentami obcojęzycznymi³². Zachętą dla placówek do wprowadzania rozwiązań dotyczących tego problemu jest wprowadzenie odnoszącego się do tego problemu standardu w procedurze akredytacyjnej dla szpitali³³.

W części dotyczącej standardów akredytacyjnych związanych z prawami pacjenta określono standard PP18: *Szpital zapewnia możliwość porozumiewania się z pacjentami obcojęzycznymi*(46). W ramach tego standardu *w szpitalu powinno określić się tryb i sposób porozumiewania z pacjentami obcojęzycznym przez 24 godziny na dobę. Należy określić osoby odpowiedzialne za realizację takiej komunikacji. W zależności od jakości wypełnienia tego standardu szpital może uzyskać 1 punkt (W szpitalu nie zapewniono możliwości*

32 Warto też zauważyć, iż zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie minimalnych wymagań dotyczących zabezpieczenia pod względem medycznym imprezy masowej (Dz.U. poz. 181), w trakcie w przypadku imprezy z udziałem ponad 10 000 uczestników, koordynator medyczny imprezy oraz lekarz posiadali znajomość języka angielskiego w stopniu umożliwiającym komunikację z osobami poszkodowanymi, a pracownicy i punkt pomocy medycznej posiadał oznaczenia w języku angielskim.

33 Akredytacja: proces zewnętrznej oceny jakości świadczeń udzielanych w placówkach medycznych. W Polsce ma ona charakter dobrowolny i nie jest koniecznym warunkiem do zawarcia kontraktu z NFZ. Kryteriami oceny w trakcie akredytacji są standardy akredytacyjne. Udzielaniem akredytacji zajmuje się Centrum Monitorowania Jakości, powołane przez Ministerstwo Zdrowia. Zasady dotyczące akredytacji reguluje Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia.(Dz.U. 2009 nr 52 poz. 418)

porozumiewania się z pacjentami obcojęzycznymi), 3 punkty (*W szpitalu zapewniono możliwość porozumiewania się z pacjentami w języku angielskim*) lub 5 punktów (*W szpitalu zapewniono możliwość porozumiewania się z pacjentami w kilku językach obcych*)(46).

Jednocześnie zestaw standardów akredytacyjnych określony w programie akredytacyjnym dla przychodni POZ nie uwzględnia tego rodzaju standardu(47).

Warto zauważyć również, iż naprzeciw potrzebom angielskojęzycznych pacjentów wyszedł Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadzając od września 2019 roku możliwość konsultacji w języku angielskim w ramach Telefonicznej Informacji Pacjenta. Dzwoniąc pod całodobowy numer telefonu świadczeniobiorcy mogą uzyskać informację dotyczącą m.in. informacji o miejscach świadczenia nocnej i świątecznej opieki lekarskiej, najbliższych SOR-ach czy o dostępności leków(48). W okresie epidemii COVID-19 pod numerem telefonu Telefonicznej Informacji Pacjenta można także uzyskać informację dotyczącą sposobu postępowania w sytuacji podejrzenia zakażenia koronawirusem, jak również skorzystać z bezpłatnych porad psychologicznych(49).

2.3 Sposoby pokonywania bariery językowej

Aby pokonać barierę językową między pacjentem a pracownikami systemu opieki medycznej, możliwe jest zastosowanie różnych strategii. Sposoby tłumaczenia w trakcie korzystania z usług medycznych można podzielić według kilku kryteriów(50):

- a. Przygotowanie tłumacza do pełnienia tej funkcji:
 1. Tłumaczenia *ad hoc*, tzw. naturalne – gdy tłumaczenia podejmuje się osoba nieprzeszkolona w tym zakresie: np. członek rodziny pacjenta, znajomy, członek personelu medycznego itd.;
 2. Tłumaczenia profesjonalne – osoba formalnie przeszkolona w zakresie tłumaczeń medycznych: np. zatrudniony tłumacz, przeszkolony wolontariusz.
- b. Fizyczna obecność tłumacza na miejscu tłumaczenia:
 1. Osobiście – tłumacz obecny w miejscu tłumaczenia;
 2. Na odległość – tłumaczenie za pośrednictwem telefonu/ sprzętu do wideokonferencji.
- c. Odroczenia tłumaczenia w czasie:

1. Symultaniczne – tłumaczenie następuje jednocześnie (lub prawie jednocześnie) z wypowiedziami lekarza czy pacjenta;
2. Konsekwentne – tłumaczenie następuje po zakończeniu dłuższej wypowiedzi.

Badania wskazują, że tłumaczenia ad hoc, udzielane przez osoby bez przygotowania do pełnienia funkcji tłumacza, niosą ze sobą ryzyko błędów spowodowanych m.in. pominięciem niektórych treści istotnych z punktu terapeutycznego. Może to być spowodowane brakiem komfortu związanym z omawianiem pewnych kwestii – np. związanych ze zdrowiem prokreacyjnym czy nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Nieprofesjonalni tłumacze mogą mieć także problemy z przekazywaniem diagnoz dotyczących niepomyślnego rokowania(51,52). Prowadzone badania wskazują na większą satysfakcję zarówno pacjentów(53), jak i personelu medycznego(50), gdy pomocy udzielają im profesjonalni tłumacze.

Jak pisze Małgorzata Tryuk, tłumaczenie w środowisku medycznym jest trudnym zadaniem nawet dla przygotowanych do tego rodzaju pracy tłumaczy środowiskowych – zarówno ze względu na pojawiające się problemy etyczne, trudności językowe jak i relacje zawodowe. Tym bardziej wydaje się kontrowersyjne oczekiwanie prowadzenia tego rodzaju tłumaczeń od osób niewykwalifikowanych(54). Osoba tłumacząca musi podjąć decyzje dotyczące upraszczania specjalistycznego języka medycznego, streszczania dłuższych wypowiedzi czy opuszczania nieistotnych fragmentów – a dokonany przez nią wybór może być bardzo istotny dla jednocześnie szybkiego, jak i skutecznego porozumienia pacjenta i pracownika systemu ochrony zdrowia. Ponadto powinna się kierować odpowiednim kodeksem etycznym – związanym m.in. z poszanowaniem prawa do poufności, poszanowaniem intymności pacjenta czy przyznawania się do popełnionych błędów w tłumaczeniu. Zadanie tłumacza środowiskowego staje się szczególnie trudne w sytuacji tłumaczenia pacjentów korzystających ze świadczeń w rodzaju opieki psychiatrycznej – np. tłumaczenia sesji psychoterapeutycznej. Dodatkowo jak pokazują badania prowadzone przez Franza Pöchhacker'a większość personelu medycznego oczekuje, że oprócz samego tłumaczenia w sytuacji konsultacji medycznej, tłumacz podejmie także szereg innych czynności jak np. będzie pomagać choremu w wypełnianiu formularzy czy objaśniać personelowi pojawiające się różnice kulturowe. W takim ujęciu tłumacz pełni równocześnie rolę asystenta kulturowego

i pomocnika pacjenta. Należy zauważyć, iż oczekiwania te odpowiadają też zakresowi obowiązków, jaki biorą na siebie sami zawodowi tłumacze(za: 54).

Warto jednocześnie podkreślić, iż mimo, że w sytuacji gdy tłumaczy osoba niewykwalifikowana, może pojawić się więcej błędów o potencjalnych konsekwencjach klinicznych niż w przypadku profesjonalnego tłumacza, jeszcze gorsze wyniki uzyskiwano w sytuacjach, kiedy brak było osoby tłumaczącej(55). Niektóre badania sugerują także, że pacjenci pozytywnie oceniają sytuację, gdy tłumaczą ich osoby bliskie – ze względu na zaufanie oraz poczucie, że stają się one ich rzecznikami w kontakcie z pracownikami opieki medycznej(56).

W związku z rozwojem technologii pojawiła się także możliwość wykorzystania w sytuacji bariery językowej automatycznego tłumacza w aplikacji lub na stronie internetowej. Mimo wygody tego rodzaju rozwiązania (szybkość uzyskania pomocy tłumaczeniowej, brak konieczności angażowania osób trzecich czy ponoszenia dodatkowych kosztów przez system ochrony zdrowia i pacjenta), takie rozwiązanie nie jest rekomendowane z powodu dużego ryzyka pojawienia się błędów w tego typu tłumaczeniach(52).

Alternatywą dla programów komputerowych lub aplikacji do tłumaczenia mogą być pomoce przygotowane specjalnie z myślą o umożliwieniu porozumienia w przypadku pojawienia się bariery językowej. Takie pomoce w 2016 roku przygotowała NIL, która na swojej stronie internetowej zamieściła słowniki i karty wywiadu lekarskiego w językach angielskim, niemieckim, francuskim, hiszpańskim, włoskim, polskim, portugalskim, rosyjskim i ukraińskim dedykowane lekarzom mające na celu pomoc w komunikacji z pacjentami cudzoziemcami³⁴. Celem przygotowanych pomocy jest umożliwienie zebrania podstawowych informacji o stanie zdrowia pacjenta (np. odczuwanie bólu, uczulenie na leki, ewentualna ciąża).

34 Materiały do ściągnięcia ze strony <https://nil.org.pl/aktualnosci/promobox/wielojezyczny-wywiad-lekarski> (dostęp 08.10.2019)

2.4 Podsumowanie

Bariera językowa jest jedną z podstawowych trudności przy korzystaniu ze świadczeń opieki medycznej. Jak pokazują przytoczone w rozdziale badania skuteczne pokonanie tej bariery przekłada się na skrócenie czasu hospitalizacji pacjentów oraz zmniejszenie liczby rehospitalizacji – co niesie ze sobą również ograniczenie kosztów związanych z leczeniem pacjentów obcojęzycznych.

Właściwe zrozumienie przekazanej treści jest warunkiem nie tylko zebrania pełnego wywiadu medycznego oraz skutecznego przekazania zaleceń, ale także realizacji praw pacjenta takich jak prawo do informacji o stanie zdrowia i wyrażenia świadomej zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych³⁵. W sposób oczywisty wpływa także na możliwość pokonania innych barier – np. brak znajomości języka polskiego znacząco ogranicza dostęp do informacji dotyczącej zasad korzystania z opieki zdrowotnej czy może utrudniać poruszanie się na terenie placówek medycznych ze względu na oznaczenia w języku polskim. Warto pamiętać, że ze względu na brak znajomości języka polskiego cudzoziemcy mogą nie mieć możliwości skorzystania z materiałów dotyczących promocji zdrowia czy komunikatów Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia oraz innych instytucji³⁶. Jednocześnie należy zauważyć, iż w Polsce nie ma systemowej odpowiedzi na pojawiające się problemy językowe w trakcie udzielania świadczeń. Równocześnie dostępne badania pracowników medycznych i pacjentów – cudzoziemców wskazują, iż komunikacja jest bardzo istotną barierą w dostępie do opieki medycznej.

Należy jednocześnie pamiętać, że umożliwienie wzajemnego zrozumienia pomiędzy pacjentem – cudzoziemcem a przedstawicielem profesji medycznej nie sprowadza się jedynie do literalnego przełożenia treści z jednego języka na drugi. Skuteczna komunikacja powinna uwzględniać także kulturowy kontekst związany z doбором słów, trafnym przełożeniem wyrazów nieprzetłumaczalnych czy interpretacją znaczenia gestów(31). Problem różnic kulturowych i ich wpływu na opiekę medyczną został szerzej omówiony w kolejnym rozdziale.

35 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.), Rozdział 3 i 5

36 W tym kontekście warto zauważyć, iż w okresie epidemii koronawirusa na stronie Ministerstwa Zdrowia pojawiły się materiały w języku angielskim, rosyjskim, ukraińskim, niemieckim oraz wietnamskim(57).

ROZDZIAŁ 3. WPŁYW RÓŻNIC MIĘDZYKULTUROWYCH NA OPIEKĘ MEDYCZNĄ

Kultura jest pojęciem używanym w wielu znaczeniach, odmiennie w języku potocznym, a odmiennie w naukach społecznych. Podczas gdy w języku potocznym termin „kultura” stosuje się do określania przede wszystkim twórczych przejawów działalności człowieka (jak np. „kultura ludowa”, „kultura wysoka”, „kultura popularna”) czy zespołu cech charakteryzującego pewnego rodzaju grupy („subkultura”), w naukach humanistycznych i społecznych postrzega się to pojęcie znacznie szerzej(58). W zależności od przyjętego podejścia teoretycznego, różny jest sposób definicji pojęcia „kultury”(59). Już w latach 1950 Alfred Kroeber i Clyde Kluckhohn przeprowadzili analizę której wynikiem był katalog blisko 170 definicji kultury używanych przez różnych autorów(60).

Polski socjolog, Jan Szczepański określił kulturę jako *„ogół wytworów działalności ludzkiej, materialnych i niematerialnych, wartości i uznawanych sposobów postępowania, zobiektywizowanych i przyjętych w dowolnych zbiorowościach, przekazywanych innym zbiorowościom i następnym pokoleniom”*(61). Kultura jest więc w tym ujęciu pojęciem bardzo szerokim, określającym zjawisko tworzenia i przekazywania różnorodnych aspektów życia społecznego.

Ważną cechą kultury jest jej trwałość niezależnie od jednostek, co jest zapewnione przez przekazywanie kultury – w szczególności przekazywanie w czasie. Równocześnie kultura jest tworem podlegającym ciągłym przekształceniom, na co w swojej definicji zwraca uwagę psycholog, David Matsumoto, który definiuje kulturę jako *„dynamiczny system reguł – jawnych i ukrytych, ustanawianych przez grupy i mających zapewnić im przetrwanie, dotyczących wartości, przekonań, norm i zachowań, podzielanych przez grupę, lecz w różnym stopniu uznawanych przez poszczególne jednostki w ramach grupy, przekazywanych z pokolenia na pokolenie, stosunkowo trwałych, lecz mogących się zmieniać z upływem czasu”*(58). Zgodnie z tą definicją jako kulturę postrzega się takie aspekty jak: przekonania dotyczące miejsca człowieka w świecie, miejsce religii w życiu społecznym, wzory życia rodzinnego, role płciowe, sposób spędzania wolnego czasu, zasady dotyczące interakcji między ludźmi (np. sposób formułowania wypowiedzi, zachowywanie dystansu fizycznego, niewerbalne gesty) i wiele innych.

Jedną z pierwszych osób, która w sposób naukowy podjęła temat wpływu, jaki na zdrowie i opiekę zdrowotną ma pochodzenie kulturowe pacjenta i personelu medycznego była Madeleine Leininger - pielęgniarka i antropolog, autorka teorii pielęgniarstwa transkulturowego. Teoria ta oparta została przede wszystkim na obserwacjach poczynionych w trakcie pracy w latach 1950 w przychodni zdrowia psychicznego dla dzieci, w której Madeleine Leininger zauważyła potrzebę zrozumienia pochodzenia kulturowego pacjentów oraz uwzględnienia tego kontekstu w pracy z chorymi(62).

Niniejszy rozdział prezentuje wzajemne relacje między pochodzeniem kulturowym a zdrowiem. Relacje te zostały podzielone na dwa obszary: pierwszym jest wpływ czynników związanych z kulturą na fizyczne i psychiczne zdrowie jednostek. Drugim zaprezentowanym obszarem jest wpływ kultury na proces diagnozy, terapii i opieki nad chorymi. Na zakończenie rozdziału przedstawione zostały zagadnienia związane z kompetencjami kulturowymi personelu medycznego w Polsce.

3.1 Kulturowe uwarunkowania zdrowia i choroby

W kontekście zdrowia jednostek i populacji, kultura może pełnić rolę:

- czynnika patogenego (zwiększając ryzyko wystąpienia poszczególnych chorób);
- czynnika terapeutycznego (poprzez promowanie zachowań służących utrzymaniu lub odzyskaniu zdrowia);
- czynnika patoplastycznego (wpływając na sposób odczuwania i ekspresji objawów) (63).

3.1.1 Kultura jako czynnik patogenny i terapeutyczny

Wpływając na postawy i zachowania jednostek kultura kształtuje styl życia, który zgodnie z nowoczesnym podejściem do zdrowia publicznego stanowi kluczowy czynnik warunkujący zdrowie.

Wpływ, jaki czynniki kulturowe mogą mieć na zdrowie, stał się także widoczny podczas globalnej pandemii COVID-19. W chwili kończenia niniejszej pracy, kiedy epidemia ciągle trwa, analizy szukające wytłumaczenia różnego przebiegu rozwoju zakażeń w poszczególnych krajach dopiero się rozpoczynają(64). Możliwe jest jednak, że czynniki

kulturowe mogły mieć wpływ na różny scenariusz epidemii a przez to różnice w liczbie zgonów pomiędzy poszczególnymi populacjami(65,66).

Analizy prowadzone przez zespół Michele Gelfand wskazują, iż w społeczeństwach o kulturach charakteryzujących się ścisłymi normami oraz narzucaniem wielu ograniczeń na zachowania ludzkie (kultury restrykcyjne- ang. „tight”) zachorowalność i umieralność na COVID-19 była mniejsza niż w społeczeństwach należących do tzw. kultur swobodnych (ang. „loose”) (67). Zgodnie z teorią Gelfand historycznie mniejsze narażenie na kryzysy naturalne mogło przełożyć się na słabsze przestrzeganie przez członków kultur swobodnych ograniczeń nakładach przez władze w związku z zagrożeniem wirusem SARS-CoV-2.

Z kolei zgodnie z porównaniami prowadzonymi przez zespół Ratan Dheer, więcej przypadków COVID-19 obserwuje się w społeczeństwach indywidualistycznych oraz egalitarnych, w których dużą wartość przywiązuje się do autonomii obywateli oraz przyzwala się na większą swobodę zachowania. Z kolei w społeczeństwach kolektywistycznych oraz hierarchicznych liczba przypadków COVID-19 jest niższa. Warto podkreślić, iż w analizach tych uwzględnione zostały różnice wynikające z poziomu PKB na mieszkańca, gęstości zaludnienia oraz skuteczności działania rządu(66).

Przykładami regulowanych kulturowo obszarów stylu życia, które mogą chronić zdrowie lub zwiększać ryzyko choroby może być:

- Stosunek do używek

Np. religijny zakaz spożywania alkoholu w społecznościach muzułmańskich przyczynia się do zmniejszenia zarówno występowania choroby alkoholowej jak i powikłań związanych z nadużywaniem alkoholu. Natomiast w społeczeństwach, w których picie alkoholu stanowi część kulturowo akceptowanego stylu życia, różnice w modelu konsumpcji przekładają się na określone konsekwencje zdrowotne – we Francji, gdzie istnieje społeczne przyzwolenie na spożywanie regularnie niewielkich ilości niskoprocentowego alkoholu, ryzyko wystąpienia marskości wątroby jest wyższe niż w przypadku społeczeństw, w których występuje inny model kulturowy picia(31).

Z kolei ze względu na zwyczaj żucia orzechów betelu w krajach Azji południowo-wschodniej, częściej niż w innych populacjach występują tam choroby nowotworowe jamy ustnej i gardła(68).

- Dieta

Np. W literaturze prezentowane są mocne dowody na ochronny wpływ diety śródziemnomorskiej na zdrowie poprzez zmniejszenie ryzyka wystąpienia nadwagi i otyłości, chorób układu krążenia, niektórych nowotworów, cukrzycy i nadciśnienia tętniczego(69).

Przykładem praktyk związanych z jedzeniem, mających wpływ na zdrowie może być także Ramadan – praktykowany przez wyznawców Islamu miesięczny okres postu, w trakcie którego od świtu do zmierzchu powstrzymują się oni m.in. od przyjmowania pokarmów i płynów. Równocześnie często towarzyszy temu zwyczaj obfitych posiłków spożywanych w nocy, składających się z potraw bogatych w tłuszcze i cukier. Jak dowodzą badania, tego typu okresowa zmiana wzoru przyjmowania posiłków i płynów oraz snu prowadzić może do objawów takich jak: bóle głowy, udary cieplne(70), wahania masy ciała, zmiany dotyczące metabolizmu i zaburzenia gospodarki hormonalnej(71), jak również zmian dotyczących funkcjonowania psychicznego – takich jak senność, łatwe irytowanie się oraz obniżenie zdolności poznawczych podczas okresu postu(70). W Wielkiej Brytanii, w okresie Ramadanu w porównaniu do innych miesięcy, obserwuje się wzrost liczby pacjentów – muzułmanów, przyjmowanych w trybie nagłym na izby przyjęć. Również w krajach arabskich zauważa się wzrost liczby hospitalizowanych w czasie postu – m.in. wzrasta liczba poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych, co można tłumaczyć wspomnianym obniżeniem zdolności poznawczych u osób postujących(70).

- Zachowania seksualne

Kultura wpływa na seksualność ludzi określając m.in. społecznie akceptowane orientacje seksualne, zasady dotyczące kontaktów seksualnych czy przekonania dotyczące tego, w jaki sposób powinien odbywać się stosunek seksualny. Przykładem wpływu norm kulturowych dotyczących seksualności na zdrowie jednostek mogą być różnice odnośnie wieku, w którym uważa się osobę za dojrzałą do podjęcia współżycia i zawarcia związku

małżeńskiego. Podczas gdy w Polsce prawo dopuszcza małżeństwa osób powyżej 18 r.ż., w kulturze romskiej przyjęte są małżeństwa dziewcząt już w wieku 16 lat (72). Innym wymiarem wpływu kultury na zdrowie jest stosunek do określonych form antykoncepcji – np. uwarunkowana społecznie lub religijnie niechęć do używania prezerwatyw, która przekłada się na zwiększone ryzyko chorób przenoszonych drogą płciową.

- Kulturowo uwarunkowane ingerencje w ciało

Np. Obrzezanie mężczyzn, które może być wykonywane z powodów religijnych (judaizm, islam, niektóre plemiona afrykańskie) lub poza religijnych (Stany Zjednoczone Ameryki). Obrzezanie kobiet – prawnie zakazane w większości państw na świecie, jednak nadal praktykowane w krajach północno- wschodniej Afryki (Temat okaleczania żeńskich narządów płciowych szerzej został opisany w podrozdziale 5.3.4). Inną formą ingerencji w ciało są tradycyjne tatuaże lub nacięcia wykonywane w celach upiększenia przez niektóre plemiona zamieszkujące Afrykę i Azję.

- Stereotypy dotyczące ról płciowych

Role płciowe są uwarunkowane kulturowo poprzez przypisanie kobietom i mężczyznom odrębnych zestawów cech i zachowań postrzeganych jako właściwe dla danej płci. Różnice te dotyczą także aspektów zachowania istotnych dla zdrowia – jak np. stosunek do aktywności fizycznej i używek, społecznego przyzwolenia na przejawy dbałości o ciało, wymogów kulturowych dotyczących sylwetki itp.(73)

3.1.2 Kultura jako czynnik patoplastyczny

Kultura może wpływać na sposób subiektywnego odczuwania i wyrażania objawów przez chorych - szczególnie w przypadku zaburzeń psychicznych. Na przykład pacjenci cierpiący na depresję kliniczną, w zależności od przynależności kulturowej mogą w różny sposób opisywać objawy psychosomatyczne – chorzy o określonym pochodzeniu częściej opisują skarżą się na bóle głowy (Ameryka Łacińska, kultura śródziemnomorska), kłopoty z sercem (Środkowy Wschód) czy słabość i poczucie nierównowagi (Azja)(63). Z kolei w przypadku schizofrenii paranoidalnej pochodzenie ma wpływ na treść pojawiających się urojeń – wyznawcy chrześcijaństwa i islamu częściej opisują urojenia o treści religijnej, mieszkańcy

Azji – urojenia niewierności, a krajów afrykańskich – urojenia dotyczące spraw społeczności lokalnej(74).

Innym przykładem na kulturową interpretację objawów może być paraliż senny. Jest to pojawiające się przy zasypianiu lub wybudzaniu zjawisko o nieznanym podłożu, w trakcie którego osoba odczuwa paraliż całego ciała przy jednoczesnym zachowaniu świadomości i niekiedy pojawiających się halucynacjach. Stan ten na ogół odczuwany jako bardzo nieprzyjemny i budzący strach(75). Interpretacja tego stanu jest silnie naznaczona kulturowo. W wielu społeczeństwach osoby doświadczające paraliżu sennego opisują go jako atak wrogiej istoty, której celem często jest seksualne wykorzystanie śpiącego. Uważa się, że to właśnie paraliżem sennym można tłumaczyć pojawiające się w kulturach opowieści np. o dżinach w starożytnym Egipcie czy o bożku Panie, nawiedzającym śpiących w starożytnej Grecji. W Polsce podobne odczucia nazywane były w przeszłości atakiem „dusiołka”. Z kolei w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej to właśnie stan paraliżu sennego bywa niekiedy interpretowany jako uprowadzenie przez kosmitów(75).

Wyraźnym przykładem kulturowego uwarunkowania występowania chorób psychicznych są także schorzenia diagnozowane wyłącznie w określonych kręgach kulturowych – np. *koro* (diagnozowane wśród mężczyzn pochodzących z południo-wschodniej Azji zaburzenie lękowe związane z przekonaniem o skurczeniu się i zaniku genitaliów)(74). Z kolei dla społeczeństw Europy Zachodniej charakterystyczne było występowanie zaburzeń odżywiania, takich jak jadłowstręt psychiczny czy bulimia, silnie związanych ze społecznym ideałem piękna wymagającym od kobiet zachowaniem szczupłej sylwetki. Obecnie, ze względu na upowszechnienie się zachodnich wzorów urody, zaburzenia odżywiania są coraz częściej diagnozowane także wśród kobiet pochodzących z krajów Afryki i Azji(31).

3.2 Wpływ czynników kulturowych na proces diagnostyczno-terapeutyczny

Czynniki kulturowe wpływają na proces diagnozy i leczenia w wielu wymiarach, które można podzielić na trzy, wzajemnie się przenikające, obszary wpływu:

- kształtowanie postaw i zachowań pacjenta;
- kształtowanie postaw i zachowań pracowników medycznych;

- kształtowanie procesu komunikacji.

3.2.1 Wpływ środowiska kulturowego na kształtowanie postaw i zachowań pacjenta

Pochodzenie kulturowe może warunkować zachowania chorego w wielu wymiarach. Poniżej przedstawiono niektóre z nich:

- Definiowanie zdrowia i choroby

Czynniki społeczno- kulturowe określają co jest „normalne” a co powinno niepokoić i wymaga interwencji specjalisty. Wzory kulturowe narzucają również sposób interpretacji pojawiających się objawów.

Np. otyłość – w niektórych kulturach postrzegana jest jako choroba, w innych uważana za oznakę zdrowia i dobrobytu(31), zachowania, które obecnie traktowane są jako objawy choroby psychicznej w społeczeństwach tradycyjnych były niekiedy postrzegane jako działanie sił nadprzyrodzonych – opętanie lub objawienie(74).

- Skłonność do korzystania z medycyny tradycyjnej i alternatywnej

Autorytet, jaki mają alternatywne metody terapeutyczne różni się w zależności od danego społeczeństwa jak również poszczególnych jednostek.

Tradycyjna medycyna może przybierać różnorodną postać: od niesformalizowanych przepisów i nakazów „domowego” leczenia, poprzez funkcjonujących samodzielnie „znachorów”, „szamanów” czy „uzdrowicieli”, aż do sformalizowanego systemu medycyny alternatywnej (jak np. medycyna chińska czy Ajurweda).

Należy zaznaczyć, że wpływ tradycyjnych metod terapii na zdrowie nie jest jednoznaczny. Z punktu widzenia medycyny opartej na dowodach naukowych, tradycyjne metody leczenia mogą być oceniane negatywnie (np. podawanie dzieciom alkoholu w przypadku przeziębienia), pozytywnie (np. okłady z zimnych liści kapusty w przypadku obrzęku, stosowanie ziół o dowiedzionej skuteczności) lub neutralnie (np. modlitwa o uzdrowienie).

- Preferencje dotyczące kontaktu fizycznego oraz odsłaniania ciała przed pracownikami medycznymi określonej płci

Zasady dotyczące dotyku – komu wolno dotykać drugiej osoby, jakich miejsc ciała można dotykać i jak długo - różnią się w poszczególnych kulturach(31). Podobnie

różne są zasady dotyczące przyzwolenia na odsłanianie ciała. W związku z tym, przedstawiciele niektórych kręgów kulturowych mogą nie zgadzać się na wykonywanie badań czy zabiegów pielęgnacyjnych przez lekarzy i pielęgniarki płci odmiennej od pacjenta.

- Zgoda lub brak zgody na określone procedury medyczne
Np. sprzeciw wobec transplantacji organów w przypadku Romów, wyznawców niektórych odłamów Islamu, buddyzmu i shintoizmu(31). Z kolei niektóre osoby wyznające religię katolicką mogą nie zgadzać się na pobranie nasienia poprzez masturbację i w związku z tym potrzebować użycia do tego celu specjalnych zbiorniczków umożliwiających pobranie materiału do badania w trakcie stosunku seksualnego z małżonką(76).
- Zwyczaje związane z narodzinami i wychowaniem dzieci
Np. Praktykowana w kulturach wschodniej Azji tradycja „zuoyuezi”, czyli zbiór określonych nakazów i zakazów obowiązujących kobietę w okresie połogu(77), odmienne zasady dotyczące wprowadzania pokarmów stałych do diety dziecka – np. podczas gdy w Polsce często pierwszym pokarmem dzieci jest rozgotowana marchewka, w kulturach azjatyckich - kleik ryżowy.
- Zwyczaje związane z chorobą, niepełnosprawnością, umieraniem i śmiercią
Np. określone rytuały religijne dokonywane w związku z chorobą, takie jak sakrament namaszczenia chorych, obowiązek pochowania osoby zmarłej w określonym czasie po śmierci, zgoda lub brak zgody na kremację zwłok itp. W kulturze romskiej bardzo istotnym zwyczajem jest uroczyste pożegnanie umierającego przez całą rodzinę – nawet dalekich krewnych, którzy przybywają aby zgromadzić się przy łóżku umierającego. Zwyczaj ten często budzi niechęć pracowników oddziałów szpitalnych, dla których częste i liczne odwiedziny mogą stanowić utrudnienie w pracy(78).

3.2.2 Wpływ pochodzenia kulturowego pracowników opieki zdrowotnej na zachowania w kontakcie z pacjentem

Należy mieć świadomość, że na przebieg procesu terapeutycznego wpływ ma nie tylko pochodzenie kulturowe pacjenta, ale i pracownika medycznego, z którym pacjent ma kontakt. Choć przy wyborze procedur medycznych personel powinien kierować się standardami

i dowodami naukowymi, przekonania i postawy uwarunkowane kulturowo mogą mieć wpływ na sposób realizacji opieki. Przykładem takiego wpływu może być odmowa zlecenia określonej terapii czy wykonania określonych procedur z powodów religijnych – np. aborcji.

Innym obszarem, przynajmniej częściowo uwarunkowanym kulturowo są wyznawane stereotypy. Przekonania i uprzedzenia związane z rasą czy pochodzeniem etnicznym pacjenta mogą mieć wpływ na przebieg procesu leczenia(79,80). Na przykład badania prowadzone w USA pokazują, że dzieci czarnoskóre otrzymują mniej środków przeciwbólowych w sytuacji ostrego zapalenia wyrostka od dzieci białych – mimo, że nie ma żadnych medycznych wskazań do różnicowania farmakoterapii(80).

W tym kontekście warto wspomnieć o badaniach prowadzonych przez Annę Majdę wśród studentów kierunku pielęgniarstwa, w których akceptującą postawę wobec Romów wykazało jedynie 23% badanych studentów, wobec muzułmanów 31% zaś wobec Żydów 45% ankietowanych. Równocześnie badani charakteryzowali się niewielką samoświadomością dotyczącą posiadanych uprzedzeń(81).

Warto także zwrócić uwagę na wpływ czynników kulturowych na funkcjonowanie całego systemu opieki zdrowotnej oraz dyscypliny naukowej jaką jest medycyna. Współczesna medycyna narodziła się bowiem w określonym kontekście społecznym i w dalszym ciągu przeważająca większość badaczy zajmujących się rozwojem nauk medycznych wywodzi się lub kształci w ośrodkach naukowych w określonych krajach – przede wszystkim Europy Zachodniej i Ameryki Północnej. Należy mieć świadomość, że taka sytuacja wpływa na sposób funkcjonowania ośrodków opieki zdrowotnej i standardów, którymi posługują się pracownicy medyczni. Przykładem wpływu kontekstu kulturowego na sposób sprawowania opieki medycznej może być Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10³⁷. Jak pokazują analizy, w opisach dotyczących chorób – w szczególności zaburzeń psychicznych - nie uwzględniono w wystarczającym stopniu kulturowych różnicowań dotyczących objawów chorobowych(58). Warto zauważyć, że opublikowana przez Światową Organizację Zdrowia w czerwcu 2018 roku nowa wersja klasyfikacji – ICD 11, została uzupełniona o dodatkowy rozdział poświęcony zaburzeniom rozpoznawanym przez tradycyjną medycynę(82).

³⁷ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) – opracowywany przez Światową Organizację Zdrowia ujednolicony spis jednostek chorobowych wraz z kodami.

3.2.3 Komunikacja międzykulturowa

W przypadku kontaktu między pacjentem a pracownikiem medycznym komunikacja odgrywa bardzo istotną rolę. Skuteczna komunikacja służy nie tylko poprawnemu przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego, właściwemu przekazaniu pacjentowi informacji o postawionej diagnozie oraz planowanej terapii czy umożliwieniu wyrażania świadomej zgody na leczenie, ale ma także wiele innych funkcji, takich jak zbudowanie zaufania ze strony pacjenta i rodziny, zapewnienie ich współpracy czy wsparcie psychiczne chorego.

Sytuacja, w której komunikują się dwie osoby wywodzące się z różnych kręgów kulturowych nazywana jest komunikacją międzykulturową. Jak pisze Emilia Jaroszewska jest to złożony proces, którego skuteczność jest warunkowana przez wiele czynników(31). Jaroszewska dzieli bariery w komunikacji międzykulturowej na cztery kategorie: wynikające z odmiennego doświadczenia, werbalne, parawerbalne oraz niewerbalne(83).

- Bariery wynikające z odmiennych doświadczeń

Wcześniejsze doświadczenia budują kontekst mający wpływ na tworzenie i odbieranie komunikatów. Doświadczenie każdego człowieka jest unikatowe, dlatego zawsze osoby komunikujące się ze sobą różni zasób wcześniejszych przeżyć. W przypadku pacjenta cudzoziemca i lekarza obszar wspólnych doświadczeń jest zwykle niewielki, gdyż obszary te kształtowane są przez kultury, do których przynależą. Z tego powodu konieczna jest wyjątkowa empatia umożliwiająca właściwą komunikację z osobami o odmiennym bagażu przeszłych przeżyć.

Przykładem takich problemów może być przewrażliwienie osób, które w przeszłości doznawały wielokrotnie rasizmu i mogą nawet neutralne komunikaty odczytywać jako nacechowane dyskryminacją(83). Nieporozumienia mogą wynikać także z odmiennych zwyczajów w systemie opieki medycznej w kraju pochodzenia pacjenta – np. brakiem wymagania recepty na określone środki farmaceutyczne, czy odmiennych zwyczajów dotyczących tego, w jakie rzeczy osobiste chory powinien zaopatrzyć się przed hospitalizacją (takie jak np. własna piżama, sztućce, kubek etc.).

- Bariery werbalne

Bariery werbalne dotyczą sytuacji, kiedy pomimo pozornej znajomości języka obcego dochodzi do nieporozumienia. Może to wynikać z różnego zakresu znaczeniowego tak samo tłumaczonych słów np. w potocznym języku polskim słowo „ręka” jest rozumiane jako cała kończyna górna, jednak tłumaczenie na język angielski - „hand” - oznacza jedynie dłoń³⁸(31). Innym przykładem jest rozumienie właściwego kontekstu kultowego form grzecznościowych „pan/pani”, które nie występują w wielu językach (m.in. języku angielskim), a których pomijanie może być odbierane jako brak kultury lub nadmierna poufałość(31). Znajomość kontekstu kulturowego pomaga również w interpretacji sposobu wydawania poleceń, które wymagają zastosowania odpowiedniego trybu i osoby gramatycznej³⁹.

- Bariery parawerbalne

Komunikowanie parawerbalne dotyczy określonego sposobu mówienia - głośności, płynności, szybkości i intonacji, a także wzajemnej dynamiki wypowiedzi dwóch rozmówców(31). Warto mieć świadomość, że odmienny sposób mówienia cudzoziemca może być przyczyną uczucia irytacji czy wpływać na sposób postrzegania obcokrajowca (np. osoby pochodzące z kultur wschodniej Azji, w których przyjęte jest ciche i wolniejsze mówienie, mogą być odbierane jako osoby nieśmiałe i niepewne siebie)(83).

- Bariery niewerbalne

Oczywistymi przykładami barier niewerbalnych są „emblematory” – a więc gesty mające określone znaczenie w danej kulturze(83). Nieporozumienie może wynikać z niezajomości lub odmiennej interpretacji takich gestów – np. charakterystyczne dla kultury indyjskiej kiwanie głową na boki na znak zgody czy aprobaty, które może być błędnie zrozumiane jako przeczenie.

Również inne zachowania niewerbalne są uwarunkowane kulturowo – jak chociażby normy dotyczące kontaktu wzrokowego. Reguły dotyczące tego kto i jak długo może patrzeć w oczy innej osobie mogą różnić w zależności od danej kultury oraz relacji między dwiema osobami (m.in. w zależności od ich płci, pozycji społecznej, wieku etc.). Interakcja dwóch osób wywodzących się ze społeczeństw o odmiennych normach w tym zakresie może prowadzić

38 A więc paradoksalnie zakres rozumienia angielskiego słowa „hand” jest zgodny z terminologią medyczną, w której jako „rękę” rozumie się nadgarstek, śródreżce i palce.

39 Na przykład w trakcie badania lekarz może użyć różnych form wydawania polecenia: „Rozbierz się!”, „Proszę się rozebrać!”, ale też charakterystycznego użycia pierwszej osoby liczby mnogiej – tj. „Rozbieramy się!”. Dla właściwego zrozumienia tej wypowiedzi niezbędne jest rozumienie jej kulturowego kontekstu.

do nieporozumień – osoba unikająca kontaktu wzrokowego może być postrzegana jako nieszczerza lub zakłopotana, zaś osoba długo patrząca bezpośrednio w oczy rozmówcy jako intruzywna lub nawet agresywna(31).

Ponadto przyczyną barier w komunikacji mogą być głębokie różnice pomiędzy określonymi kulturami. Badacze zajmujący się różnicami międzykulturowymi często dzielą kultury w zależności od określonych wymiarów. Jednym z klasycznych modeli dotyczącym różnic kulturowych jest podział zaproponowany przez amerykańskiego antropologa, Edwarda T. Hall'a(84), który wyróżnił trzy wymiary kultury:

1. Styl komunikacji

Kultury wysokiego kontekstu (np. kraje arabskie, wschodnia Azja, Afryka) to kultury, w których znaczna część komunikacji nie jest przekazywana werbalnie i wprost, ale jest wyrażona poprzez niewerbalne komunikaty (takie jak znaczące gesty czy ton głosu) oraz kontekst kulturowy prowadzonej rozmowy. Z kolei członkowie kultur niskiego kontekstu (np. kraje skandynawskie, Europy Zachodniej, Ameryki Północnej) przyzwyczajeni są do bezpośredniego wyrażania przekazywanej treści.

Pacjent z kultury wysokiego kontekstu może łagodnie opisać odczuwane objawy, nie zadawać pytań dotyczących leczenia czy nie wyrażać wprost braku zgody ze stwierdzeniami pracowników medycznych(31).

2. Stosunek do czasu:

Edward T. Hall podzielił kultury na polichroniczne (w których określenia czasu traktowane są orientacyjnie, a jej członków charakteryzuje duża tolerancja na odstępstwa od zaplanowanych harmonogramów – np. kraje południowej Azji, Afryki, kraje latynoamerykańskie) oraz monochroniczne (w których przywiązuje się dużą wagę do precyzyjnego realizowania harmonogramów – np. kraje Europy Zachodniej oraz Ameryki Północnej). W trakcie opieki nad chorym te różnice w postrzeganiu czasu mogą być szczególnie istotne przy umawianiu się na wizyty. Pacjenci pochodzący z kultur polichronicznych mogą częściej spóźnić się na zaplanowaną wizytę i nie rozumieć, iż spóźnienie może uniemożliwić przyjęcie przez lekarza. Z kolei dla pracowników szpitala, pochodzących z kultury monochronicznej, takie zachowanie może być odebrane jako przejaw lekceważenia i braku szacunku.

3. Proksemika

Kultury kontaktowe to kultury, w których akceptowany jest niewielki dystans i dotyk pomiędzy rozmówcami, bezpośrednie patrzenie w oczy (np. kraje śródziemnomorskie, kraje arabskie). Przedstawiciele kultur niekontaktowych (Japonia, kraje skandynawskie) zachowują większy dystans fizyczny oraz rzadziej dotykają się w trakcie interakcji⁴⁰. W przypadku pacjenta pochodzącego z takiej kultury gest, który ma na celu pocieszenie jak np. poklepanie po ręce, może być odebrane jako natarczywość i naruszenie granic osobistych. W wielu kulturach (kraje arabskie, Indie) w większym stopniu niż w krajach europejskich akceptowany jest dotyk pomiędzy dorosłymi mężczyznami – na przykład trzymanie się za ręce w miejscach publicznych. W krajach europejskich takie zachowanie może zostać interpretowane jako przejaw homoseksualizmu.

Warto jednocześnie zauważyć, że przeszkodą we właściwym porozumieniu pomiędzy personelem medycznym a pacjentem i jego rodziną, może być zarówno nie dostrzeganie różnic wynikających z kultury bądź założenie, że pokonanie barier kulturowych jest obowiązkiem wyłącznie pacjenta; ale także nadmierne podkreślanie znaczenia różnic kulturowych(31). Należy podkreślić, iż także pomiędzy osobami pochodzącymi z tego samego kraju mogą występować znaczące różnice, wynikające z odmiennego wykształcenia, pochodzenia społecznego, występujących wewnątrz jednego kraju różnic religijnych i kulturowych.

Warto zauważyć, iż nawet w tak homogenicznym kraju o stosunkowo niedużej populacji jak Polska, można wyróżnić grupy społeczne znacząco różniące się od siebie w zakresie zachowań związanych ze zdrowiem, stylem życia czy przestrzeganiem zasad religijnych. Mimo pozornej przewagi wyznawców religii katolickiej w Polsce, stosunek wielu pacjentów do zasad religijnych nie jest ortodoksyjny (np. w zakresie stosowania antykoncepcji, przestrzegania postu czy regularnego uczestnictwa w nabożeństwach). Podobnie jak w przypadku pacjentów pochodzących z polskiego obszaru kulturowego błędne byłoby założenie, iż z pewnością wszyscy stosują tradycyjną polską dietę oraz kierują się zasadami religii katolickiej, również w przypadku osób pochodzących z innych krajów należy

40 Warto zauważyć, że kwestie związane z proksemiką stały się szczególnie ciekawe w kontekście rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2. Otwarte pozostaje pytanie czy na przebieg pandemii w poszczególnych populacjach mogły mieć wpływ (obok innych czynników) kulturowo uwarunkowane różnice dotyczące dystansu oraz dotyku. W okresie epidemii wyraźne stały się zmiany w zakresie norm społecznych dotyczących kontaktu (np. zmiana sposobu witania się, zachowania odstępu pomiędzy osobami nie mieszkającymi ze sobą). W tej chwili trudno jednak ocenić na ile trwałe i powszechne będą te zmiany.

zachować ostrożność przy stawianiu założeń dotyczących ich zachowania – nikt nie jest bowiem „typowym” przedstawicielem swojej kultury. Z tego powodu wskazane jest zachowanie indywidualnego podejścia do wszystkich pacjentów. Ponadto przy kontakcie z cudzoziemcami warto uwzględniać długość pobytu w Polsce oraz stopień asymilacji – inny u osoby która migrowała stosunkowo niedawno a inny u osoby która np. studiowała na polskim uniwersytecie.

W związku z powyższym należy mieć świadomość, iż w przypadku pacjentów cudzoziemców istnieje ryzyko nadinterpretacji obserwowanych zachowań jako wynikających jedynie z odmiennego pochodzenia kulturowego, a nie cech i wyborów osobniczych. Takie podejście także może prowadzić do nieporozumień komunikacyjnych (np. gdy pacjent odczuje, iż w swoim podejściu personel kieruje się stereotypami) lub nieprawidłowej diagnozy (np. gdy dane zachowanie zostanie odebrane jako wynikające z różnic kulturowych a nie odczuwanych objawów takich jak ból).

3.3 Kompetencje kulturowe kadry medycznej w Polsce

Analiza programów nauczania jedenastu największych uczelni medycznych w Polsce prowadzona przez Katarzynę Beatę Głodowską i in. (85) wykazała, iż w większości programów kształcenia lekarzy, pielęgniarek i położnych, tematyka związana z wpływem różnic międzykulturowych na zdrowie i medycynę jest jednym z elementów poruszanych na zajęciach o szerszym zakresie takich jak np. historia medycyny, filozofia i etyka opieki położniczej, socjologia, psychologia kliniczna czy psychiatria⁴¹. Trudno ocenić, w jakim stopniu ta tematyka jest uwzględniana w trakcie zajęć, niemniej wydaje się, iż w związku z niewielką liczbą godzin poświęconych temu tematowi, treści związane z problemem wielokulturowości nie są przedstawiane w sposób kompleksowy. Jednocześnie warto zauważyć, że dwa z uniwersytetów medycznych, których program został poddany analizie, zdecydowały się na wprowadzenie zajęć obligatoryjnych dotyczących udzielania świadczeń pacjentom pochodzącym z innego kręgu kulturowego. Zastanawiający wydaje się fakt, iż zajęcia te są skierowane jedynie do przyszłych pielęgniarek i położnych, nie zaś lekarzy.

⁴¹ Dotyczy to także uniwersytetu kształcącego personel medyczny w województwie mazowieckim – tj. Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

W kolejnych dwóch uniwersytetach zdecydowano się na zaproponowanie studentom zajęć fakultatywnych poświęconych tematom związanym z wielokulturowością⁴².

Niewiele jest badań dotyczących kompetencji międzykulturowych kadry medycznej w Polsce. Jedną z nielicznych tego rodzaju analiz obejmującą przedstawicieli różnych grup zawodowych jest badanie prowadzone w 2013 roku przez zespół pod kierownictwem Małgorzaty Szkup-Jabłońskiej, w ramach którego 200 pracowników systemu ochrony zdrowia zostało zbadanych za pomocą kwestionariusza Cross-Cultural Competence Inventory. Analiza wyników wykazała zróżnicowanie dotyczące kompetencji kulturowych w zależności od wieku, płci i zawodu. Wyższe wyniki w zakresie otwartości i zrozumienia uczuć pacjentów odmiennych kulturowo wykazywały osoby młode oraz kobiety. Ponadto w porównaniu z innymi zawodami, większą empatię i elastyczność poznawczą wykazywały osoby zatrudnione na stanowisku pielęgniarki(86). Wyniki te są szczególnie interesujące w kontekście zauważalnej przewagi analiz dotyczących kompetencji kulturowych prowadzonych wśród pielęgniarek w porównaniu z tymi dotyczącymi przedstawicieli innych zawodów medycznych.

W badaniach prowadzonych przez Beatę Ogórek–Tęczę i in.(87) 62,3% pielęgniarek stwierdziło, że odczuwało trudności w trakcie udzielania świadczeń pacjentom wyznającym inną religię. Na potrzebę poprawy kompetencji kulturowych personelu medycznego wskazuje badanie prowadzone wśród pielęgniarek przez Kazimierę Zdziebło i in.(88), w którym 92,5% ankietowanych przyznało, iż nie czuje się przygotowane do efektywnego kontaktu z osobą prezentującą inną kulturę. Równocześnie ponad 90% badanych zgodziło się z twierdzeniem, że w pracy zawodowej pielęgniarki/pielęgniarsza potrzebna jest znajomość innych kultur. Także w badaniach prowadzonych przez Joannę Strzelczyk i in.(41) 64% badanych przyznało, że zwiększenie wiedzy pielęgniarek na temat innych kultur wydaje im się ważne i potrzebne. Jako preferowaną formę pogłębiania wiedzy respondenci wskazali na spotkania z przedstawicielami danej kultury, dostęp do literatury oraz zajęcia dotyczące innych kultur.

42 Warto również zauważyć działania zmierzające do zwiększenia kompetencji pracowników medycznych prowadzone przez organizacje pozarządowe np. szkolenie „Weź kurs na międzykulturowość” prowadzone przez Helsińską Fundację Praw Człowieka czy zajęcia dla studentów „Międzykulturowość w gabinecie lekarskim” prowadzone na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA.

Badanie prowadzone przez zespół Alicji Dudy, którego celem było porównanie wiedzy dotyczącej opieki nad pacjentem wyznającym islam wśród personelu pielęgniarskiego w Polsce i Wielkiej Brytanii wskazuje, iż pielęgniarki w Polsce dysponują znacząco mniejszą wiedzą odnośnie zajmowania się pacjentami – muzułmanami od koleżanek zatrudnionych w Wielkiej Brytanii(89).

3.4 Podsumowanie

Pochodzenie kulturowe wpływa zarówno na stan zdrowia pacjentów jak i przebieg ich kontaktu z przedstawicielami systemu ochrony zdrowia. W trakcie udzielania świadczeń istotne są uwarunkowania kulturowe obu uczestników interakcji – zarówno chorego jak i pracownika medycznego. Różnice kulturowe mogą stanowić barierę w skutecznej diagnostyce, zaplanowaniu terapii i efektywnej komunikacji z pacjentem. Z tego powodu istotne jest wykształcenie odpowiednich kompetencji personelu medycznego. Nabywanie kompetencji międzykulturowych jest złożonym procesem, w trakcie którego konieczne jest wykształcenie odpowiedniej postawy wobec inności, zdobycie wiedzy na temat innej kultury jak również umiejętności praktycznych(90). Szczególnie istotna jest samoświadomość dotycząca istniejących uprzedzeń i stereotypów.

Jednocześnie wydaje się, że celem edukacji personelu nie powinno być przekazanie dogłębnej wiedzy na temat wszystkich kultur, z których przedstawicielami można potencjalnie spotkać się w praktyce klinicznej – co jest nierealistycznym oczekiwaniem. Wydaje się, że najistotniejsze powinno być przekazanie informacji dotyczącej obszarów potencjalnych różnic oraz budowanie postawy otwartości, indywidualnego podejścia do pacjenta oraz umiejętności zbierania informacji o kulturze (zarówno od osoby pacjenta, jego rodziny, jak i z innych źródeł) w sytuacji, kiedy zajdzie konieczność udzielania świadczeń konkretnemu choremu. Celowe wydają się również szkolenia dotyczące kontaktu z pacjentami, z którymi dany pracownik medyczny ma najczęściej kontakt (np. ze względu na dominującą mniejszość zamieszkującą dany obszar).

Zgodnie z koncepcją Josephy Campinha-Bacote proces zdobywania wiedzy dotyczącej kultury danej grupy pacjentów przechodzi przez określone etapy(90):

1. Nieświadoma niekompetencja: charakteryzująca się niedostrzeganiem wpływu kultury pacjenta i pracownika opieki zdrowotnej na aspekty medyczne;
2. Świadoma niekompetencja: pracownik opieki medycznej zaczyna zdawać sobie sprawę z wpływu, jaki na różne aspekty opieki ma kultura, jednak nie zna uwarunkowań kulturowych dotyczących danego pacjenta;
3. Świadoma kompetencja: gdy pracownicy medyczni są świadomi wpływu kultury na zdrowie i refleksyjnie wykorzystują to w swojej praktyce klinicznej w celu zwiększenia skuteczności procesu diagnozy i terapii;
4. Nieświadoma kompetencja: kiedy włączanie specyficznych kulturowo praktyk staje się tak oczywiste i naturalne dla pracowników medycznych, że spontanicznie dostosowują oni swoje działania do kultury pacjenta.

Wydaje się, że kluczowym etapem jest przejście personelu od „nieświadomej” do „świadomej niekompetencji” – co może stać się przyczynkiem do poszukiwania wiedzy na temat kultury danego pacjenta. Jak pisze Campinha-Bacote jest to możliwe m.in. dzięki odpowiednim kursom i szkoleniom skierowanym do personelu medycznego(90).

Warto również zauważyć, iż uwrażliwienie personelu medycznego na problemy związane z pochodzeniem kulturowym pacjenta wpisuje się w szersze postulaty związane naciskiem na indywidualne podejście do pacjentów charakterystyczne m.in. dla podejścia relacyjnego (91) czy medycyny narracyjnej(92). Podejścia te zauważają konieczność budowania interakcji pomiędzy przedstawicielami placówek medycznych a osobami korzystającymi z ich świadczeń w taki sposób, aby uwzględnić subiektywne postrzeganie choroby z perspektywy pacjenta oraz zachować jego podmiotowość. Takie podejście może zapewnić podniesienie jakości udzielanych świadczeń dla wszystkich pacjentów – nie tylko cudzoziemców.

ROZDZIAŁ 4. ZDROWIE MIGRANTÓW - SPECYFICZNE PROBLEMY ZDROWOTNE ZWIĄZANE Z MIGRACJĄ

4.1 Zdrowie imigrantów na tle zdrowia pozostałej części populacji

Pomimo barier w dostępie do opieki medycznej, wiele badań epidemiologicznych wskazuje na lepszą kondycję zdrowotną populacji imigrantów w porównaniu do społeczeństwa przyjmującego(93). Tendencja ta jest wyraźna pomimo często gorszych socjo-ekonomicznych warunków życia cudzoziemców. Istnieje kilka różnych hipotez tłumaczących to zjawisko, wszystkie z nich znajdowały potwierdzenie w badaniach(94).

"Healthy migrant effect" (pol. "Efekt zdrowego migranta") to hipoteza wskazująca na wstępną selekcję dotyczącą osób decydujących się na wyjazd ze swojego kraju pochodzenia. Niezależnie od przyczyn poszukiwania nowego miejsca zamieszkania – czy wyjazd był motywowany względami ekonomicznymi, poszukiwaniem lepszych perspektyw edukacyjnych czy wymuszony prześladowaniami w kraju pochodzenia – zwykle decyzję o opuszczeniu ojczyzny podejmują ludzie młodzi, cieszący się lepszym zdrowiem i ponadprzeciętnymi umiejętnościami społecznymi. Osoby w gorszej kondycji fizycznej lub psychicznej, cierpiące na choroby przewlekłe czy niepełnosprawności, rzadziej decydują się na przeprowadzkę do innego kraju (93).

Hipoteza „Salmon bias” (pol. „Błąd łososia”) zakłada, że w sytuacji nagłego pogorszenia się stanu zdrowia cudzoziemcy decydują się na powrót do kraju pochodzenia (95). Wyjazdy osób z problemami zdrowotnymi mogą tłumaczyć niższe wskaźniki zachorowalności i śmiertelności w tych grupach. Jak wskazują niektóre badania terminalnie chorzy pacjenci często wolą wracać do swojego kraju pochodzenia aby spędzić ostatnie dni życia w swojej ojczyźnie, w otoczeniu najbliższych(93).

Inna hipoteza "time travellers" (pol. „Podróżnicy w czasie”) sugeruje, że wiele z osób migrujących to osoby przeprowadzające się z krajów rozwijających się (tzw. Globalne Południe) do krajów rozwiniętych (tzw. Globalna Północ). Zmiana kraju zamieszkania daje im szansę na odczucie wpływu na stan zdrowia postępu medycyny oraz rozwoju społecznego. W krajach rozwijających się znaczna część zgonów wynika z rozprzestrzenienia się chorób

zakaźnych, przyczyn okołoporodowych oraz braku dostępu do zaawansowanych metod diagnostyki i terapii. W przypadku przyjazdu do kraju o bardziej rozwiniętej opiece zdrowotnej, ryzyko zgonu z wyżej wymienionych przyczyn gwałtownie spada. Z kolei znacznie wolniej daje się zauważyć wpływ na zdrowie czynników ryzyka charakterystycznych dla krajów rozwiniętych, które są przede wszystkim związanych ze stylem życia (choroby sercowo-naczyniowe oraz nowotwory)(96).

Należy zauważyć, że przedstawione hipotezy nie wykluczają się wzajemnie, ale wszystkie mogą stanowić częściowe uzasadnienie stosunkowo lepszych od przeciętnych wskaźników dotyczących stanu zdrowia migrantów. Warto także podkreślić, iż badanie zdrowia osób z doświadczeniem migracyjnym jest trudne ze względu na wybór grupy kontrolnej – wyniki zależą m.in. od tego czy do porównań przyjmujemy stan zdrowia społeczeństwa przyjmującego, populacji kraju pochodzenia cudzoziemców czy też prowadzone będą badania panelowe porównujące wskaźniki dotyczące zdrowia w tej samej grupie migrantów.

W Polsce brakuje aktualnych jest analiz dotyczących oceny stanu zdrowia cudzoziemców⁴³. Zespół Doroty Cianciary na podstawie danych z Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej prowadził między innymi ocenę sytuacji zdrowotnej migrantów w Polsce w latach 2008-2009(27). Na podstawie zebranych danych można było zauważyć częstsze, niż w przypadku pacjentów będących obywatelami Polski, leczenie z powodu urazów i zatruc. Większa liczba urazów może być związana z typem pracy wykonywanej przez cudzoziemców (pracownicy fizyczni). Mężczyźni częściej hospitalizowani byli ze względu na choroby sercowo-naczyniowe, co może być uwarunkowane różnicami w stylu życia (m.in. dieta). Ponadto wśród cudzoziemek zaobserwowano większą liczbę porodów, co może mieć związek np. z różnicami kulturowymi dotyczącymi modelu rodziny. Cudzoziemcy rzadziej od innych pacjentów byli przyjmowani w trybie planowym, a częściej nagłym – być może zjawisko to wynika z braku ubezpieczenia zdrowotnego lub z faktu, iż w sytuacji konieczności planowego leczenia wracają oni do swojego kraju pochodzenia. Jednocześnie zwykle hospitalizacja cudzoziemców trwała krócej od hospitalizacji Polaków. Warto w tym kontekście zauważyć, że badacze zwrócili uwagę na pojawiające się braki przy wypełnianiu kart informacyjnych – szczególnie częsty brak informacji o kraju pochodzenia pacjenta.

⁴³ Należy zauważyć, iż prowadzone były badania dotyczące zachowań zdrowotnych specyficznej grupy cudzoziemców – tj. studentów pochodzących m.in. z Wietnamu(97), Tajwanu(98), Norwegii(1). W badaniach analizie poddano zwyczaję dotyczące diety, stosowanych używek oraz zachowań ryzykownych.

4.2 Endemiczne problemy medyczne

Migracja osób z różnych populacji niesie ze sobą ryzyko przeniesienia choroby występującej endemicznie w kraju pochodzenia migranta. Część z tych chorób występuje w Polsce bardzo rzadko – jak choroby, którymi zakażenie może nastąpić w określonych szerokościach geograficznych – jak np. malaria, leiszmanioza czy dur wysypkowy(99). Inną grupę chorób stanowią jednostki występujące w Polsce, jednak o zachorowalności niższej niż w krajach, z których przyjeżdżają cudzoziemcy. Przykładem takiej choroby może być lekkooporna gruźlica, której występowanie na terenie Ukrainy, a także Rosji i Białorusi jest wyższe niż na terenie Polski(100–103).

W okresie pandemii koronawirusa wprowadzano rozróżnienie na kraje oraz regiony, w których występowała lokalna transmisja wirusa SARS-CoV-2 oraz obszary, w których lokalna transmisja jeszcze nie wystąpiła (lub już nie występuje). W związku z powyższym, w zależności od rozwoju sytuacji epidemicznej zmieniały się m.in. rekomendacje Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczące podróży, zasady dotyczące kwarantanny czy testowania osób, u których wystąpiły objawy i które przebywały w regionach o lokalnej transmisji. Oczywiście zasady te dotyczyły zarówno cudzoziemców jak i Polaków przybywających z zagranicy.

W Polsce prowadzone są badania epidemiologiczne dotyczące wąskiej grupy cudzoziemców – osób w procedurze uchodźczej, które znalazły się w ośrodkach recepcyjnych (tzw. Filtr epidemiologiczny, szerzej omówiony w podrozdziale 1.2.1). W latach 2008-2015 badaniom w ramach filtra poddano blisko 40 tysięcy osób oraz stwierdzono łącznie 5 533 przypadków nosicielstwa chorób zakaźnych. Najczęściej diagnozowano wirusy WZW typu B i C(32,33).

Warto zauważyć, że Światowa Organizacja Zdrowia nie rekomenduje obowiązkowych badań przesiewowych wśród cudzoziemców: nie ma bowiem dowodów na skuteczność i efektywność kosztową tego typu programów(104). WHO zwraca wręcz uwagę, że takie działania mogą budzić niepokój zarówno społeczeństwa przyjmującego jak i środowisk migrantów, a także zniechęcać do szukania pomocy medycznej. Pozytywny wpływ na zdrowie cudzoziemców może mieć za to ułatwianie dostępu do badań i opieki medycznej oraz oferowanie imigrantom szerokich programów zdrowotnych, obejmujących obok badań w kierunku chorób zakaźnych kompleksową ocenę stanu zdrowia(104,105).

Warto zwrócić uwagę, że odmienności mogą dotyczyć nie tylko częstości występowania ale także przebiegu niektórych chorób (np. różnic w objawach chorób dermatologicznych, które mogą objawiać się w różny sposób w zależności od pochodzenia etnicznego pacjenta(106).

4.3 Szczepienia ochronne

Rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych jest jednym z obszarów, w których wyraźnie widać bezpośredni związek pomiędzy polityką migracyjną a zdrowiem publicznym. Obecna epidemia wirusa SARS-CoV-2 pokazała to jednoznacznie, zmuszając kraje do czasowego narzucenia ograniczeń związanych z przemieszczaniem się transgranicznym – zarówno na swoich obywateli jak i cudzoziemców – czy nakładając obowiązek kwarantanny na podróżujących.

Jednym z podstawowych sposobów zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorób i skutecznej ochrony zdrowia populacji są szczepienia ochronne. Aby zapewnić bezpieczeństwo populacji konieczne jest zapewnienie poziomu wyszczepienia powyżej progu gwarantującego tzw. odporność stadną. Próg ten jest różny dla różnych chorób, jednak zwykle wynosi około 95% osób żyjących na danym terenie. Dotyczy to także cudzoziemców.

Wytyczne dotyczące szczepienia migrantów opracowane zostały przez European Centre for Disease Prevention and Control(107). Zgodnie z wytycznymi ECDC dowodem dokonania szczepień mogą być tylko oryginalne dokumenty wydane w kraju pochodzenia cudzoziemca przez uprawnione organy(108). Wielu cudzoziemców może nie posiadać takich dokumentów – dotyczy to m.in. migrantów przymusowych. W przypadku braku dokumentów potwierdzających nabycie odporności na choroby zakaźne można wykonać badanie serologiczne w celu sprawdzenia statusu immunologicznego lub zdecydować się na traktowanie pacjenta jako niezaszczepionego. Jak wskazuje Janusz Kocik, nie jest jednoznaczne, które podejście jest właściwe: badania serologiczne nie zawsze są wiarygodne, z drugiej strony szczepiąc automatycznie dzieci nie posiadające udokumentowanej historii szczepień ryzykuje się nadimmunizację pacjenta(105).

Przykładem możliwych rezultatów nieskutecznych rozwiązań dotyczących szczepień cudzoziemców może być sytuacja związana ze zwiększeniem liczby zachorowań na odrę na przełomie 2018 i 2019 roku. Przypadki zachorowania na odrę w Polsce były przede

wszystkich związane z zawlekaniami tej choroby z zagranicy – chorowali cudzoziemcy lub niezaszczone osoby, które zostały zakażone wirusem przez cudzoziemców(109). Wzrost zachorowań na odrę w Polsce miał związek z sytuacją epidemiologiczną w Ukrainie, gdzie w ostatnich latach znacząco spadł stopień wyszczenia dzieci. Miało to związek z dezorganizacją systemu opieki zdrowotnej i spadkiem społecznego zaufania do szczepionek – wywołanym najprawdopodobniej na skutek wojny informacyjnej prowadzonej przez Rosję(110). W 2009 roku w Ukrainie 95% dzieci w odpowiednim wieku otrzymywało drugą (a zarazem ostatnią) rekomendowaną dawkę szczepienia, w 2016 liczba ta wynosiła jedynie 31%(110). Obecnie dzięki staraniom władz Ukrainy wskaźnik wyszczenia populacji znów się podnosi. Mimo to liczba osób chorujących na odrę w Ukrainie pozostaje jedną z najwyższych w Europie. Według danych WHO pomiędzy lipcem 2017 a czerwcem 2018 na odrę w Ukrainie zachorowało 26 894 osób (w tym samym okresie w Polsce zarejestrowano jedynie 95 przypadków)(111).

4.4 Wpływ doświadczenia migracyjnego na zdrowie

4.4.1 Choroby częściej występujące wśród osób z doświadczeniem migracyjnym

Niektóre schorzenia mogą wynikać z samego doświadczenia migracji. Wiele badań prowadzonych wśród społeczności cudzoziemców wskazuje, że niektóre choroby psychiczne takie jak schizofrenia (112) czy depresja (113) mogą być katalizowane przez stres związany ze zmianą miejsca zamieszkania.

Specyficzne problemy dotyczą migrantów przymusowych, doświadczających prześladowania lub konfliktu zbrojnego w kraju pochodzenia, jak również ofiary handlu ludźmi. Ich przeżycia mogą odbijać się zarówno na zdrowiu psychicznym jak i fizycznym. Tortury, doświadczenia wojenne czy niebezpieczna podróż z kraju pochodzenia mogą powodować Syndrom Stresu Pourazowego (PTSD). Przemoc fizyczna i seksualna mogą skutkować uszkodzeniami ciała wymagającymi leczenia i rehabilitacji(10).

4.4.2 Wpływ doświadczenia migracji na zachowania związane ze zdrowiem

Wyjazd do innego kraju często wiąże się ze zmianą stylu życia, co także może mieć wpływ na stan zdrowia. Podwyższone ryzyko zachorowania może wiązać się m.in. z charakterem wykonywanej pracy. Niektóre sektory (np. sektor budowlany, prywatnych usług opiekuńczych czy rolnictwo sezonowe) charakteryzują się znacznym procentem zatrudnionych migrantów. Są to często sektory wymagające wyteźonej pracy fizycznej, obciążające psychicznie, wiążące się z pracą w systemie zmianowym. Z tego powodu określone grupy cudzoziemców mogą być szczególnie narażone na wybrane choroby zawodowe. Przykłady analiz prowadzonych w wielu krajach wskazują, że migranci szczególnie często są hospitalizowani z powodu urazów przy pracy(114,115).

Wielu cudzoziemców, których wyjazd był motywowany zarobkowo decyduje się na ograniczenie czasu odpoczynku i pracę w godzinach nadliczbowych lub łączenie pracy na kilku etatach. Szczególnie niechętnie decydują się na opuszczenie dnia pracy lub zwolnienie z powodu choroby, jeśli przekłada się to na utratę wypłaty(116).

Zmiana kraju zamieszkania może wiązać się także ze zmianą diety związanej z brakiem rodzimych produktów spożywczych lub brakiem czasu na samodzielne gotowanie. Brak kontroli społecznej ze strony osób bliskich i rodziny zwiększa również prawdopodobieństwo sięgania po używki oraz podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych(116).

Doświadczenie migracji wpływa także na zachowania związane z utrzymaniem lub odzyskaniem zdrowia (ang. *health-seeking behaviour*) – a więc działania podejmowane w sytuacji, gdy dana osoba czuje, że jej zdrowie jest zagrożone (117,118). Zachowanie podejmowane przez jednostkę w sytuacji choroby wynikają z wielu różnych czynników zarówno indywidualnych (takich jak wcześniejsze doświadczenia osobiste, czynniki socjoekonomiczne, nabyte uwarunkowania społeczne i kulturowe) jak i związanych ze środowiskiem zewnętrznym (np. dostęp do opieki medycznej)(118,119).

Badania prowadzone w różnych grupach migrantów wskazują, iż można wyróżnić pewne zachowania w sytuacji wystąpienia problemów ze zdrowiem typowe dla tej grupy. Jest to związane zarówno z charakterystycznymi dla cudzoziemców barierami w dostępie do systemu opieki zdrowotnej jak i możliwościami, którymi dysponują (a które mogą nie być dostępne dla członków społeczeństwa przyjmującego).

Jednym z takich charakterystycznych dla migrantów zachowań jest korzystanie z systemu opieki zdrowotnej w kraju pochodzenia – a więc zwlekanie z konsultacją lekarską czy wykonaniem badań diagnostycznych do czasu wizyty w swojej ojczyźnie. Jak wskazują wyniki badań taka strategia jest popularna wśród tak różnych grup cudzoziemców jak: Polacy w Wielkiej Brytanii(120,121), imigranci z Tajlandii w Szwecji(122) czy Koreańscy mieszkający w Nowej Zelandii(123). Choć takie zachowanie wydaje się naturalne, może doprowadzić do odroczenia diagnozy i terapii, co może wiązać się z negatywnymi skutkami zdrowotnymi dla pacjenta.

Innym zachowaniem charakterystycznym dla pacjentów - cudzoziemców jest wybieranie lekarzy pochodzących z tego samego kraju(124). Pozwala to na ominięcie szeregu barier – takich jak różnice językowe czy kulturowe. Może się także wiązać z większym zaufaniem do lekarza, który sam ma za sobą doświadczenie migracyjne i poczuciem, iż dzięki solidarności wynikającej ze wspólnego pochodzenia, pacjent zostanie otoczony lepszą opieką.

Kolejną strategią wybieraną przez migrantów może być unikanie profesjonalnej pomocy medycznej – np. przez próbę poradzenia sobie „domowymi” sposobami z problemami zdrowotnymi (122) - lub publicznego systemu opieki zdrowotnej. Często jest to związane z brakiem ubezpieczenia zdrowotnego(19,124). W takich przypadkach cudzoziemcy wybierają konsultacje prywatne lub korzystają, w ramach publicznego systemu, z takiego rodzaju pomocy, który niezależnie od statusu prawnego nie może zostać odmówiony – przede wszystkim pomocy udzielanej na izbach przyjęć oraz SOR przeznaczonej dla przypadków nagłych(24,125).

Badania prowadzone wśród pochodzących z Ukrainy kobiet pracujących w sektorze pomocy domowej w Warszawie wskazują, iż dostęp do ubezpieczenia jest najistotniejszym czynnikiem warunkującym zachowania podejmowane w sytuacji choroby(19). Zachowaniami typowymi dla badanych Ukrainek było unikanie korzystania z opieki medycznej w Polsce (m.in. dzięki używaniu leków przywiezionych z Ukrainy) oraz powrót do Ukrainy w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia. Niektóre z badanych decydowały się na korzystanie z obu systemów opieki zdrowotnej – polskiego i ukraińskiego - w zależności od tego gdzie mogły taniej i szybciej skorzystać ze świadczeń.

4.5 Etniczne różnice w terapii

Badania z obszaru farmakogenetyki i farmakogenomiki wskazują na różnice pomiędzy przedstawicielami różnych ras i grup etnicznych dotyczące metabolizmu leków, ich wskaźnika terapeutycznego oraz częstości występowania skutków ubocznych środków farmaceutycznych(126). Grupami leków, w których różnice te mają znaczenie kliniczne, są przede wszystkim leki stosowane w chorobach sercowo-naczyniowych(126,127) oraz chorobach centralnego układu nerwowego(126)⁴⁴. Różnice dotyczą także zabiegów stosowanych w leczeniu chorób skóry u osób o pochodzeniu rasowym innym niż rasa kaukaska, ze względu na wyższe ryzyko powstawania bliznowaceń i przebarwień (np. w przypadku zabiegów z użyciem światła czy peelingu chemicznych)(106).

Warto podkreślić, iż różnice dotyczące metabolizmu leków nie występują jedynie pomiędzy osobami o odmiennym pochodzeniu etnicznym, ale także w ramach jednolitych rasowo grup pacjentów. Wskazuje to na potrzebę stosowania podejścia indywidualnego w farmakoterapii(126).

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, iż niekiedy obserwuje się nieuzasadnione medycznie różnice w przebiegu terapii, mające swoje źródło najprawdopodobniej w stereotypach rasowych. Dotyczy to na przykład leczenia bólu(128) czy kierowania pacjentów na rewaskularyzację mięśnia sercowego(129).

Biorąc pod uwagę opisane powyżej zjawiska, należy z jednej strony uwrażliwiać pracowników opieki medycznej w zakresie konieczności uwzględnienia opartych na dowodach naukowych różnic dotyczących postępowania terapeutycznego, jednocześnie budując wiedzę dotyczącą wpływu nieuświadomionych przekonań na sprawowanie opieki medycznej i terapię.

4.6 Podsumowanie

Ocena stanu zdrowia cudzoziemców nie jest łatwym zagadnieniem. Choć część badań prowadzonych w innych krajach wskazuje na relatywnie dobry stan zdrowia w grupach migrantów, istotną kwestią w przypadku tych badań jest określenie grupy kontrolnej, do

⁴⁴ Różnice dotyczą m.in. powszechnie stosowanych farmaceutyków takich jak np. inhibitory konwertazy angiotensyny, beta-blokery czy niektóre benzodiazepiny(126).

której porównywane są wyniki uzyskane w grupach osób z doświadczeniem migracyjnym. Należy zauważyć, że w Polsce brakuje aktualnych analiz dotyczących oceny stanu zdrowia obcokrajowców.

Potrzeby zdrowotne cudzoziemców mogą być odmienne od potrzeb innych pacjentów. Niektóre jednostki chorobowe mogą występować w tej grupie częściej niż w przypadku pozostałych osób zgłaszających się po pomoc medyczną. Dotyczy to szczególnie takich obszarów jak ryzyko związane z chorobami zakaźnymi, urazami w miejscu pracy oraz narażeniem na występowanie zaburzeń psychicznych. Także obraz kliniczny zaburzeń może się różnić w przypadku tych pacjentów. Ponadto z punktu widzenia klinicznego istotne mogą być różnice dotyczące metabolizmu środków farmaceutycznych oraz zaleceń związanych z zabiegami stosowanymi w przypadku chorób dermatologicznych. W zakresie działań profilaktycznych istotne jest zwrócenie uwagi na fakt, iż w kraju pochodzenia pacjenta może funkcjonować inny od polskiego kalendarz szczepień.

ROZDZIAŁ 5. ANALIZA DOSTOSOWANIA SYSTEMU OPIEKI MEDYCZNEJ W WIELKIEJ BRYTANII DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ MIGRANTOM⁴⁵

Polska jest krajem o stosunkowo małym doświadczeniu w przyjmowaniu migrantów. Dopiero od momentu wstąpienia do Unii Europejskiej, statystyki pokazują systematyczny wzrost liczby cudzoziemców przyjeżdżających do Polski. Można spodziewać się, że tendencja ta będzie w przyszłości narastać a cudzoziemcy coraz częściej będą korzystać z polskiego systemu opieki zdrowotnej. Zwiększanie liczby migrantów stanowi wyzwanie zarówno dla samego systemu jak i dla jego pracowników - zróżnicowany status prawny cudzoziemców musi zostać uwzględniony w rozliczeniach udzielanych im świadczeń, efektywnie udzielanie pomocy wymaga przezwyciężenia bariery komunikacyjnej oraz uwzględnienia różnic kulturowych.

Szukając rozwiązań służących pokonaniu tych wyzwań, możliwych do przyjęcia w polskim systemie opieki medycznej, warto przeanalizować sytuację państw o większym doświadczeniu w tym zakresie – takich jak opisywana w niniejszym rozdziale Wielka Brytania.

Celem rozdziału jest przedstawienie rozwiązań dotyczących opieki nad cudzoziemcami w brytyjskim systemie opieki medycznej. Aby pokazać kontekst, w jakim są one stosowane, w niniejszym rozdziale przedstawiono sytuację migracyjną w Wielkiej Brytanii oraz zarysowano pokrótce założenia funkcjonowania brytyjskiego systemu opieki medycznej. Główna część rozdziału stanowi analizę rozwiązań przyjętych w celu pokonywania barier w dostępie do systemu opieki medycznej – podzielono je na bariery systemowe, komunikacyjne oraz kulturowe. W podsumowaniu przedstawiono uwarunkowania implementacji rozwiązań z Wielkiej Brytanii w polskim systemie opieki zdrowotnej.

Rozdział został oparty na analizie źródeł zastanych – oficjalnych statystyk, dokumentów prawnych, publikacji naukowych i materiałów brytyjskiej Narodowej Służby Zdrowia.

⁴⁵ Fragmenty niniejszego rozdziału opublikowane zostały w artykule: Strzemieczna M., Pawlak M., Imiela J., Opieka medyczna nad cudzoziemcami w Wielkiej Brytanii, *Polityka Społeczna* 2020/04

5.1 Zarys sytuacji migracyjnej w Wielkiej Brytanii

Pod względem liczby imigrantów Wielka Brytania zajmuje drugie, po Niemczech, miejsce w statystykach europejskich. Według danych Eurostat kraj ten zamieszkuje ponad 6 milionów osób niebędących obywatelami Wielkiej Brytanii. Stanowią oni ponad 9,3% populacji zamieszkującej to państwo. Większość z nich to obywatele innych krajów Unii Europejskiej, choć migrantów spoza Unii jest niewiele mniej. W tabeli poniżej przedstawiono zestawienie dotyczące liczby i udziału cudzoziemców w ogólnej populacji Wielkiej Brytanii i Polsce.

	Polska	Wielka Brytania
Liczba cudzoziemców zgodnie z danymi Eurostat	289,9 tyś.	6 171,9 tyś.
Udział procentowy cudzoziemców w całej populacji	0,8 %	9,3 %
W tym obywatele państw członkowskich UE	29 tyś.	3 681,9 tyś.
W tym obywatele państw nienależących do UE	260,3 tyś.	2 490,1 tyś

Tabela 6. Porównanie liczby cudzoziemców oraz ich udziału w ogólnej populacji w Polsce i Wielkiej Brytanii (zestawienie własne na podstawie danych Eurostat, dane 1 stycznia 2019 roku(130))

Sytuacja migracyjna Polski i Wielkiej Brytanii znacznie się różni – udział cudzoziemców w całej populacji w Polsce należy do najniższych w UE. Niewielka jest też liczba obywateli innych krajów członkowskich przybywających do Polski – większość migrantów w Polsce stanowią obywatele państw nienależących do Unii.

Na przyczyny, dla których Wielka Brytania przyciąga cudzoziemców składa się szereg uwarunkowań socjoekonomicznych i historycznych. Wielka Brytania od wieków była celem globalnych migracji. Jako centrum Imperium Brytyjskiego stanowiła miejsce migracji mieszkańców kolonii z Afryki, Azji, Ameryki i Australii. Była również miejscem ucieczki w czasie konfliktów europejskich – m.in. dla Żydów i Polaków podczas II Wojny Światowej.

Obecnie pracowników z innych krajów przyciąga rynek jednej z największych gospodarek na świecie⁴⁶, w którym zatrudnienie znajdują zarówno migranci wysokokwalifikowani jak i osoby szukające zatrudnienia przy pracach o niskich wymaganiach kwalifikacyjnych. W wielu krajach Europy działają firmy rekrutujące do pracy w Wielkiej Brytanii w rolnictwie, przemyśle i usługach. Wielka Brytania jest atrakcyjna dla różnorodnych grup społecznych:

⁴⁶ według Banku Światowego Wielka Brytania zajmuje 6 miejsce w pod względem PKB(131)

studenci i naukowcy starają się o przyjęcie do prestiżowych ośrodków akademickich; kadra menadżerska wybiera ten kraj, jako jedno z centrów światowego rynku; artyści, jako ważny ośrodek kulturalny.

Z powodu rozpowszechnionej globalnie znajomości języka angielskiego, Wielka Brytania jest oczywistym wyborem dla wielu osób poszukujących nowego miejsca zamieszkania. Co więcej duża liczba cudzoziemców już zamieszkujących ten kraj sprawia, że osiedlanie się w nim staje się łatwiejsze dla nowych imigrantów, mogących liczyć na wsparcie rodaków, szczególnie w początkowym okresie integracji.

W tabeli poniżej przedstawiono dane dotyczące narodowości mieszkańców Wielkiej Brytanii niebędących jej obywatelami.

Obywatelstwo	Liczba osób
Polska	900 tyś.
Rumunia	450 tyś.
Indie	365 tyś.
Irlandia	320 tyś.
Włochy	204 tyś.
Portugalia	251 tyś.
Pakistan	207 tyś.
Francja	191 tyś.
Litwa	189 tyś.
Hiszpania	188 tyś.

Tabela 7. Mieszkańcy niebędący obywatelami Wielkiej Brytanii według narodowości w okresie styczeń – grudzień 2019 – 10 najliczniej występujących obywatelstw (zestawienie własne na podstawie danych ONS(132))

Przedstawione zestawienie dotyczy jedynie migrantów nieposiadających brytyjskiego obywatelstwa. Warto pamiętać, że co roku wiele osób nieurodzonych w Wielkiej Brytanii otrzymuje obywatelstwo brytyjskie. Tylko w 2016 roku przyznano je ponad 149 tys. osobom(133). Łącznie w Wielkiej Brytanii przebywa 9 388 tys. osób urodzonych poza jej granicami(134). Dodatkowo do różnorodności etnicznej przyczynia się znaczna część obywateli będących drugim lub trzecim pokoleniem imigrantów.

5.2 System opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii – podstawowe informacje

W Wielkiej Brytanii funkcjonuje tzw. budżetowy model opieki zdrowotnej, nazywany Modelem Beveridge'a - od nazwiska lorda Wiliama Beveridge'a, współtwórcy powojennego, brytyjskiego programu zabezpieczenia społecznego. Jest to znany na całym

świecie wzór, często stanowiący punkt odniesienia dla kształtowania polityki zdrowotnej innych krajów(135). Ideą tego modelu jest odpowiedzialność państwa za zagwarantowanie obywatelom możliwości zaspokojenia elementarnych potrzeb – w tym także zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej. Opieka medyczna jest zcentralizowana, publiczna i bezpłatna. Podstawowym elementem brytyjskiego systemu opieki medycznej jest Narodowa Służba Zdrowia (*ang. National Health Service, NHS*). System ten został wprowadzony w 1948 roku i funkcjonuje, bez większych zmian, do czasów obecnych(136)(137).

Głównym płatnikiem w Modelu Beveridge’a jest budżet państwa (a nie np. ubezpieczyciel czy pacjent). Publiczna opieka zdrowotna w Wielkiej Brytanii jest finansowana przez specjalny fundusz utworzony w głównej mierze z podatków ogólnych – jest to źródło finansowania około 80% budżetu NHS. Pozostałe środki pochodzą przede wszystkim z obowiązkowych ubezpieczeń(137). Na poziomie centralnym kontrolę nad wydatkami sprawuje parlament poprzez Departament Zdrowia (*ang. British Department of Health*) – odpowiednik polskiego Ministerstwa Zdrowia. Z Departamentem współpracują jednostki NHS, zarządzane osobno (lecz na podobnych zasadach) w każdym z krajów wchodzących w skład Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej (Anglii, Irlandii Północnej, Szkocji i Walii).

Dla osób uprawnionych system opieki medycznej gwarantuje bezpłatny dostęp do szerokiego zakresu świadczeń. Opłaty są pobierane za leki na receptę (w Anglii obecnie £9,15 za każdy lek(138)), opiekę dentystyczną i okulistyczną - choć istnieją programy pomocy w refundacji tych świadczeń dla osób o niskich dochodach. Dla osób, które z uwagi na zespół schorzeń muszą brać na stałe kilka leków, określono limit powyżej którego nie muszą one płacić za kolejne recepty. Z opłat za lekarstwa zwolnieni są m.in. osoby powyżej 60 r.ż., dzieci poniżej 16 r.ż., kobiety w ciąży oraz inne wybrane grupy pacjentów(139).

W roku 2018/2019 budżet NHS w Anglii wyniósł 152.9 mld funtów(140). Według danych Eurostat z 2017 roku, wydatki sektora publicznego na zdrowie w Wielkiej Brytanii wynosiły 7,4% budżetu PKB (w Polsce 4,7%)(141).

Od lat 1980 notuje się spadek zadowolenia Brytyjczyków z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Podstawowymi wyzwaniami stojącymi przed brytyjską opieką medyczną jest czas oczekiwania pacjentów na konsultacje specjalistyczne oraz zbyt mała – w stosunku do

zapotrzebowania - liczba personelu medycznego. Odsetek lekarzy i pielęgniarek na 1000 mieszkańców należy do najniższych w Europie(137). Temu ostatniemu system stara się zaradzić, między innymi zatrudniając imigrantów oraz zwiększając kompetencje pielęgniarek, tak aby mogły one wykonywać zadania pierwotnie wypełniane przez lekarzy(135).

5.3 Opieka medyczna nad cudzoziemcami w Wielkiej Brytanii

W kolejnej części rozdziału przedstawiono sposoby przystosowania brytyjskiego systemu opieki zdrowotnej do udzielania świadczeń cudzoziemcom: formalne zasady dotyczące dostępu do systemu opieki medycznej, przygotowanie do obsługi pacjentów niemówiących płynnie w języku angielskim oraz działania na rzecz uwzględnienia różnorodności etnicznej w zapewnieniu wszystkim równego dostępu do opieki.

5.3.1 Dostęp cudzoziemców do brytyjskiego systemu opieki zdrowotnej

Rozpatrując dostęp do systemu opieki medycznej wyróżnić można dwa główne poziomy świadczeń udzielanych przez NHS: podstawową opiekę zdrowotną (*ang. Primary Care*) oraz ponadpodstawową opiekę zdrowotną (*ang. Secondary Care*). Poniżej zostały one omówione w kontekście dostępu cudzoziemców do świadczeń.

5.3.1.1 Podstawowa opieka medyczna

Zgodnie z prawem brytyjskim podstawowa opieka zdrowotna (konsultacja z lekarzem i pielęgniarzką w przychodni POZ), jest dostępna w ramach NHS darmowo dla wszystkich osób przebywających na terenie Wielkiej Brytanii – niezależnie od ich statusu prawnego i długości pobytu w tym kraju.

W praktyce jednak migranci nieudokumentowani mogą mieć problemy z realizacją swoich praw. Lekarze pierwszego kontaktu (*ang. GP - General Practitioner*) prowadzą samodzielne praktyki, podpisując umowy z NHS. Mają oni prawo sami zdecydować, kogo wpiszą na listę swoich pacjentów. Na podstawie obowiązującego prawa (m.in. Equality Act 2010(142)) nie mogą się przy tym kierować pobudkami dyskryminującymi takimi jak np. rasa, narodowość, religia czy jednostka chorobowa pacjenta. Jednak lekarz może sam zdecydować czy będzie wymagał od osoby zgłaszającej się dokumentów tożsamości, potwierdzenia legalności pobytu czy adresu zamieszkania(143). Jak wskazuje raport HUMA z 2009 roku, ta uznaniowość wpisania na listę przez lekarza pierwszego kontaktu stanowi praktyczną przeszkodę w

dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej dla migrantów nieudokumentowanych(144). Doniesienia te potwierdzają badania prowadzone przez organizację Lekarze Świata (*ang. Doctors Of The World*), zajmującą się pomocą osobom nie posiadającym dostępu do opieki medycznej. W badaniach prowadzonych na przełomie 2015/2016 roku, 28% osób starających się, przy wsparciu wolontariuszy organizacji, o rejestrację u lekarza pierwszego kontaktu nie została zarejestrowana (badania te obejmowały nie tylko cudzoziemców, ale także m.in. bezdomnych czy osoby, które z powodu przemocy domowej zostały pozbawione dostępu do swoich dokumentów). Najczęstszymi przyczynami odmów był brak możliwości potwierdzenia przez pacjenta adresu zamieszkania lub brak dokumentu tożsamości(145).

5.3.1.2 Ponadpodstawowa opieka zdrowotna

Ponadpodstawowa opieka zdrowotna obejmuje konsultacje specjalistyczne oraz leczenie szpitalne. Bezpłatne świadczenia w tym zakresie dostępne są dla osób posiadających status „zwyczajnych rezydentów” (*ang. ordinarily resident*). Status „zwyczajnego rezydenta” Wielkiej Brytanii odnosi się do osób, które legalnie mieszkają na stałe na Wyspach, wyjeżdżając jedynie na krótkie okresy (np. wakacje, wyjazdy służbowe)(146).

Procedura udowadniania rezydencji nie jest automatyczna dla każdego pacjenta, lecz uruchamiana w przypadku wątpliwości czy dana osoba rzeczywiście zamieszkuje stale Wielkiej Brytanii. Celem tej procedury jest ochrona systemu przed tzw. „turystyką medyczną” – sytuacją, kiedy osoba chora specjalnie przyjeżdża do Wielkiej Brytanii, aby skorzystać z opieki zdrowotnej w ramach NHS. Procedura dotycząca udowadniania rezydencji może być uruchamiana nawet w przypadku obywateli, mieszkających poza granicami kraju. Aby ustalić czy pacjent rzeczywiście mieszka w Wielkiej Brytanii, NHS sprawdza szereg kryteriów – np. czy dana osoba może udowodnić, że przebywała w Wielkiej Brytanii przez minimum ostatnie 6 miesięcy, posiada brytyjskie konto bankowe, czy ma adres zamieszkania. Jednak przy ocenie czy pacjent jest rezydentem brana jest pod uwagę różnorodność sytuacji życiowych (np. jeśli osoba nie ma adresu zamieszkania – czy nie należy do społeczności romskiej lub innej społeczności o tradycjach nomadzkich)(147).

Osoby niebędące „zwykłymi rezydentami”, jeśli chcą skorzystać z pomocy w ramach NHS muszą płacić za udzielane w ramach ponadpodstawowej opieki świadczenia medyczne –

chyba, że należą do określonych grup, korzystających z NHS na tych samych zasadach co rezydenci:

- Uchodźcy (a także osoby korzystające z azylu, ochrony humanitarnej i ochrony czasowej),
- Osoby w procedurze azylowej,
- Dzieci – cudzoziemcy, bez opieki rodzicielskiej,
- Ofiary i osoby podejrzewane o bycie ofiarami handlu ludźmi i współczesnych form niewolnictwa (a także ich małżonkowie i partnerzy oraz dzieci poniżej 18 roku życia o ile przebywają legalnie na terenie Wielkiej Brytanii),
- Osoby otrzymujące leczenie przymusowe, więźniowie i migranci przebywający w ośrodkach detencyjnych(143).

Bezpłatnemu leczeniu podlegają także określone choroby i problemy zdrowotne (o ile ich leczenie nie było powodem przyjazdu cudzoziemca do Wielkiej Brytanii):

- Diagnoza i leczenie wybranych chorób zakaźnych (m.in. HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową, gruźlicy). Zgodnie z regulacjami wprowadzonymi dnia 29 stycznia 2020 roku do chorób tych zalicza się także COVID-19⁴⁷,
- Usług w zakresie planowania rodziny (poza terminacją ciąży oraz leczeniem bezpłodności),
- Leczenie fizycznych i psychicznych skutków tortur, zabiegu obrzezania kobiet, przemocy domowej i seksualnej(148).

Osoby przebywające w Wielkiej Brytanii, a ubezpieczone w innym państwie UE obowiązują ujednolicone na terenie Unii regulacje – pomoc medyczna jest udzielana w oparciu o EKUZ, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego⁴⁸. Na podstawie Karty EKUZ można otrzymać opiekę medyczną w sytuacjach, gdy brak świadczenia skutkowałby koniecznością powrotu do kraju, w którym jest się ubezpieczonym. Rozliczenie następuje wtedy pomiędzy NHS a odpowiednią instytucją ubezpieczającą w państwie UE (np. Narodowym Funduszem Zdrowia w Polsce). Unijne przepisy o koordynacji systemów

47 National Health Service (Charges to Overseas Visitors) (Amendment) Regulations 2020

48 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.U. L 166 z 30.4.2004)

zabezpieczenia społecznego obowiązują bez zmian także w okresie przejściowym w związku z wystąpieniem Wielkiej Brytanii z Unii Europejskiej, na podstawie umowy o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej. W związku z tym na terenie Wielkiej Brytanii mogą bezpłatnie korzystać ze świadczeń osoby posiadające kartę EKUZ - zarówno wydaną przed jak i po dniu 1 lutego 2020 r(149).

Od lat do systemu opieki medycznej w Wielkiej Brytanii wprowadzane są regulacje mające na celu ograniczenie dostępu osób nieuprawnionych do świadczeń. W 2004 roku zmieniono zasady uznawania uprawnień „zwyczajnego rezydenta”, ograniczając je do osób przebywających legalnie w Wielkiej Brytanii. Wcześniej wszystkie osoby stale mieszkające w tym kraju miały prawo do korzystania z pomocy NHS – nawet jeśli nie posiadały dokumentów potwierdzających legalność pobytu.

W 2014 roku wprowadzony został Immigration Act, którego celem było ograniczenie dostępu cudzoziemców do brytyjskiego systemu zabezpieczenia społecznego. Dokument ten umożliwił wprowadzenie opłat dla osób spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego, przebywających w Wielkiej Brytanii powyżej 6 miesięcy. Od kwietnia 2015 roku osoby aplikując o wizę muszą z góry wnieść „imigracyjną opłatę zdrowotną” (*ang. - immigration health surcharge - IHS*) wynoszącą £400 za każde planowane 12 miesięcy pobytu (£300 w przypadku studentów) (150). Opłata ta jest niezależna od ewentualnego prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Na podstawie tej opłaty cudzoziemiec ma prawo do korzystania z pomocy NHS.

Osoby, które przybywają w Wielkiej Brytanii przez okres krótszy niż 6 miesięcy mogą skorzystać z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. W razie konieczności skorzystania z pomocy medycznej, muszą ją opłacić z góry. Od kwietnia 2015 roku osoby spoza UE przybywające na Wyspach bez ubezpieczenia zdrowotnego są obciążane kosztami leczenia przez NHS w wysokości 150% ceny otrzymanej pomocy (143).

W razie konieczności udzielania pilnej pomocy w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, niezbędne działania powinny być podjęte bez zwłoki, nawet jeśli pacjent nie może pokryć ich kosztów. Rachunek za świadczenia, w takiej sytuacji, zostanie wystawiony po zakończeniu leczenia. Jeżeli pacjent nie ureguluje świadczenia, a jego dług wynosi powyżej £585

placówka ma obowiązek poinformować o tym Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i może być to podstawą do odmowy przedłużenia wizy (151).

Dostęp do opieki zdrowotnej dla nieudokumentowanych migrantów komplikują starania władz, aby wykorzystywać NHS w celu rozpoznawania osób przebywających w Wielkiej Brytanii bez wymaganych zezwoleń. Dzieje się tak obecnie w razie korzystania przez nich z leczenia szpitalnego. Nie kliniczne dane dotyczące cudzoziemców korzystających z opieki szpitali należących do NHS, mogą być przekazywane Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, które może je udostępniać m.in. policji czy służbom specjalnym(152). Działania takie budzą kontrowersje, jako podważające zaufanie do lekarzy i mogące doprowadzać do zagrożenia życia i zdrowia osób, które w obawie przed denuncjacją nie będą chciały korzystać z opieki medycznej(153).

Potwierdzają to badania prowadzone w różnych krajach Unii Europejskiej, wskazujące, iż lęk przed zgłoszeniem na policję jest ważnym czynnikiem ograniczającym korzystanie z opieki medycznej przez nieudokumentowanych migrantów(154).

5.3.2 Pokonywanie trudności komunikacyjnych w trakcie udzielania świadczeń cudzoziemcom

5.3.2.1 Tłumaczenie w czasie wizyt lekarskich

Do pokonywania trudności w komunikacji z pacjentami z ograniczoną znajomością języka angielskiego, w przychodniach i szpitalach wykorzystywana jest pomoc tłumaczy.

Aby zapewnić łatwy i ciągły dostęp do tłumaczy, NHS korzysta z pomocy Language Line (Linii Językowej). Założona w USA 1982 roku Language Line Solution to firma zapewniająca placówkom publicznym i firmom prywatnym pomoc w komunikacji z osobami z ograniczoną znajomością języka angielskiego a także z głuchymi i słabosłyszącymi. Umożliwia komunikację przez wideokonferencję lub rozmowę telefoniczną. Jak informują na swojej stronie Language Line, telefoniczne wsparcie tłumaczy jest dostępne codziennie i całodobowo, w ponad 240 językach(155).

Osoby tłumaczące są odpowiednio przeszkolone (także w zakresie specyfiki tłumaczeń medycznych – specjalistycznego słownictwa medycznego oraz procedur medycznych). Firma

zapewnia staranną rekrutację a następnie doskonalenie swoich pracowników oraz monitoring ich pracy.

Language Line przyjął również wewnętrzny kod etyki zawodowej tłumacza. Osoby tłumaczące są zobowiązane do zachowania poufności dotyczącej tłumaczonych treści oraz ujawnienia ewentualnych konfliktów interesów. Kodeks nakłada również obowiązek dbania o dokładność przekładu. Jednym ze sposobów zabezpieczenia przed błędami w tłumaczeniu jest sygnalizowanie przez tłumacza sytuacji, gdy z jakich przyczyn nie mogą przekazać odpowiednio komunikatu (gdy pojawia się zbyt specjalistyczne słownictwo, slang czy dialekt, wykraczający poza ich znajomość języka).

Aby skorzystać z tłumaczenia Language Line uruchomiona jest specjalna linia, pod którą mogą zadzwonić pracownicy placówek medycznych (lekarze, pielęgniarki, pracownicy recepcji), w czasie kontaktu z pacjentem niemówiącym płynnie po angielsku. W czasie rozmowy podają operatorowi kod swojej jednostki a następnie nazwę języka, w jakim mówi chory. Jeśli nie są pewni, jakim językiem posługuje się pacjent, mogą poprosić operatora o pomoc w jego rozpoznaniu. Dodatkowo Language Line ma na swojej stronie również gotowe materiały ułatwiające wskazanie języka przez pacjenta w 99 różnych językach(156). Dzięki takim materiałom można szybko zidentyfikować nawet mało oczywiste dialekty. Osoba dzwoniąca może także poprosić o specyficznego tłumacza – np. kobietę lub mężczyznę. Jeśli jest możliwość to rozmowa zostanie przekierowana do takiej właśnie osoby.

Jak firma zapewnia na swojej stronie, czas oczekiwania na połączenie z odpowiednim tłumaczem nie powinien przekraczać 1 minuty. Osoba dzwoniąca otrzymuje numer identyfikacyjny tłumacza, który przedstawia się także pacjentowi i niezwłocznie przystępuje do tłumaczenia.

Pacjent ma także możliwość skorzystania z tłumacza fizycznie obecnego w trakcie wizyty w placówce medycznej. Musi jednak wtedy poinformować o tym z wyprzedzeniem lekarza lub recepcjonistkę. Organizacja tłumacza w takich sytuacjach należy do obowiązków samorządu terytorialnego. Możliwe jest także zamówienie tłumaczenia niezbędnych dokumentów związanych z wykonywanymi procedurami.

Wszystkie usługi dotyczące tłumaczeń (Language Line, osobisty tłumacz i tłumaczenie dokumentów) są bezpłatne dla osób posiadających prawo do opieki zdrowotnej w ramach

NHS. Mogą z nich korzystać osoby nieznające języka angielskiego, znające angielski w stopniu podstawowym lub po prostu czujące się swobodniej, gdy wyrażają się w swoim języku.

Informacja o sposobie korzystania z pomocy w preferowanym języku jest łatwo dostępna na stronach NHS, serwisach miejskich i serwisach dla imigrantów. Pacjenci są nie tylko informowani, ale także zachęceni do korzystania z usług tłumaczy – np. w broszurze wydanej przez Szkołę Komisję Ochrony Zdrowia Psychicznego(157) zwracana jest uwaga na przewagę profesjonalnego tłumacza nad znającym język znajomym lub członkiem rodziny chorego.

5.3.2.2 NHS 24 w języku pacjenta

Warto wspomnieć o dodatkowej usłudze oferowanej przez NHS w języku chorego – bezpłatnej infolinii medycznej NHS 24. NHS 24 świadczy profesjonalną pomoc w sytuacjach nagłych, ale niezagrażających zdrowiu lub życiu (w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia odpowiednia jest linia pogotowia ratunkowego). Z porady NHS 24 można skorzystać także gdy zamknięte są przychodnie lekarzy rodzinnych (w nocy, weekendy i święta).

W zależności od problemu, z którym dzwoni chory, dyspozytor może udzielić informacji co do sposobu postępowania w warunkach domowych, konieczności udania się do poradni lub zadzwonienia na pogotowie, jeśli uzna że stan chorego wymaga natychmiastowej pomocy. W NHS 24 możliwa jest konsultacja z pielęgniarką, pielęgniarką dentystyczną lub farmaceutą. Dzięki tej infolinii można także uzyskać informację dotyczącą sposobu korzystania z brytyjskiej opieki zdrowotnej.

Konsultacja przez infolinię NHS 24 może być udzielona anonimowo – co jest szczególnie istotne w przypadku nieudokumentowanych imigrantów, którzy mogą mieć obawy przed ujawnieniem swoich danych.

W przypadku osób wymagających tłumacza, wystarczy, że po dodzwonieniu się do NHS 24 wymieni się nazwę pożądanego języka po angielsku. Osoba dzwoniąca zostaje wtedy przełączona do tłumacza (NHS 24 jest obsługiwane przez serwis Language Line) i dalsza rozmowa prowadzona jest trójstronnie(158).

5.3.2.3 Koszt działania systemu tłumaczeń w NHS

W 2012 roku think tank 2020health opublikował raport zbierający dane dotyczące kosztów tłumaczeń z 247 jednostek NHS. W ciągu trzech lat budżetowych poprzedzających badanie NHS wydało na tłumaczenia 64,4 miliony funtów. W sumie w roku poprzedzającym tworzenie raportu, badane jednostki wydały na tłumaczenia 23,3 miliony funtów(159). Dane uzyskane przez 2020health wskazują stały wzrost kosztu tłumaczeń w ośrodkach – szczególnie tłumaczeń prowadzonych osobiście przez tłumacza (koszt tłumaczeń pisemnych spada). Pokazują także na lokalne różnice w koszcie tłumaczeń, które w stanowią większe obciążenie dla jednostek w Londynie w porównaniu z innymi częściami kraju. W związku z wysokimi kosztami systemu tłumaczeń autorzy raportu przedstawiają sposoby jego optymalizacji(159).

Po pierwsze autorzy raportu zwracają uwagę, że należy przeanalizować kiedy system dostępnych na bieżąco tłumaczeń rzeczywiście służy dobru społeczności. W niektórych sytuacjach sprawnie działający system tłumaczeń jest niezbędny – jak w przypadku stanu ostrego u cudzoziemca, który stosunkowo niedawno przybył do Wielkiej Brytanii. Jednak w przypadku osób mieszkających przez wiele lat w Wielkiej Brytanii, łatwo dostępne tłumaczenia mogą przyczyniać się pośrednio do pogłębiania izolacji. W raporcie przytoczony jest przykład społeczności pochodzącej z Bangladeszu, w której mężowie zabraniają niekiedy swoim żonom nauki angielskiego, w obawie przed ich moralnym zepsuciem oraz zwiększoną samodzielnością. W takiej sytuacji powszechny dostęp do tłumaczeń gwarantowany w ramach publicznych systemów odbiera kobietom argument i motywację do nauki języka angielskiego.

Należy zauważyć, że nawet jeśli dzięki tłumaczeniom możliwe jest skorzystanie z porady lekarskiej, brak znajomości języka prowadzi do dysproporcji w dostępie do programów ochrony zdrowia. Osoby nieznające angielskiego nie będą rozumieć informacji i kampanii skierowanych do ogółu społeczeństwa (np. dotyczących badań przesiewowych w kierunku raka piersi czy szyjki macicy), mogą mieć problemy z uzyskaniem pełnej pomocy w sytuacjach nagłych, przemocy domowej czy przestępstwa. Jak argumentują autorzy raportu, tylko dzięki znajomości angielskiego cudzoziemcy będą mogli stać się aktywnymi i samodzielnymi obywatelami.

Warto więc skutecznie wspierać naukę języka angielskiego przez cudzoziemców – umożliwi to nie tylko ograniczenie kosztów tłumaczeń (np. możliwość rezygnacji z tłumaczeń przynajmniej w niektórych przypadkach), ale także pełną integrację mniejszości.

Kolejnym obszarem gdzie można szukać ograniczenia kosztów tłumaczeń są pisemne tłumaczenia informacji skierowanych do pacjentów (ulotek dotyczących zdrowia i informacji dla pacjentów). Większość ośrodków badanych przez 2020health tłumaczyła ulotki i inne materiały informacyjne dla pacjentów na od 5 do 25 różnych języków (wśród nich najpopularniejsze były języki wschodnioeuropejskie – jak Polski oraz azjatyckie – jak Hindi i Mandaryński). Jednak niektóre ośrodki w ogóle nie tłumaczyły materiałów na języki obce powołując się na badania wśród grup pacjentów sugerujące, że preferują oni materiały w „prostym angielskim” – uproszczonej wersji językowej, wykorzystującej słownictwo z języka potocznego oraz najprostsze formy gramatyczne. Z doświadczenia tych ośrodków wynika jedno z zaleceń autorów raportu: zamiast przygotowywać materiały w wielu różnych językach, wtedy gdy jest to możliwe, warto przygotować je w uproszczonym języku angielskim. Dzięki temu ta sama ulotka czy plakat może być zrozumiała przez wszystkich pacjentów. Należy również prowadzić badania służące ocenie zrozumienia i przydatności tłumaczonych materiałów na język pacjenta.

Autorzy raportu zwracają również uwagę na niepotrzebne wielokrotne tłumaczenie tych samych tekstów przez różne ośrodki. Znacznie efektywniejszym rozwiązaniem byłaby możliwość dzielenia się przetłumaczonymi materiałami (oraz materiałami w uproszczonej wersji języka angielskiego) na przykład w formie bazy z gotowymi do ściągnięcia ulotkami i dokumentami. Również narzędzia służące tłumaczeniom online jak Google Translator mogą być pomocne – szczególnie do tłumaczeń stron internetowych NHS.

Wreszcie 2020health rekomenduje zbieranie danych dotyczących wydatków na tłumaczenia, z wyodrębnieniem poszczególnych obszarów związane z tym problemem. Umożliwi to wprowadzanie niezbędnych racjonalizacji oraz usprawnień do systemu tłumaczeń.

5.3.3 Dostosowanie udzielanych świadczeń dla potrzeb pacjentów pochodzących z różnych grup etnicznych

Zróżnicowanie etniczne i kulturowe pacjentów wymaga odpowiedniego przygotowania systemu opieki medycznej. Aby skutecznie udzielać świadczeń wszystkim pacjentom bez względu na ich pochodzenie, pracownikom potrzebna jest wiedza dotycząca wpływu kultury na zachowanie pacjenta oraz jego sposób komunikacji. Należy dostosować podejmowane działania profilaktyczne do specyficznych czynników ryzyka na które narażone są mniejszości etniczne (np. w związku z obciążeniem genetycznym, epidemiologią w kraju pochodzenia czy typową dla danej grupy etnicznej dietą)(160). Ważne jest także uwzględnienie różnic socjoekonomicznych między pacjentami pochodzącymi z różnych grup etnicznych oraz zapobieganie dyskryminacji, której ofiarami mogą stać się pacjenci.

Prowadzone w Wielkiej Brytanii badania potwierdzają zróżnicowanie w stanie zdrowia mniejszości etnicznych zamieszkujących Wielką Brytanię oraz wynikającą z tego potrzebę zróżnicowania działań profilaktycznych i leczniczych (161–163). System NHS podejmuje próby odpowiedzi na te potrzeby poprzez działania dotyczące monitorowania i wyrównania tych różnic.

Nad kwestiami związanymi z równością i różnorodnością (nie tylko w kontekście pochodzenia etnicznego) w opiece medycznej czuwa powołane w 2011 roku ciało doradcze NHS - Rada ds. Równości i Różnorodności (*ang. Equality and Diversity Council - EDC*) (164). Zajmuje się ona zarówno kwestią równego dostępu do opieki medycznej, jak i problemami związanymi z różnorodnością wśród pracowników NHS. W swoich działaniach Rada uwzględnia wiele różnic mogących mieć wpływ na dostępność do opieki medycznej, takich jak: wiek, niepełnosprawności, płeć, orientacja seksualna, ubóstwo i bezdomność. Wśród nich znajdują się także rasa, narodowość, pochodzenie etniczne, religia i wierzenia(165).

Narzędziem służącym zwiększenia równości w służbie zdrowia jest opracowany przez Radę *System Zapewniania Równości - The Equality Delivery System (EDS)*. Pierwszy raz narzędzie to zostało wprowadzone w 2011 roku, w 2013 po ewaluacji zostało zmodyfikowane i obecnie realizowana jest wersja znana jako EDS2. Od 2015 roku wdrożenie i publikacja corocznego

raportu z realizacji EDS2 jest obowiązkowa dla podmiotów działających w ramach NHS(166).

EDS2 to procedura służąca jednostkom medycznym w projektowaniu i ewaluacji działań na rzecz równości (zarówno wśród pracowników jak i pacjentów). Ważnym elementem EDS2 jest współpraca ze społecznością lokalną, która powinna być włączona w planowanie i realizowanie działań. W ramach EDS2 opracowane są cele oraz wskaźniki wyznaczające kierunki reform łączące m.in. dbałość o dostępność opieki medycznej dla wszystkich społeczności, procedury antymobbingowe oraz działania na rzecz likwidacji praktyk dyskryminacyjnych (166).

Rada ds. Równości i Różnorodności podejmuje także inne działania – jak na przykład dystrybucja skierowanych do mniejszości ulotek, informujących pacjentów o sposobach korzystania z pomocy medycznej(167).

Przykładem dostosowania opieki medycznej do potrzeb mniejszości etnicznych mogą być zalecenia NHS dotyczące zwiększenia ich dostępu do pomocy psychologicznej. NHS zaleca m.in. umożliwienie korzystania z pomocy psychologicznej oferowanej przez specjalistę – przedstawiciela tej samej grupy etnicznej oraz wrażliwość na potrzebę korzystania z pomocy osób tej samej płci, co pacjent. Ważne jest także zaangażowanie przedstawicieli mniejszości do planowania i realizacji działań służących niwelowaniu różnic. Przykładem dobrej praktyki opisaną przez NHS, jest np. program edukacyjny realizowany przez Birmingham and Solihull Mental Health Trust we współpracy z partnerami ze środowisk muzułmańskich, skierowany do imamów. Celem prowadzonych szkoleń było zwiększenie świadomości imamów na temat problemów psychicznych i dostępnej lokalnie pomocy psychologicznej(168).

Jednak jak wskazują badania prowadzone w 2016 roku przez zespół Sarah Salaway(169) kwestia zapewnienia równego dostępu do efektywnego leczenia osobom o różnym pochodzeniu etnicznym, pozostaje traktowana marginalnie w polityce NHS. Choć dostosowanie oferowanej pomocy do potrzeb mniejszości jest wymieniane, jako istotne na poziomie ogólnych celów polityki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii, brak jest dokładnych rekomendacji jak powinna być ona wprowadzana. W rezultacie te ogólne zalecenia nie przekładają się na konkretny, mierzalny plan zmian. W niektórych ośrodkach prowadzone są

działania mające charakter dobrych praktyk, jednak nie są one w dostateczny sposób uogólniane na całość polityki zdrowotnej.

Według Sarah Salway i in. jest wiele czynników które mogą przyczyniać się do marginalizacji tematu wpływu różnic etnicznych na dostęp do opieki medycznej. Należą do nich brak zauważania wagi różnic etnicznych wśród osób zarządzających; lęk związany z tym, że podejmowane działania mogą zostać skrytykowane; uwarunkowania historyczne skupiające zainteresowanie na kwestiach dotyczących białej większości. Problemem są także niskie kompetencje kadry zarządzającej, utrudniające adresowanie problemów specyficznych grup etnicznych – co jest związane między innymi z brakiem wystarczającej liczby danych i badań dotyczących skuteczności działań podejmowanych na rzecz równego dostępu do opieki medycznej mniejszości.

Trudność z uzyskaniem porównań dotyczących potrzeb zdrowotnych grup etnicznych łączy się z problemem zbierania danych przez NHS. Choć zalecenie odnotowywania informacji dotyczących pochodzenia etnicznego osób hospitalizowanych NHS wprowadził już w 1996 roku, dane te długo nie były zbierane na masową skalę(170). Te dane, które są dostępne, budzą z kolei wątpliwości co do swojej wiarygodności. W badaniach prowadzonych przez zespół Catherine Saunders z Institute of Public Health Uniwersytetu w Cambridge, w których porównywano informacje dotyczące pochodzenia etnicznego wpisywane przez personel medyczny z samookreśleniem swojego pochodzenia przez pacjentów onkologicznych, pochodzenie etniczne i samookreślenie w odniesieniu do białych Brytyjczyków różniło się w 2,2% przypadków, a wśród osób o innym pochodzeniu odsetek ten wynosił aż 41,2%(171).

5.3.4 Reakcja na specyficzne problemy zdrowotne cudzoziemców – przykład obrzezania kobiet

Okaleczanie żeńskich narządów płciowych (*ang. Female Genital Mutilation, FGM*) to grupa zabiegów wykonywanych bez wskazań medycznych, których celem jest zazwyczaj usunięcie części lub całości łechtaczki i niekiedy również warg sromowych mniejszych. Nazywane potocznie obrzezaniem kobiet wykonywane jest z powodów społecznych i kulturowych, przede wszystkim w państwach północnej i wschodniej Afryki. Najczęściej zabiegu obrzezania dokonuje się przed osiągnięciem dojrzałości płciowej przez dziewczynki. FGM jest trwałym okaleczeniem ciała kobiety, wiąże się z trwającymi całe życie komplikacjami i

jako takie jest postrzegane przez organizacje międzynarodowe za złamanie podstawowych praw człowieka oraz zabronione przez prawodawstwo większości krajów na świecie (w tym wszystkie państwa afrykańskie).

W społecznościach, w których dokonuje się u kobiet obrzezania, jest on uważany za społeczną normę, której nie wolno podważać. Jest tłumaczony różnymi powodami: uświęconym tradycją rytuałem przejścia z okresu dzieciństwa do okresu dojrzałości, koniecznością ograniczenia popędu płciowego kobiety czy pobudkami estetycznymi. Kobieta nieobrzezana bywa uważana za nieczystą, niekobietą, nie ma możliwości wyjścia za mąż, często zostaje wyłączona z życia społecznego, bywa narażona na przemoc seksualną. Niekiedy uzasadnienia obrzezania szuka się także w nakazach religijnych, a niektórzy przywódcy religijni przyczyniają się do podtrzymywania tego zwyczaju – mimo, że żadna religia nie nakazuje wprost swoim wyznawcom obrzezywać dziewczynki(172).

Wraz z napływem imigrantów z północnej i wschodniej Afryki do Wielkiej Brytanii, pojawił problem reakcji na zjawisko obrzezania w tych społecznościach. Problem ten wymusił prowadzenie zmian w prawodawstwie brytyjskim oraz aktywne przeciwdziałanie temu procederowi dzięki współpracy pracowników opieki medycznej, policji, pracowników szkół oraz organizacji pozarządowych.

Obrzezania kobiet prawnie zakazano w Wielkiej Brytanii już w 1985 roku. W 2003(173) zaostorzono prawodawstwo wprowadzając szereg zmian mających na celu przede wszystkim uniemożliwienie wywożenia dziewczynek za granicę w celu obrzezania. Szacuje się bowiem, że rocznie w trakcie wakacji letnich na obrzezanie narażonych jest około 2000 dziewczynek mieszkających na stałe w Wielkiej Brytanii(174). Zgodnie z regulacjami wprowadzonymi w 2003 roku zwiększono maksymalny wymiar kary za dokonanie obrzezania do 14 lat więzienia oraz wprowadzono regulację zgodnie z którą przestępstwem jest także wykonywanie zabiegów obrzezania za granicą - bez względu czy w kraju, w którym dokonano zabiegu, jest to legalne czy nie. Nielegalne jest także jakiegokolwiek działanie mające na celu pomoc w dokonaniu obrzezania na dziewczynce, a osobom, które mogły zapobiec wykonaniu zabiegu a tego nie zrobiły, grozi kara więzienia do lat 7. Regulacje prawne obowiązujące w przeważającej części Wielkiej Brytanii pozwalają także na konfiskatę

paszportu i innych dokumentów dziecka lub jego opiekuna, w przypadku podejrzenia, że w trakcie wyjazdu zagranicznego może dojść do obrzezania.

W 2003 roku nałożono na osoby, które mogą dowiedzieć się o dokonanym obrzezaniu (przede wszystkim pracowników medycznych, nauczycieli i pracowników socjalnych) obowiązek zgłaszania na policję podejrzenia wykonania takiego zabiegu. Zgodnie z raportem opublikowanym przez NHS, rocznie pracownicy opieki medycznej zgłaszają ponad 9000 nowych przypadków obrzezanych pacjentek (większość z nich to osoby dorosłe, które zostały okaleczone w dzieciństwie, w kraju pochodzenia) (175).

Na stronie NHS można znaleźć porady dla osób, których dotyczy problem obrzezania. Znajdują się tam wskazówki co zrobić w sytuacji gdy istnieją podejrzenia, że ktoś planuje obrzezanie dziewczynki a także gdzie może uzyskać wsparcie rodzic odczuwający presję społeczną by obrzezać swoje dziecko. Są tam zamieszczone również informacje dla kobiet poddanych obrzezaniu – dotyczące możliwych skutków tego zabiegu wraz z listą placówek wyspecjalizowanych w pracy z ofiarami FGM, do których można się zgłosić w celu uzyskania fachowej pomocy – ginekologicznej, seksuologicznej oraz psychologicznej. Na liście znajdują się także szpitale, w których dokonywane są zabiegi deinfibulacji (czyli operacyjnego rozcięcia blizny po zszyciu warg sromowych większych, co jest praktykowane niekiedy przy obrzezaniu) oraz placówki wyspecjalizowane w pomocy medycznej i psychologicznej dzieciom. Pomoc oferowana przez NHS dla dziewcząt i kobiet, które doświadczyły obrzezania jest bezpłatna, bez względu na status prawny w Wielkiej Brytanii.

Na terenie Wielkiej Brytanii działają także organizacje pozarządowe prowadzące działalność informacyjną oraz wspierające kobiety i dziewczęta zagrożone lub poddane FGM – zarówno w Wielkiej Brytanii, jak i w krajach pochodzenia. Są one zakładane i prowadzone przez kobiety wywodzące się ze środowisk imigranckich, które często same doświadczyły obrzezania w dzieciństwie. Przykładem takiej organizacji jest FORWARD (Foundation for Women's Health Research and Development) z siedzibą w Londynie. Organizacja ta działa m.in. pomagając osobom zagrożonym FGM i ich bliskim, szkoląc liderki działające przeciw obrzezaniu kobiet w swoich środowiskach oraz prowadząc szkolenia dla profesjonalistów o problemach związanych z FGM(176).

Rola oddolnych organizacji w przypadku problemów takich jak obrzezanie kobiet jest bardzo istotna: jak zaznaczono na początku w środowiskach lokalnych presja na dokonywanie zabiegów jest niezwykle silna i nawet surowe kary nie wystarczają niekiedy żeby powstrzymać ten zwyczaj. Tylko dzięki partycypacji osób ze środowisk imigranckich jest możliwe wprowadzanie trwałych zmian z szacunkiem dla podmiotowości społeczności której dotyczą.

5.4 Podsumowanie

Wielka Brytania to kraj o długim doświadczeniu w przyjmowaniu imigrantów – zarówno z Europy, jak i państw pozaeuropejskich. Cudzoziemcy stanowią znaczny procent osób zamieszkujących jej obszar, a co za tym idzie często stają się pacjentami opieki medycznej. Podstawowa opieka zdrowotna należy się wszystkim przebywającym na terenie Wielkiej Brytanii (choć niekiedy pojawiają się problemy z jej uzyskaniem, zwłaszcza z rejestracją u lekarza pierwszego kontaktu). Ponadpodstawowa opieka zdrowotna jest dostępna bezpłatnie dla osób legalnie mieszkających na stałe w Wielkiej Brytanii (oraz wybranych grup jak dzieci, uchodźcy czy ofiary handlu ludźmi). W przypadku obywateli UE, kwestię kosztów za wykonane świadczenia, reguluje Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego– także w okresie przejściowych w związku z wystąpieniem Wielkiej Brytanii z UE. Cudzoziemcy spoza UE od 2014 roku, przebywający w Wielkiej Brytanii powyżej 6 miesięcy, muszą przy aplikowaniu o wizę wnieść opłatę umożliwiającą korzystanie z NHS. Osoby przebywające przez krótszy okres czasu mogą ubezpieczyć się prywatnie. W sytuacji braku ubezpieczenia cudzoziemcy muszą z góry opłacić 150% ceny otrzymanego świadczenia – w innym wypadku zostanie ono odmówione. Wyjątkiem jest pomoc w sytuacjach nagłych, w przypadku której rachunek zostaje wystawiony po zakończeniu leczenia.

W celu umożliwienia korzystania ze świadczeń osobom nieposługującym się językiem angielskim, wykorzystywana jest pomoc tłumaczy. Powszechnie dostępny jest system tłumaczeń telefonicznych (umożliwiający porozumienie w języku pacjenta w każdej chwili), a po wcześniejszym umówieniu, możliwe jest także skorzystanie z tłumacza obecnego na miejscu.

NHS wprowadza nowe rozwiązania, mające na celu umożliwienie równego dostępu do opieki medycznej niezależnie od różnic etnicznych i kulturowych między pacjentami – między innymi przez działania powołanej w 2011 roku Rady ds. Równości i Różnorodności.

5.4.1 Uwagi dotyczące możliwości adaptacji rozwiązań brytyjskich w polskim systemie opieki zdrowotnej

Liczba cudzoziemców w Polsce jest znacznie niższa niż w Wielkiej Brytanii. Tendencje migracyjne wskazują jednak, że sytuacja ta zmieni się w najbliższych dekadach, a potrzeba adaptacji systemu opieki zdrowotnej do wyzwań z tym związanych, będzie narastać.

Analizując rozwiązania dotyczące opieki nad cudzoziemcami, które mogłyby być w przyszłości wprowadzane w Polsce warto przyglądać się doświadczeniom brytyjskim. Należy jednak pamiętać o konieczności dostosowania działań do realiów polskiego systemu opieki medycznej i sytuacji migracyjnej.

W Wielkiej Brytanii wszystkie osoby przebywające na jej terytorium mają prawo do podstawowej opieki zdrowotnej. Jest to zasadne z punktu widzenia epidemiologicznego. Dzięki możliwości szybkiej diagnozy i leczenia chorób zakaźnych, można zapobiegać ich rozprzestrzenianiu się. Z kolei brak możliwości wizyty u lekarza pierwszego kontaktu może opóźnić rozpoznanie nawet tych chorób, które objęte są bezpłatnym leczeniem (jak np. HIV czy gruźlica) – pacjent bowiem nie wie, że takowe mu przysługuje.

Wiele badań wskazuje na to, że również ekonomicznie, takie rozwiązanie może być korzystniejsze dla systemu⁽²⁴⁾ – pozwala bowiem na konsultacje zanim stan zdrowia pacjenta się pogorszy i wystąpi stan nagły, zagrażający życiu i zdrowiu chorego. W takim przypadku system nie będzie mógł odmówić świadczenia, ponosząc dużo większe koszty niż w przypadku porady udzielanej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Dzięki wiedzy dotyczącej swojego stanu zdrowia, pacjent może również zawczasu podjąć działania zmierzające do uniknięcia obciążenia kosztami (np. uregulować kwestie prawne związane z pobytem i ubezpieczeniem, wrócić do kraju pochodzenia). Z wyżej wymienionych powodów, także w Polsce warto rozważyć umożliwienie nawet osobom nieposiadającym dokumentów potwierdzających legalność pobytu, skorzystanie w konsultacji z lekarzem pierwszego kontaktu i podstawowej diagnostyki.

Przykład brytyjski pokazuje, że dostosowanie systemu opieki medycznej do potrzeb cudzoziemców może wiązać się z wysokimi kosztami. Biorąc pod uwagę znacznie niższy budżet polskiego systemu opieki zdrowotnej, warto wyciągać wnioski z doświadczeń NHS, zanim poniesione zostaną niepotrzebne wydatki. Dotyczy to na przykład zbędnego powielania przez różne jednostki tłumaczeń dokumentów, informacji i broszur dla pacjentów. Utworzenie dostępnej publicznie bazy gotowych do druku podstawowych dokumentów, tłumaczonych na najpopularniejsze wśród cudzoziemców języki, jest stosunkowo niedrogim i efektywnym rozwiązaniem.

W systemie brytyjskim obowiązek zapewnienia pacjentowi sposobu porozumiewania się z personelem medycznym, spoczywa na systemie opieki zdrowotnej. Opracowana jest jasna, jednolita dla całego kraju procedura, dotycząca postępowania w sytuacji, gdy do placówki zgłosi się osoba, nieumiejąca w stopniu komunikatywnym porozumiewać się w języku angielskim. Należy zastanowić się nad wprowadzeniem takich rozwiązań także w Polsce. Umożliwi to odciążenie pracowników medycznych - bez wprowadzenia jasnych zasad, co należy zrobić, gdy do przychodni czy oddziału trafi się cudzoziemiec, muszą oni ad hoc szukać możliwości porozumienia z chorym. Ponadto wprowadzenie ogólnokrajowej procedury postępowania zapewni wszystkim pacjentom równy dostęp do opieki medycznej.

Mniejsza liczba cudzoziemców wśród pacjentów w Polsce sprawia, że wprowadzanie pewnych rozwiązań z brytyjskiego systemu opieki medycznej może być nieuzasadnione lub ekonomicznie niekorzystne – dotyczy to na przykład krajowego dostępu do osobistych i telefonicznych tłumaczeń w dużej liczbie języków.

W porównaniu z tłumaczeniami osobistymi, tłumaczenia telefoniczne wydają się efektywniejszym rozwiązaniem⁽³¹⁾. Możliwe, że podobnie jak w Wielkiej Brytanii korzystne byłoby wykorzystanie komercyjnego podwykonawcy do tego zadania – także na rynku polskim istnieją firmy oferujące tłumaczenia telefoniczne, z polskiego na najpopularniejsze języki obce. Należy jednak pamiętać, że wprowadzenie takiego narzędzia wymagałoby odpowiedniego przygotowania i przeszkolenia personelu medycznego, dla którego takie rozwiązanie byłoby nowym wyzwaniem. Przed wprowadzaniem ogólnokrajowych rozwiązań zasadne byłoby przeprowadzenie badania pilotażowego w wyznaczonych placówkach.

Jak pokazują doświadczenia brytyjskie, aby zminimalizować koszty tłumaczeń, warto także zachęcać osoby na stałe mieszkające w Polsce do nauki języka polskiego. Programy wspierające naukę języka mogą nie tylko ułatwić udzielanie świadczeń w opiece medycznej, ale także usprawnić kontakty z cudzoziemcem w innych instytucjach publicznych (szkoły, urzędy itp.).

Zapewnienie wszystkim mieszkańcom Polski równego dostępu do opieki medycznej jest dużym wyzwaniem, dlatego utworzenie specjalnego organu, którego zadaniem jest czuwanie nad równością pacjentów i pracowników opieki medycznej wydaje się zasadne. Jednak tworzenie instytucji, które zajmują się wieloma różnymi przyczynami i wymiarami nierówności niesie ze sobą zagrożenie, że problem zróżnicowania kulturowego i etnicznego wśród pacjentów może zostać zmarginalizowany. Przy wprowadzaniu rozwiązań w Polsce warto rozważyć jak dbać o to, aby nie był on pomijany (np. przez wyodrębnianie specjalnych grup roboczych poświęconych temu tematowi). Istotna jest także dbałość o zaangażowanie przedstawicieli mniejszości w pracę takich grup.

Podsumowując wydaje się, iż rozwiązania funkcjonujące w Wielkiej Brytanii, które można by po odpowiedniej adaptacji zastosować w warunkach polskiego systemu opieki zdrowotnej to przede wszystkim:

- umożliwienie wszystkim (w tym także osobom nieposiadającym dokumentów potwierdzających legalność pobytu), skorzystanie z jakiejś formy opieki medycznej (np. konsultacji z lekarzem pierwszego kontaktu, podstawowej diagnostyki);
- opracowanie jednolitej dla wszystkich placówek procedury dotyczącej postępowania w sytuacji, gdy do placówki zgłosi się osoba, nieumiejąca w stopniu komunikatywnym porozumiewać się w języku personelu (np. przez wprowadzenie systemu tłumaczeń telefonicznych);
- upowszechnienie programów integracyjnych skierowanych do cudzoziemców obejmujących możliwość nauki języka polskiego.

ROZDZIAŁ 6. ZAŁOŻENIA, CEL I PROBLEMY BADAWCZE W BADANIACH WŁASNYCH

Aby opisać, w jaki sposób system opieki zdrowotnej w Województwie Mazowieckim jest przygotowany do udzielania świadczeń, w badaniach własnych zdecydowano się na zbadanie dwóch perspektyw – perspektywy cudzoziemców i pracowników placówek opieki zdrowotnej. W tym celu przeprowadzono dwa odrębne badania.

Pierwsze badanie dotyczyło wybranej grupy cudzoziemców: studentów cudzoziemców kształcących się na uczelni medycznej. Badanie to miało charakter ilościowy, przy wykorzystaniu autorskiego kwestionariusza ankiety. Drugie badanie przeprowadzono w placówkach medycznych i obejmowało pracowników tych placówek. Badanie to miało charakter jakościowy i do jego przeprowadzenia wykorzystano metodę winietową. Poniżej przedstawione zostały, cele i problemy badawcze prowadzonych badań. W kolejnym rozdziale zaś opisana dokładniej metodologia ich prowadzenia.

6.1.1 Założenia badań ilościowych prowadzonych wśród studentów – cudzoziemców na WUM

Wyzwania związane z prowadzeniem badań wśród imigrantów wynikają m.in. z heterogeniczności i niewielkiej liczebności populacji migrantów. Niektóre populacje - takie jak nieudokumentowani migranci - są bardzo trudno dostępne (177,178). Uzyskanie pewności, że wszystkie grupy migrantów są uwzględnione i w równym stopniu reprezentowane, wymaga wykorzystania kosztownych i czasochłonnych schematów badawczych. W Polsce nie było dotychczas prowadzonych na szeroką skalę badań dotyczących problemów pojawiających się w trakcie korzystania z opieki medycznej przez cudzoziemców.

Niniejsze badania oparto na założeniu dotyczącym badania grupy uprzywilejowanej (w aspekcie dostępu do opieki medycznej). Za grupą taką – jak wykazano poniżej – można przyjąć studentów kierunku lekarskiego studiujących w języku angielskim. Przeprowadzenie badania na temat dostępu do opieki zdrowotnej w tej grupie cudzoziemców pozwala założyć,

że jeśli ta kategoria migrantów napotyka problemy w kontaktach z systemem opieki zdrowotnej w Polsce, to inne kategorie mają przynajmniej te same trudności.

Studenci wyjeżdżający do innych krajów na studia w języku angielskim to grupa pod wieloma względami uprzywilejowana w porównaniu do innych obcokrajowców, jeśli chodzi o korzystanie z opieki medycznej. Znają język angielski w mowie i piśmie na poziomie umożliwiającym naukę w tym języku – posługują się także biegle terminologią medyczną. Należy zauważyć, iż język angielski jest najczęstszym drugim językiem w Polsce i jest elementem obowiązkowego programu studiów na uczelniach medycznych. W związku z tym łatwiej jest znaleźć w przychodni czy szpitalu personel mówiący po angielsku niż posługujący się innymi językami, takimi jak hiszpański, francuski lub wietnamski. Ponadto można przypuszczać, że ze względu na reprezentowaną grupę wiekową, studenci stosunkowo rzadko cierpią z powodu chorób przewlekłych lub związanych ze starzeniem się. W porównaniu z migrantami zatrudnionymi często przy pracach fizycznych, są także mniej narażeni na ryzyko związane z urazami w pracy. Ponadto jak wskazują badania prowadzone wśród studentów cudzoziemców kształcących się na WUM większość z nich nie odczuwa problemów związanych z sytuacją materialną i może pozwolić sobie na sfinansowanie nagłych, nieoczekiwanych wydatków(179).

Sytuacja życia studenckiego i społecznego na uczelniach daje im możliwość spotkania się z innymi studentami - zarówno z zagranicy, jak i z Polski – którzy mogą stanowić źródło informacji o systemie opieki zdrowotnej. Ponadto sytuacja prawna dotycząca pobytu w Polsce studentów jest stosunkowo prosta (np. w porównaniu do cudzoziemców nieudokumentowanych lub oczekujących na przyznanie statusu ochrony międzynarodowej).

Studenci wydziału medycznego stanowią szczególną grupę również ze względu na wyższy poziom kompetencji zdrowotnych niż inni pacjenci. Kompetencje zdrowotne (*ang. Health literacy*) to umiejętności, które umożliwiają efektywne korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej, pozyskanie oraz zastosowanie informacji dotyczących zachowań prozdrowotnych. Jednostka o wysokich kompetencjach zdrowotnych wie, w jaki sposób znaleźć wiarygodne i rzetelne informacje o tym jak dbać o zdrowie; kiedy i gdzie zwrócić się o pomoc w przypadku choroby; posiada umiejętności z zakresu samoopieki oraz pierwszej

pomocy; rozumie komunikaty przekazywane przez pracowników opieki medycznej i potrafi je praktycznie zastosować dokonując wyborów służących zachowaniu zdrowia(180–182).

Studenci kierunku lekarskiego mają także stały kontakt z personelem medycznym i instytucjami podczas zajęć teoretycznych i praktycznych, co może dać im możliwość uzyskania odpowiedzi na pytania dotyczące praktycznych informacji o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej z pierwszej ręki.

6.1.2 Cel badania studentów – cudzoziemców na WUM

Celem prowadzonych badań było określenie zachowań studentów Oddziału Nauczania w Języku Angielskim kierunku lekarskiego (ED MUW) w sytuacji pojawienia się problemów zdrowotnych oraz opisanie ich dostępu do systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Jednym z celów badania było także określenie oczekiwań studentów w zakresie możliwych do podjęcia działań dotyczących poprawy dostępu do systemu ochrony zdrowia – zarówno kierowanych do studentów jak i do ogółu cudzoziemców.

6.1.3 Problemy badawcze w badaniu studentów ED MUW

W badaniu szukano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jakie strategie przyjmują studenci ED MUW w sytuacji choroby?
2. Czy i na jakiej podstawie studenci ED MUW są ubezpieczeni?
3. Czy i jakie trudności napotykają w trakcie korzystania z opieki zdrowotnej?
 - a. Czy pojawiają się trudności związane z brakiem znajomości systemu opieki zdrowotnej w Polsce?
 - b. Czy pojawiają się trudności związane z barierą językową?
 - c. Czy pojawiają się trudności związane z barierą kulturową i dyskryminacją?
4. Czy studenci ED MUW oczekują działań w celu poprawy dostępu do opieki medycznej, a jeśli tak, to jakich?

6.1.4 Założenia badań jakościowych prowadzonych w placówkach medycznych w województwie mazowieckim

Założeniem badań jakościowych było odtworzenie przebiegu opieki nad pacjentami – cudzoziemcami w placówkach medycznych – przychodniach POZ i szpitalach. Ze względu

na rozmiar prowadzonego badania ograniczono się do tych etapów opieki, które dotyczą wszystkich osób trafiających do tych instytucji:

- rejestracja,
- konsultacja z lekarzem (w przypadku przychodni POZ – lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku szpitala – lekarzem zatrudnionym na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub pracownikiem Izby Przyjęć)
- rozliczenie świadczenia.

Dzięki odwzorowaniu w badaniu drogi, jaką pokonują pacjenci w placówkach medycznych możliwe stało się zbadanie co dzieje się na poszczególnych etapach opieki nad cudzoziemcami, jakie wyzwania pojawiają się w trakcie udzielania świadczeń i w jaki sposób pracownicy placówek starają się je pokonać.

6.1.5 Cel badań jakościowych prowadzonych w placówkach w województwie mazowieckim

Celem badania winietowego prowadzonego w placówkach medycznych w województwie mazowieckim było opisanie oraz analiza, w jaki sposób przebiega opieka nad pacjentami – cudzoziemcami w tych placówkach. Położenie nacisku na eksploracyjny aspekt badań wynikało z ich obszaru – udzielanie świadczeń cudzoziemcom w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce nie było jeszcze kompleksowo badane. Z tego powodu podstawowym celem było zbadanie i opisanie przebiegu opieki nad tymi pacjentami. Stało się to możliwe dzięki wykorzystaniu metodologii jakościowej, pozwalającej na dotarcie do głębszego sensu badanych zjawisk, między innymi dzięki umożliwieniu elastycznego dostosowania się do badanej rzeczywistości.

6.1.6 Problemy badawcze badań jakościowych prowadzonych w placówkach w województwie mazowieckim

W badaniu szukano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Czy i jakie kategorie migrantów korzystają z pomocy placówek w woj. mazowieckim?
2. Jak przebiega opieka nad migrantami trafiającymi do placówek medycznych i czym różni się od opieki nad Polakami trafiającymi do tych placówek?

- a. Jak przebiega opieka na etapie rejestracji pacjenta?
 - b. Jak przebiega konsultacja lekarska?
 - c. Jak przebiega rozliczenie świadczeń udzielonych cudzoziemcom?
3. Jakie bariery pojawiają się w trakcie udzielania świadczeń cudzoziemcom i w jaki sposób pracownicy placówek medycznych starają się je pokonywać?
4. Czy są podejmowane obecnie lub były podejmowane w przeszłości jakieś działania związane z przygotowaniem pracowników do udzielania świadczeń cudzoziemcom?
5. Jakie oczekiwania związane z przygotowaniem do udzielania świadczeń takim pacjentom wyrażają pracownicy placówek w woj. mazowieckim?

ROZDZIAŁ 7. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

7.1 Badania ilościowe i jakościowe w naukach społecznych i medycznych

Metody badawcze wykorzystywane do poznania rzeczywistości społecznej można podzielić na dwie grupy – metody jakościowe i ilościowe. Wybór metody zależy od rodzaju problemu badawczego, którego rozwiązanie postawiono za cel badania. Jeżeli badaczowi zależy na określeniu częstości występowania danych zjawisk czy cech w populacjach lub korelacji pomiędzy nimi – odpowiednim narzędziem będą metody ilościowe. Gdy odpowiedź na pytania badawcze wymaga pogłębionej wiedzy na temat zjawisk, dotarcia do sedna badanych problemów oraz ich subiektywnego postrzegania przez aktorów społecznych, czy określenia, w jaki sposób przebiega interakcja w określonych sytuacjach, a mniej istotna jest reprezentatywność grupy i dokładna wiedza na temat częstości występowania danych zjawisk, właściwszą metodą badawczą okaże się metoda jakościowa(183).

Metody jakościowe od lat wykorzystywane są także w przypadku szerokiego wachlarza problemów badawczych stawianych w naukach o zdrowiu – takie metody były wykorzystywane na przykład w badaniach dotyczących sposobu poszukiwania informacji na temat choroby przez pacjentów leczących się onkologicznie(184), doświadczeniach pacjentów związanych z funkcjonowaniem z dobrze kontrolowaną cukrzycą typu 1(185) czy wpływowi, jaki mają na zdrowie pacjenta współpraca między lekarzem pierwszego kontaktu a specjalistami(186). Także wiele klasycznych badań dotyczących działania instytucji medycznych było prowadzonych z wykorzystaniem metod jakościowych: jak choćby wykorzystujące obserwację uczestniczącą, prowadzoną w szpitalu dla osób chorych psychicznie, badania Ervinga Goffmana, które przyczyniły się do rozwinięcia koncepcji instytucji totalnej(187).

Badania jakościowe i ilościowe nie różnią się jedynie narzędziem zbierania danych. Odrębności pojawiają się już na etapie procesu prowadzenia badań. Proces badawczy ilościowy przebiega względnie linearnie: od konstrukcji hipotezy i założeń badania, zaprojektowania modelu badawczego, przez zebranie danych, do ich statystycznej analizy i interpretacji. Badania jakościowe umożliwiają elastyczne podejście do tego procesu i

modyfikację zaplanowanych w ramach badania działań w zależności od informacji, pojawiających się w trakcie dokonywanej bieżąco analizy zbieranych danych (188).

Podczas gdy w badaniu ilościowym kluczowa jest wielkość próby, dobierana za pomocą obliczeń statystycznych na podstawie wielkości badanej populacji (oraz innych parametrów), w badaniu jakościowym przyjmuje się możliwość realizacji badań obejmujących stosunkowo niewielką liczbę przypadków. Wielkość próby różni się w zależności od wybranych podejść badawczych i badanych populacji. Prowadzone analizy jakościowych projektów badawczych wskazują, że w praktyce w ramach projektu realizuje się zwykle pomiędzy 20 a 30 jednostkami badania (np. wywiadami), więcej w przypadku badań etnograficznych (około 30-60 wywiadów), mniej w przypadku badań opartych o założenia fenomenologii (6-12 przypadków) (189). Jednym z wyznaczników wielkości próby w badaniu jakościowym jest tzw. nasycenie teoretyczne – stan, w jakim badanie kolejnych przypadków nie wnosi nowych treści do odpowiedzi na pytania badawcze. Ze względu na subiektywność oceny tego stanu, ważne jest także zapewnienie reprezentatywności próby, a więc uwzględnienie w niej występujących w populacji zmiennych, istotnych z punktu widzenia badania (189).

Ostateczne opracowanie danych ilościowych i jakościowych także różni się pomiędzy sobą: zebrany metodami ilościowymi materiał opracowywany jest za pomocą metod statystycznych – w ostatecznym opracowaniu właściwie nigdy nie spotyka się surowych danych, a raczej przedstawione w postaci wykresów i tabeli zestawienia uzyskanych informacji. Z kolei w badaniach jakościowych nie stosuje się metod statystycznych a w opracowaniach często spotyka się z surowymi danymi – np. obszernymi fragmentami wypowiedzi udzielonymi w trakcie prowadzonych wywiadów – które mają stanowić ilustrację oraz dowód na potwierdzenie tworzonych przez badaczy teorii i interpretacji (188). Techniki wykorzystywane przy analizie danych jakościowych zależą od postawionych pytań badawczych i zebranego materiału. W swoich analizach badacze stosujący metodę jakościową np. tworzą typologie podejmowanych praktyk lub ról przyjmowanych przez uczestników interakcji, interpretują narracje prowadzoną przez aktorów społecznych czy przedstawiają rzeczywistość społeczną z punktu widzenia badanych.

Połączenie w badaniach prowadzonych w ramach niniejszej pracy metodologii jakościowej i ilościowej wpisuje się w nurt łączenia różnych podejść badawczych (190). Badania

jakościowe i ilościowe można traktować bowiem jako komplementarne narzędzia, które umożliwiają pełniejsze poznanie poprzez uzupełnienie obrazu badanej rzeczywistości(191). W opisywanych w niniejszej pracy badaniach dzięki zastawianiu dwóch różnych metod, możliwe stało się uchwycenie dwóch perspektyw: perspektywy pacjentów oraz personelu medycznego. Opieka zdrowotna przebiega bowiem zawsze w interakcji między osobą o zawodzie medycznym a pacjentem (a także niekiedy jego środowiskiem i rodziną). Dlatego jedynie zestawienie tych perspektyw obu stron interakcji daje szansę na pełne uchwycenie zjawisk pojawiających się w trakcie udzielania świadczeń. Połączenie dwóch rodzajów badań umożliwiło także zastosowanie strategii triangulacji. Triangulacja to pojęcie najszerzej rozwinięte przez Normana Denzina(15). Zakłada ona zestawienie ze sobą sposobów badania wybranego problemu (np. różnych technik i narzędzi, grup badanych, czasu badań, osoby badacza) w celu dokładniejszego opisu rzeczywistości. Porównanie uzyskanych rezultatów umożliwia ich pełniejszą kontrolę, co przekłada się trafność i wiarygodność prowadzonych badań(191).

7.2 Metodologia badań ilościowych prowadzonych wśród studentów ED MUW

W celu zbadania dostępu studentów Oddziału Nauczania w Języku Angielskim, II Wydziału Lekarskiego WUM, został przygotowany autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 27 pytań (otwartych, zamkniętych i półotwartych). Kwestionariusz ankiety zamieszczono w Załączniku nr 1.

Pytania kwestionariusza zostały podzielone na następujące bloki tematyczne:

1. Zachowanie studentów w sytuacji choroby
2. Podstawy ubezpieczenia studentów
3. Samoocena wiedzy dotyczącej funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce
4. Doświadczenia związane z korzystaniem z systemu opieki zdrowotnej w Polsce (część wypełniana jedynie przez osoby, które zadeklarowały, że korzystały z pomocy instytucji medycznych w trakcie pobytu w Polsce)
 - a. Sposób komunikacji w sytuacji korzystania z opieki medycznej
 - b. Różnice kulturowe w czasie korzystania z opieki medycznej
 - c. Doświadczenia związane z zachowaniami dyskryminującymi

5. Rekomendacje dotyczące przygotowania systemu opieki medycznej do potrzeb cudzoziemców
 - a. Rekomendacje dotyczące sytuacji studentów ED MUW
 - b. Rekomendacje dotyczące sytuacji wszystkich cudzoziemców
6. Pytania metryczkowe

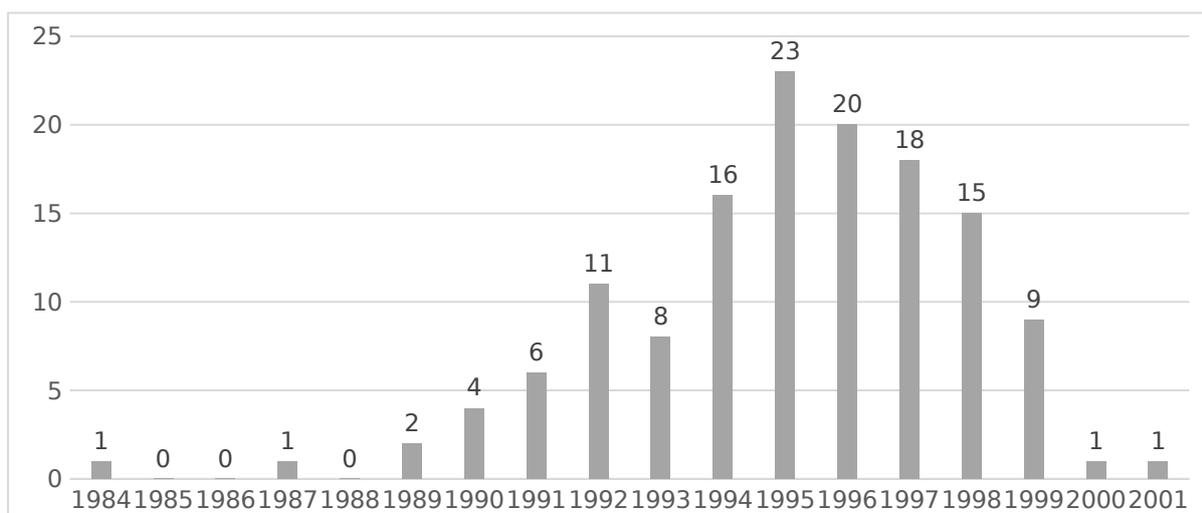
Kwestionariusz został przetłumaczony na język angielski. Ankieta została zamieszczona w Internecie (link do ankiety został upubliczniony na stronie Samorządu Studentów ED MUW). Dodatkowo wśród studentów lat I-III ankieta w formie papierowej została przeprowadzona w trakcie wybranych zajęć dydaktycznych. Lata te zostały wybrane z powodów łatwiejszego przeprowadzenia badania pod względem organizacyjnym (studenci starszych lat mają zajęcia w małych grupach zajęciowych, co utrudniało zebranie większej liczby ankiet). Materiał został zebrany na przełomie marca i kwietnia 2018 roku. W sumie zebranych zostało 138 wypełnionych kwestionariuszy ankiet, co stanowiło 24% wszystkich studentów studiujących w roku akademickim 2017/2018 na kierunku 6-letnim w języku angielskim II Wydziału Lekarskiego WUM⁴⁹. Rezultaty ankiety zostały poddane analizie statystycznej z wykorzystaniem programu *Statistica*. Dodatkowo w trakcie analizy wykorzystano dane dotyczące liczby i ubezpieczenia studentów pozyskane z Dziekanatu II Wydziału Lekarskiego.

7.2.1 Opis grupy badanej

Większość studentów (66%) stanowiły kobiety. Mężczyźni stanowili 34% badanej populacji. Najmłodsza osoba wypełniająca ankietę urodziła się w 2001 roku, najstarsza - 1984. 87% respondentów urodzonych zostało pomiędzy 1992 a 1999 rokiem, a więc w momencie badania miało pomiędzy 19 a 26 lat. Średni wiek respondentów wynosił 23 lata.

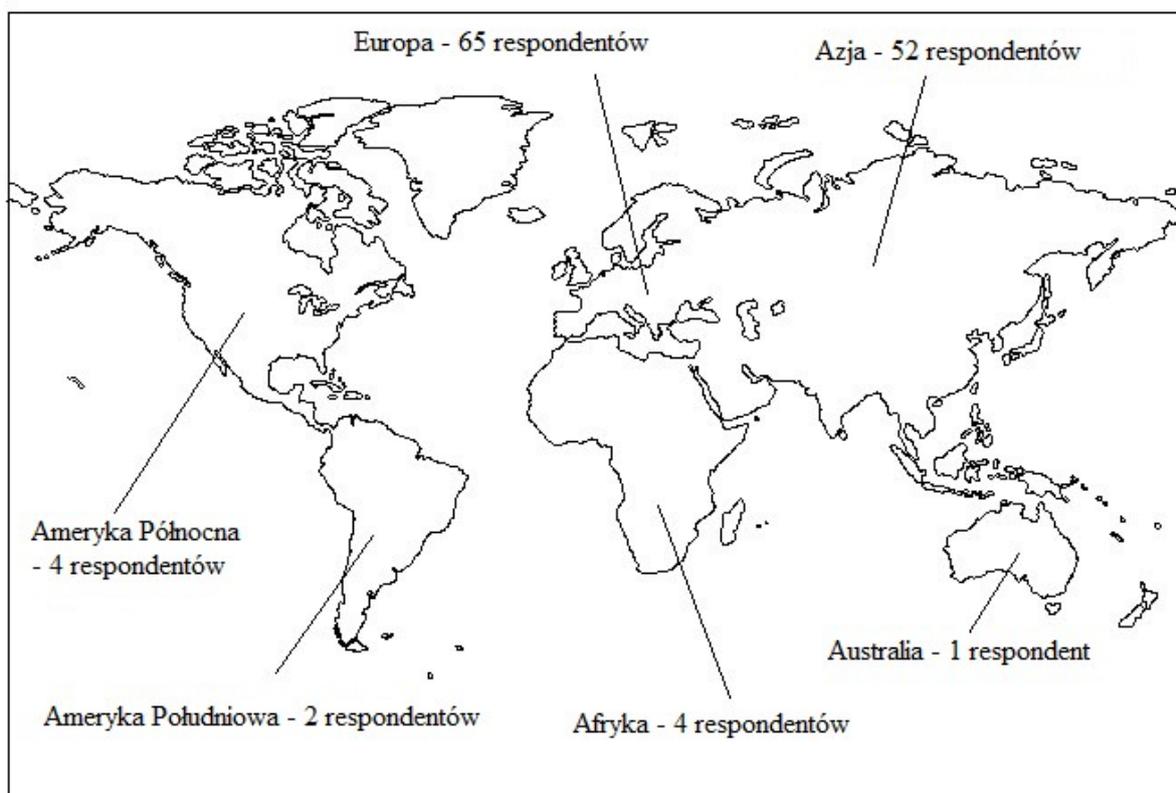
Dokładne dane dotyczące wieku respondentów przedstawiono na wykresie poniżej.

⁴⁹ W roku akademickim 2017/2018 w programie 6-letnim uczestniczyło 580 studentów.



Wykres 4. Liczba respondentów biorących udział w badaniu studentów ED MUW w podziale na poszczególne lata urodzenia.

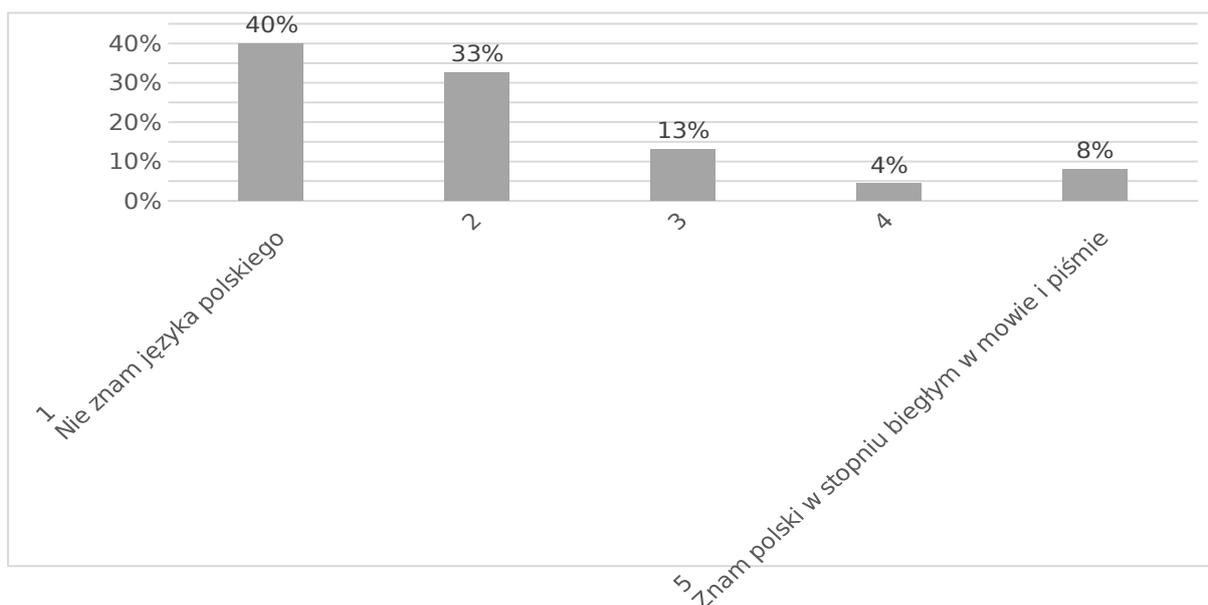
Większość studentów biorących udział w badaniu, jako kraj obywatelstwa wskazała kraje europejskie lub azjatyckie. Najliczniej reprezentowanymi krajami pochodzenia były: Norwegia (24), Arabia Saudyjska (19), Szwecja (12), Niemcy (9), Wielka Brytania (9), Malezja (8), Indie (7) i Pakistan (5). Na poniższej mapie przedstawiono pochodzenie respondentów według poszczególnych kontynentów.



Rysunek 1. Pochodzenie respondentów biorących udział w badaniu studentów ED MUW - liczba osób pochodzących z poszczególnych kontynentów

W wyniku wybranego sposobu przeprowadzenia badania (dystrybucja wersji papierowej ankiety jedynie wśród studentów lat I – III), większość osób, która wypełniła ankietę uczyła się na młodszych latach studiów. W badaniu wzięło udział 54 studentów pierwszego roku (co stanowiło 39% wszystkich badanych), 35 studentów drugiego i 35 studentów trzeciego roku (odpowiednio po 25% wszystkich badanych). Z lat od czwartego do szóstego jedynie 12 osób uczestniczyło w badaniu (stanowili 8% wszystkich respondentów).

Studenci zostali poproszeni o ocenę znajomości języka polskiego w skali od 1 do 5. Poziom 1, oznaczający „Nie znam języka polskiego” wybrany został przez 40% badanych. Kolejne poziomy zostały wybrane odpowiednio: poziom 2 – 33%, 3- 13%, 4- 4%. Poziom 5 oznaczający „Znam polski w stopniu biegłym w mowie i piśmie” został wybrany przez 8% respondentów.



Wykres 5. Procent odpowiedzi na pytanie o ocenę znajomości języka polskiego w skali od 1 do 5. (Gdzie poziom 1 oznaczał „Nie znam języka polskiego”, poziom 5 oznaczał „Znam polski w stopniu biegłym w mowie i piśmie”)

7.3 Metodologia badań winietowych prowadzonych w placówkach w województwie mazowieckim

W niniejszym podrozdziale przedstawiona została metodologia badań własnych – wywiadów winietowych prowadzonych w placówkach medycznych w województwie mazowieckim. Na początku przedstawiona została technika wywiadu winietowego oraz opisane powody, dla których zdecydowano się wybrać ją do badania problemu udzielania świadczeń cudzoziemcom. Następnie opisany został sposób skonstruowania narzędzia wykorzystanego w badaniu – winiet oraz scenariusza wywiadu. W dalszej części przedstawiono sposób doboru placówek, w których prowadzone były badania oraz opisano grupę respondentów. Na końcu rozdziału przedstawione zostały ograniczenia metodologiczne, które wiążą się z wybraniem tej techniki.

Temat korzystania przez cudzoziemców z systemu opieki medycznej w Polsce jest stosunkowo mało poznany, zatem trudnością metodologiczną było zaprojektowanie takich badań, które umożliwią porównanie ze sobą różnych placówek – szpitali i przychodni POZ, placówek, w których cudzoziemcy są częstymi pacjentami oraz tych, w których zdążają się sporadycznie. Dodatkowo badaniem należało objąć możliwie wiele aspektów opieki nad cudzoziemcami o różnym pochodzeniu etnicznym, znajomości języków oraz sytuacji prawnej

dotyczącej pobytu w Polsce i stosunku do ubezpieczenia. Przeprowadzenie badań uwzględniających wyżej wymienioną różnorodność stało się możliwe dzięki zastosowaniu techniki badania winietowego.

7.3.1 O technice badań winietowych

Badanie winietowe to rodzaj eksperymentu, w którym respondentowi prezentowany jest scenariusz hipotetycznej sytuacji – winieta (ang. *vignette methodology*). Winieta zostaje przygotowana w oparciu o określone przez badacza zmienne niezależne, istotne z punktu widzenia pytań badawczych. Jest to zazwyczaj krótki opis dotyczący określonego zdarzenia lub osoby, którego celem jest przywołanie najważniejszych cech prawdziwej sytuacji(192). Po zapoznaniu się osoby badanej z winietą, badacz zadaje pytania związane np. ze sposobem zachowania w danych okolicznościach. Respondent odpowiada, jak potoczyłaby się historia opisana w winiecie bazując na swoich doświadczeniach i wyobrażeniach (193).

Technika badań winietowych jest wykorzystywana od połowy XX wieku przez różne dyscypliny naukowe, w badaniach, których celem jest zrozumienie sposobu podejmowania decyzji przez respondenta, opis jego zachowań oraz postaw(194). Dotyczy to także badań z dziedziny nauk o zdrowiu, gdzie badania winietowe wykorzystywane były np. do badania decyzji lekarzy dotyczących leczenia pacjentów z objawami depresji(195), toczenia rumieniowatego(196), czy sposobu w jaki oceniana jest zdolność do wykonywania czynności życia codziennego przez pacjentów z Zespołem Alzheimer(197). W zależności od wybranej metody, winiety mogą być stosowane zarówno w badaniach o charakterze ilościowym (195,198) jak i jakościowym (199,193,192).

Przy analizie wyników badań winietowych należy brać pod uwagę, że mogą nie pokrywać się całkowicie z rzeczywistymi decyzjami respondentów w sytuacjach podobnych do opisanych w scenariuszach winiet. Dostępne badania wskazują jednak, że udzielane odpowiedzi na hipotetyczne zdarzenie mogą w dużym stopniu prognozować zachowania w podobnej sytuacji w prawdziwym życiu(200).

W analizie wykonanej przez zespół Johna Peabody'ego porównywano wyniki dotyczące zgodności postępowania lekarzy ze standardami leczenia, uzyskane trzema technikami: badania z wykorzystaniem pacjenta standaryzowanego, eksperymentu winietowego oraz

wywiadu opartego na pokazywanej lekarzowi kartę choroby. Porównanie to wskazuje na dużą trafność prognostyczną techniki badania winietowego. Odpowiedzi udzielane przez lekarzy związane z zachowaniem w sytuacji hipotetycznego pacjenta odpowiadały w dużym stopniu ich zachowaniu w trakcie wizyty, kiedy nie wiedzieli oni, iż w rolę pacjenta wciela się specjalnie przeszkolony aktor. Analiza wykonana przez zespół Peabody'ego wskazuje, że badania winietowe mogą być adekwatnym sposobem badania jakości świadczeń udzielanych w placówkach opieki zdrowotnej(201).

7.3.1.1 Powody wyboru metody winietowej w kontekście badanego problemu

Metoda badania winietowego została wybrana jako optymalna do prowadzenia badań dotyczących udzielania świadczeń cudzoziemcom z szeregu przyczyn. Głównym powodem przemawiającym za wybraniem właśnie tej techniki była możliwość zastosowania tego samego narzędzia niezależnie od częstości kontaktu z cudzoziemcami danego pracownika systemu opieki medycznej. Nie są dostępne żadne statystyki dotyczące częstości udzielania świadczeń cudzoziemcom w placówkach medycznych. Założono wobec tego, że w badaniu mogą potencjalnie brać udział osoby o dużym doświadczeniu w kontakcie z cudzoziemcami, jak i osoby, które taki kontakt mogły mieć dotychczas sporadycznie a nawet nigdy nie udzielać pomocy medycznej obcokrajowcom⁵⁰. W takiej sytuacji zastosowanie metody ilościowej lub wywiadu nieopartego na winietach, mogłoby skutkować bardzo ograniczoną ilością informacji przekazanych przez badanych. Trudno byłoby także porównywać zgromadzone dane. Dzięki pomocy winiet możliwe było porównanie odpowiedzi niezależnie od doświadczenia jakie mieli w opiece nad cudzoziemcami poszczególni respondenci.

Pacjenci – cudzoziemcy stanowią zróżnicowaną grupę pod względem sytuacji prawnej, możliwości porozumienia językowego, pochodzenia kulturowego itd. Wykorzystanie scenariuszy winiet umożliwiło niuansowanie zadawanych pytań tak, aby możliwe stało się uwzględnienie tych odrębności. Wykorzystanie różnych przypadków uzasadniało wielokrotne zadawanie tych samych pytań (np. o sposób pokonywania bariery językowej czy specyficzne problemy medyczne) w kontekście udzielania świadczeń różnym migrantom. Dzięki

50 Warto nadmienić, iż badając zagadnienia związane z opieką medyczną nad cudzoziemcami, warto uwzględnić także perspektywę osób, które nie miały w przeszłości kontaktu z takimi pacjentami: mogą one dostarczyć informacji o procedurach obecnych w danej instytucji a także wskazywać na zachowania, jakie mogą zostać podjęte w przyszłości, w sytuacji udzielania świadczeń migrantom. Jednocześnie w badaniach prowadzonych w ramach niniejszej pracy nie było respondenta, który stwierdziłby że nigdy nie miał w pracy kontaktu z migrantem.

możliwości dodania do scenariuszy dodatkowych informacji o sytuacji cudzoziemca możliwe było dopytanie o problemy związane z różnymi aspektami opieki (np. tłumaczenie dokumentacji czy obecność osób trzecich).

Wykorzystanie konkretnych przypadków stanowiło także sposób na zmotywowanie respondentów do ustosunkowania się do problemów związanych z pokonaniem barier w kontakcie z obcokrajowcem. Scenariusze zostały skonstruowane w taki sposób, że opisani pacjenci mogliby potencjalnie zgłosić się do każdej z badanych placówek. W związku z tym badani nie mogli pominąć jakiegoś problemu stwierdzając, że nie spotkali się w swojej pracy z daną trudnością.

Wykorzystanie sfabularyzowanego scenariusza stymulowało rozmówców do rozmowy na temat różnych pacjentów, z którymi mieli styczność w przeszłości. Respondenci sięgali do pamięci i przypominali sobie różne przypadki, którymi się zajmowali. Jednocześnie celowe i przemyślane zróżnicowanie wykorzystanych winiet zapobiegało odwoływaniu się przez badanych jedynie do pojedynczego przypadku obcokrajowca, z którym miał kontakt na gruncie zawodowym, a który byłby najbardziej dostępny poznawczo (np. ostatniego spotkanego przypadku, chorego, który wzbudził wyjątkowo silne emocje lub utkwił w pamięci z innego powodu).

7.3.2 Scenariusze winiet wykorzystanych w badaniach

Przygotowywanie przypadków przedstawionych w scenariuszach winiet, rozpoczęto od stworzenia macierzy cech uwzględnionych następnie w opisach. W ramach macierzy określono następujące zmienne:

7.3.2.1 Kraj pochodzenia

Kraje pochodzenia uwzględnione w winietach wybrano w taki sposób, aby prezentowały możliwie zróżnicowane pochodzenie etniczne oraz kulturowe, jednocześnie uwzględniając dane statystyczne dotyczące liczebności cudzoziemców w Polsce. Ostatecznie uwzględniono następujące państwa: Ukraina, Niemcy, Wietnam, Nigeria, Czeczenia (Rosja) oraz Syria.

7.3.2.2 Płeć

W celu zachowania reprezentatywności płci pacjentów przytoczonych w scenariuszach winiet, połowa przypadków przedstawiała historie kobiet, a połowa mężczyzn.

7.3.2.3 Wiek

W celu upewnienia się, że pacjenci będą prezentowali różne grupy wiekowe, wyznaczone zostały 15-letnie przedziały wieku, z których każdy został uwzględniony w badaniu. W przypadku pacjenta niepełnoletniego dodano informację o obecnych opiekunach. Należy podkreślić, że w trakcie wywiadów niekiedy modyfikowano wiek w omawianych przypadkach – na przykład w sytuacji, kiedy badanie było prowadzone w instytucjach zajmujących się jedynie osobami dorosłymi lub gdy respondentem był lekarz - pediatra.

7.3.2.4 Podstawa pobytu

W ramach badania wybrano sześć różnych podstaw pobytu w Polsce: wizę pracowniczą, turystyczną, studencką, osobę w procedurze azylowej, osobę o statusie uchodźcy oraz obywatela kraju UE. Zmienne wybrano w taki sposób, aby prezentowały różne warunki ubezpieczenia pacjentów.

7.3.2.5 Znajomość języka

Oprócz informacji o języku, którym posługuje się dany cudzoziemiec, w jednym przypadku dodano informację o towarzyszącej osobie tłumaczącej pacjenta. Dodatkowo w trzech przypadkach podano, że pacjenci mają przy sobie dokumentację w języku obcym. W ramach winiet uwzględniono znajomość następujących języków: angielski, ukraiński, rosyjski, niemiecki, wietnamski, arabski, czeczeński.

7.3.2.6 Problem medyczny

W scenariuszach uwzględnione zostały różne rodzaje problemów zdrowotnych zgłaszanych przez pacjentów. Ze względu na charakter badania, którego celem nie była analiza postępowania medycznego, ale tych aspektów opieki zdrowotnej, które są związane z cudzoziemskim pochodzeniem pacjenta, problemy medyczne zostały przedstawione w sposób bardzo ogólny.

Poniżej prezentowana jest szczegółowa macierz wykorzystana przy konstrukcji scenariuszy:

Kategoria zmiennych:	Przypadek 1	Przypadek 2	Przypadek 3	Przypadek 4	Przypadek 5	Przypadek 6
Kraj	Niemcy	Ukraina	Czeczenia (Rosja)	Nigeria	Wietnam	Syria
Płeć	Mężczyzna	Kobieta	Kobieta	Mężczyzna	Kobieta	Mężczyzna
Wiek	45-60	30-45	60-75	15-30	0-15	75-90
Podstawa pobytu	Obywatel UE	Wiza pracownicza	Osoba w procedurze azylowej	Wiza studencka	Wiza turystyczna	Status ochrony międzynarodowej
Podstawa ubezpieczenia	EKUZ	Brak	Ubezpieczenie przez Urząd do spraw Cudzoziemców	Brak	Turystyczne	Ubezpieczenie w NFZ
Posiadane dokumenty	Niemiecki dowód osobisty	Paszport i wiza pracownicza	Tymczasowe Zaświadczenie Tożsamości Cudzoziemca	Karta pobytu, legitymacja studencka	Paszport i wiza turystyczna, zaświadczenie o ubezpieczeniu	Karta pobytu
Znajomość języka	Niemiecki	Ukraiński	Czeczeński, Rosyjski	Angielski	Wietnamski	Arabski
Posiadane dokumentacja medyczna	Brak	Dokumentacja medyczna w języku rosyjskim	Brak	Karta wypisu ze szpitala w języku angielskim	Książeczka zdrowia dziecka w języku wietnamskim	Brak
Zgłaszany problem medyczny	Choroba zakaźna	Stan wymagający konsultacji lekarza specjalisty	Choroba psychiczna	Stan wymagający konsultacji lekarza internisty	Uraz wymagający hospitalizacji	Choroba przewlekła
Uwagi dodatkowe	Osoba tłumacząca		Osoba towarzysząca nieznająca języka polskiego		Pod opieką rodziców posługujących się językiem wietnamskim	Zna podstawy języka polskiego

Tabela 8. Macierz wykorzystana przy konstrukcji scenariuszy winiet

Następnie przygotowane zostało sześć przypadków – scenariuszy winiet. Przypadki zostały uszeregowane w taki sposób, aby pokazywać je respondentom od „najłatwiejszych” – czyli przypadków osób, które najczęściej mogą być pacjentami opieki medycznej – do „najtrudniejszych” – czyli przypadków, które zdarzają się najrzadziej. Prócz tego przypadki najrzadsze (osoba w procedurze azylowej oraz osoba o przyznanej ochronie międzynarodowej) nie były omawiane bezpośrednio po sobie, aby nie nużyć osoby badanej. Takie uszeregowanie przypadków miało za cel zaangażowanie rozmówcy w wywiad. Omawianie przypadków podobnych do pacjentów, z którymi respondent miał kontakt w przeszłości, ułatwiało identyfikowanie się z scenariuszem winiety. Był to sposób na

uniknięcie sytuacji, w których osoba badana uznałaby omawiane problemy za nierealistyczne i w znacznym stopniu odbiegające od codziennej praktyki. Ostatecznie wykorzystane scenariusze winiet zamieszczono w Załączniku nr 2.

7.3.2.7 Ocena trafności wybranych przypadków

W celu oceny trafności wybranej metody i zaproponowanych w winietach przypadków, w maju 2017 roku przeprowadzono pilotaż badania (wywiad pilotażowy z lekarzem pracującym w szpitalu niewybranym do właściwego badania). Rodzajem sprawdzenia trafności metody były również pytania zadawane respondentom pod koniec wywiadu dotyczące przypadków lub problemów nieuwzględnionych w badaniu.

Przebieg kilku wywiadów wskazał rzeczywiście na brak jednego typu pacjenta, który został pominięty na etapie konstruowania badania – pacjenta pochodzenia romskiego o obywatelstwie rumuńskim. Otwarta konstrukcja wywiadu prowadzonego na podstawie winiet pozwoliła jednak na uzupełnienie wywiadów o dopytanie się o ten rodzaj pacjentów (np. poprzez dodanie pytań o pacjentów o takim pochodzeniu przy omawianiu pacjenta ubezpieczonego na podstawie karty EKUZ). W razie wykorzystywania scenariuszy winiet w przyszłości w podobnym badaniu, warto uzupełnić je o pacjenta o pochodzeniu romskim.

Większość wypowiedzi respondentów dotyczących badania potwierdzała trafność wybranych przypadków. Choć w niektórych przychodniach i szpitalach poza Warszawą respondenci podawali, że rzadziej występujące przypadki – np. pacjent z Nigerii czy uchodźca - nie pojawiają się w ich placówkach, szczególnie w dużych warszawskich szpitalach podkreślano realistyczny dobór przedstawionych w winietach chorych.

7.3.2.8 Przebieg wywiadu

Wywiad z badanymi rozpoczynano od przedstawienia najważniejszych zasad dotyczących badania (w szczególności poufności przekazywanych informacji) oraz zgody respondenta na nagrywanie rozmowy. Następnie przechodzono do pytań wstępnych dotyczących stanowiska, na jakim pracuje respondent oraz jego kontaktu z pacjentami – cudzoziemcami. Główną częścią badania było omawianie kolejnych przypadków. Respondent otrzymywał pojedynczy przypadek na karcie winiety. Główne pytanie dotyczyło tego, jak w opinii respondenta potoczyłaby się opieka nad danym pacjentem. Następnie odpowiedź respondenta była

pogłębiana kolejnymi pytaniami dotyczącymi trudności w obszarze bariery komunikacyjnej, potrzebnych dokumentów, problemów kulturowych itp.

Po zakończeniu omawiania poszczególnych przypadków, respondent odpowiadał na pytania ogólne dotyczące dotychczasowych działań w placówce związanych z opieką nad cudzoziemcami, rekomendacji działań, które mogłyby być podjęte w przyszłości oraz meta-pytania dotyczące wywiadu (m.in. respondenci zostali poproszeni o wskazanie przypadków lub problemów, które nie zostały uwzględnione w przebiegu wywiadu). Dokładny scenariusz wywiadu wraz z pytaniami zamieszczony został w Załączniku nr 3.

7.3.3 Analiza uzyskanego materiału

Za zgodą respondentów wywiady były rejestrowane na dyktafonie (prócz dwóch przypadków, w których respondenci nie zgodzili się na nagrywanie, więc ich odpowiedzi były notowane na bieżąco w trakcie rozmowy). Zebrany materiał został poddany transkrypcji. Następnie uzyskany tekst został pogrupowany w programie QDA Miner z wykorzystaniem listy kodów. Przygotowując listę kodów uwzględniono powtarzające się w wywiadach treści. Na podstawie tematów pojawiających się w rozmowach stworzono dziesięć głównych obszarów tematycznych:

1. Informacje o respondencie
2. Weryfikacja ubezpieczenia i rozliczenie pacjenta - cudzoziemca
3. Rozumienie funkcjonowania polskiego systemu opieki medycznej przez cudzoziemców
4. Komunikacja z pacjentem obcojęzycznym
5. Różnice kulturowe pojawiające się w kontakcie z pacjentami - cudzoziemcami
6. Specyficzne problemy medyczne obcokrajowców
7. Działanie w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia
8. Dotychczasowe działania podejmowane przez placówkę oraz inne instytucje
9. Rekomendacje dotyczące ułatwienia opieki nad cudzoziemcami
10. Komentarze na meta poziomie dotyczące badania i opieki nad cudzoziemcami

W ramach powyższych obszarów wyróżnione szczegółowe kody dotyczące poszczególnych problemów. W sumie w trakcie analizy uwzględniono 138 różnych kodów pogrupowanych

według kategorii tematycznych. Szczegółowa lista kodów została zamieszczona w Załączniku nr 4. Pogrupowany tekst został poddany analizie i interpretacji.

7.3.4 Dobór placówek

Badaniem objęte zostały placówki znajdujące się na terenie województwa mazowieckiego. Województwo mazowieckie wybrane zostało, jako województwo z największą liczbą wydawanych kart pobytu dla cudzoziemców (według danych Urzędu ds. Cudzoziemców).

W badaniu skupiono się na dwóch rodzajach placówek – przychodniach Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz Szpitalach. Pod uwagę brano tylko te jednostki, które realizują świadczenia w ramach umów z NFZ. Zastosowany został dobór celowy, tak aby uwzględnić różne typy placówek. Do dyrekcji wybranych placówek została wysłana prośba o zgodę na udział w badaniu (w opisie badania przesłanym do placówek nie zostały dołączone opisy poszczególnych przypadków wykorzystanych w winietach). W przypadku odmowy dyrekcji na udział danej placówki w badaniu, wybierana została inna placówka spełniająca te same kryteria doboru. W sumie skontaktowano się z 24 placówkami, z których 8 odmówiło udziału w badaniach. Wszystkie placówki, które udzieliły informacji o powodach odmowy wskazały niewystarczającą liczbę personelu oraz zbyt duże obciążenie obowiązkami zawodowymi pracowników, niepozwalające na oddelegowanie ich do rozmowy z badaczem.

7.3.4.1 Wybór przychodni POZ

Badaniem objęto osiem przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej: cztery placówki działające na terenie Warszawy i cztery placówki mieszczące się w innych miastach województwa. Przy wyborze placówek w Warszawie przyjęto trzy kryteria różnicujące: formę własności (publiczny lub niepubliczny), wielkość i lokalizacja ZOZ. Placówki zostały dobrane tak, aby reprezentować zarówno publiczne jak i niepubliczne zakłady, duże i małe (jako kryterium przyjęto liczbę placówek wchodzących w skład Zakładu) oraz zlokalizowane w różnych rejonach miasta. Jako umowną linię podziału na część wschodnią i zachodnią Warszawy przyjęto bieg rzeki Wisły, a jako linię dzielącą część północną od południowej prostą biegnącą na przedłużeniu Alei Jerozolimskich. Poniżej tabela przedstawiająca sposób doboru placówek.

	Publiczny zakład opieki zdrowotnej	Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej
Duży ZOZ (składający się z więcej niż jednej placówki)	Północna- Zachodnia część miasta Kod placówki 1	Północno- Wschodnia część miasta Kod placówki 2
Mały ZOZ (składający się z jednej placówki)	Południowo- Zachodnia część miasta Kod placówki 3	Południowo – Wschodnia część miasta Kod placówki 5

Tabela 9. Dobór placówek POZ do badania na terenie Miasta Stołecznego Warszawa

Cztery placówki stanowiły zakłady opieki zdrowotnej znajdujące się na pozostałym terenie województwa. W przypadku tych placówek również zastosowano trzy kryteria różnicujące: typ, wielkość oraz lokalizacja miasta, w którym działa placówka. Jako kryterium wielkości przyjęto rozróżnienie na miasta powiatowe oraz miasta niebędące stalicą powiatu. Jako umowną linię podziału województwa na część wschodnią i zachodnią przyjęto bieg rzeki Wisły i Narwi, a jako linię podziału na część północną i południową przebieg autostrady A2. Poniżej tabela przedstawiająca sposób doboru placówek.

	Publiczny zakład opieki zdrowotnej	Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej
Miasto powiatowe	Północno- Zachodnia część województwa Kod placówki 6	Północna- Wschodnia część województwa Kod placówki 7
Miasto bez prawa powiatu	Południowo – Zachodnia część województwa Kod placówki 8	Południowo- Wschodnia część województwa Kod placówki 5

Tabela 10. Dobór placówek POZ do badania na terenie województwa mazowieckiego

7.3.4.2 Wybór szpitali do badań

Jako bazę wyboru szpitali przyjęto listę systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) dla województwa mazowieckiego, publikowaną przez Ministerstwo Zdrowia(202). W przypadku szpitali zastosowano kryterium lokalizacji oraz klasy kwalifikacji szpitala. Założono również, że przynajmniej jeden szpital, objęty badaniem, będzie placówką niepubliczną. Ze względu na liczebność poszczególnych klas klasyfikacji szpitali na terenie województwa założono proporcjonalną reprezentację danych placówek w badaniu. Z badań wyłączono szpitale onkologiczne, pulmonologiczne oraz pediatryczne, w których z uwagi na specyficzny charakter nie można by zastosować tych samych

scenariuszy winiet co w pozostałych instytucjach. Dokładne dane prezentowane są w tabeli poniżej.

Klasa kwalifikacji	Liczba szpitali na liście PSZ w woj. Mazowieckim (bez szpitali specjalistycznych)	Proporcje procentowe	Liczba szpitali z danej klasy w badaniu	Proporcje procentowe
Szpitale I stopnia	37	49%	4	50%
Szpitale II stopnia	8	11%	1	13%
Szpitale III stopnia	10	13%	1	13%
Ogólnopolskie	21	28%	2	25%
Razem:	76	100%	8	100%

Tabela 11. Dobór szpitali biorących udział w badaniu - podział ze względu na klasę kwalifikacji

Ze względu na lokalizację przyjęto, że cztery z badanych szpitali będzie szpitalami znajdującymi się na terenie Warszawy a cztery na pozostałym terenie województwa. Przyjęte zostały te same linie podziału geograficznego, co w przypadku podziału POZ. Dokładne dane dotyczące placówek przedstawiono są w tabeli poniżej.

Warszawa	Północna- Zachodnia część miasta Kod placówki 15	Północno- Wschodnia część miasta Kod placówki 10
	Południowo- Zachodnia część miasta Kod placówki 11	Południowo – Wschodnia część miasta Kod placówki 9
Województwo mazowieckie, poza Warszawą	Północno- Zachodnia część województwa Kod placówki 16	Północna- Wschodnia część województwa Kod placówki 14
	Południowo – Zachodnia część województwa Kod placówki 13	Południowo- Wschodnia część województwa Kod placówki 12

Tabela 12. Dobór szpitali biorących udział w badaniu - podział ze względu na lokalizację geograficzną

7.3.5 Dobór respondentów i opis grupy badanej

Założeniem wyjściowym było przeprowadzenie w każdej z placówek wywiadów z pracownikami zatrudnionymi na trzech różnych stanowiskach. Stanowiska zostały wybrane w taki sposób, aby odtworzyć ścieżkę, którą przechodzi w instytucji sprawa pacjenta. Ścieżka ta została w znacznym stopniu uproszczona do trzech pozycji: rejestracji, pracownika medycznego oraz osoby zajmującej się rozliczeniem udzielonego świadczenia. Są to pracownicy, z którymi każdy pacjent zgłaszający się do instytucji ma kontakt. Najczęściej w udzielaniu świadczeń uczestniczą także inne osoby, jednak jest to opcjonalne. Z uwagi na konieczność ograniczenia grupy osób badanych nie uwzględniono między innymi

pracowników zespołów ratunkowych, lekarzy specjalistów czy osób pracujących w pracowniach diagnostycznych.

Pierwszą osobą, z którą pacjent najczęściej ma kontakt w placówce medycznej jest pracownik rejestracji. Wywiady z pracownikami rejestracji zostały przeprowadzone w każdej z placówek, w tym dwa miały charakter grupowy (brało w nim udział po dwóch rozmówców).

Drugą osobą badaną był pracownik medyczny udzielający pacjentowi świadczeń. W przypadku przychodni POZ był to lekarz POZ - internista lub pediatra. W sumie w badaniu wzięło udział pięciu internistów i trzech pediatrów. W przypadku szpitali badaniem zostali objęci lekarze zatrudnieni w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. W jednej z placówek, w której nie było lekarzy zatrudnionych na stałe w Izbie Przyjęć, wywiad przeprowadzono z pielęgniarką. W sumie przeprowadzono wywiady z 16 przedstawicielami zawodów medycznych.

Trzecią osobą badaną był pracownik administracji placówki, odpowiedzialny za rozliczenie świadczeń udzielanych choremu oraz kontakt z NFZ lub/ i organizację opieki nad chorym. W tym przypadku największa była różnorodność osób, z którymi przeprowadzono wywiady. W uwagi na rozmiar placówki, w przychodniach rozliczeniami zajmowała się na ogół jedna osoba, lub zespół 2-3 ściśle współpracujących ze sobą pracowników. Osoby te zajmowały się wszystkimi aspektami związanymi z rozliczeniem chorego. Często pełniły także dodatkowe funkcje – np. współwłaściciel placówki, pielęgniarka koordynująca. Dzięki temu posiadały szeroką wiedzę dotyczącą różnych aspektów obsługi pacjenta i pracy ZOZ. Z kolei w szpitalach struktura jednostek zajmujących się rozliczaniem świadczeń była zdecydowanie bardziej złożona, a respondenci często przyznawali, że nie znają procedur czy praktyk związanych z daną czynnością, jako że zajmuje się tym inny, wydzielony dział administracji.

W dwóch placówkach z powodu długotrwałej nieobecności osoby odpowiedzialnej za rozliczenia nie udało się przeprowadzić wywiadu z tym pracownikiem. Dodatkowo w niektórych placówkach przeprowadzono wywiady z innymi pracownikami (tj. pielęgniarką koordynującą, dyrektorem do spraw pielęgniarstwa).

W sumie w badaniu wzięło udział 50 osób, z tego jedynie 6 mężczyzn a 44 kobiety. Pięciu mężczyzn biorących udział w badaniu pracowało na stanowisku lekarza (wszyscy to pracownicy SOR), jeden mężczyzna pracował w administracji w POZ. Tak dużą dysproporcję

płci wśród badanych należy wyjaśnić proporcjami płci na stanowiskach, których przedstawiciele brali udział w badaniu: rejestratorka medyczna, pracownik administracyjny oraz lekarz POZ należą do zawodów sfeminizowanych.

Wśród respondentów 35 osób zadeklarowało, że na co dzień ma bezpośredni kontakt z pacjentem. 15 osób stwierdziło, że ich kontakt z pacjentami jest sporadyczny. Byli to pracownicy administracji, którzy kontakt z chorymi mają, gdy na przykład konieczne jest wyjaśnienie świadczeniobiorcy, jakie dokumenty powinien przedstawić w celu refundacji kosztów leczenia lub przekazanie pacjentowi faktury za opiekę.

W niektórych placówkach w trakcie wywiadu uczestniczyło więcej niż jedna osoba. Miało to miejsce w czterech przypadkach (pracowników rejestracji lub administracji). Mimo, że w podaniu w opisie badania sugerowano prowadzenie wywiadów indywidualnych, jeśli taka inicjatywa wychodziła od osób badanych zgadzano się na włączenie do rozmowy dodatkowych rozmówców, wychodząc z założenia, że odpowiada to praktyce: osoby pracujące ze sobą konsultują pojawiające się przypadki i wspierają w przypadku pojawienia się wątpliwości.

Staż zawodowy respondentów wahał się od 1 roku do 39 lat. Średnio osoby biorące udział w badaniu miały około 15 lat doświadczenia zawodowego. Wybrane informacje o osobach biorących udział w badaniu wraz z kodami używanymi w rozdziale przedstawiającym wyniki, określającymi poszczególnych respondentów, znajdują się w Załączniku nr 5.

7.3.6 Czas i miejsce prowadzenia badań

Badania prowadzone były w okresie od czerwca 2017 do kwietnia 2018. Wszystkie wywiady prowadzono w miejscach pracy respondentów (przychodniach lub szpitalach). Czas trwania poszczególnych wywiadów bardzo się różnił. Najkrótszy wywiad trwał tylko około 15 minut, najdłuższy ponad 100. Średni czas trwania wywiadu wynosił około 45 minut. W sumie zebrano 2229 minut nagrań (co daje ponad 37 godzin zebranego materiału).

7.3.7 Ograniczenia metodologiczne

Pierwszy problem pojawiający się w trakcie prowadzenia badania stanowił dobór placówek i osób do badania. 1/3 instytucji, w których złożono podanie, odmówiło zgody na

przeprowadzenie badania w placówce. Odmowy mogły wpłynąć na reprezentatywność badanej próby⁵¹. Nie można wykluczyć, że instytucje odmawiające zgody na prowadzenie badań dotyczących pacjentów – cudzoziemców mogą być także mniej zainteresowane poznaniem problemów takich pacjentów i wprowadzaniem rozwiązań mających na celu ich pokonanie.

Osoby, z którymi prowadzone były badania były zazwyczaj wyznaczone do rozmowy przez osoby kierujące w danym oddziale czy placówce (dyrektora przychodni POZ, ordynatora oddziału SOR, pielęgniarki naczelnej itp.). Ze względu na dobrowolny udział w badaniu, rozmowy były prowadzone jedynie z osobami, które wyraziły na nie zgodę. Podobnie jak w przypadku zgód ze strony placówek, należy brać uwagę możliwość niereprezentatywności i tego, że osoby zgadzające się na rozmowę, mogły być bardziej zainteresowane problemem pacjentów- cudzoziemców i bardziej otwarte.

Problemem związanym z prowadzeniem badania mogła być także chęć respondentów do prezentowania siebie oraz instytucji w korzystnym świetle. Można zakładać, że niektórym respondentom mogłoby być trudno przyznać się np. do braku znajomości języków obcych lub uprzedzeń wobec pacjentów – cudzoziemców. Szczególnie w przypadku badań prowadzonych w formie wywiadów należy brać pod uwagę ryzyko wystąpienia tendencji autoprezentacyjnych.

Z uwagi na wybraną technikę konieczne było ograniczenie zakresu prowadzonych badań – przede wszystkim wybór jedynie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych a pominięcie wszystkich innych oddziałów. W przyszłości warto byłoby rozszerzyć analizę o inne oddziały szpitalne, na których pacjenci przebywają przed dłuższy czas. Należałoby także rozszerzyć badania na szpitale pominięte w badaniu – np. szpitale pediatryczne, ginekologiczne czy psychiatryczne.

51 Warto podkreślić, iż wskaźnik odmów jest problemem w wielu badaniach społecznych – na przykład w przypadku badań sondażowych prowadzonych przez CBOS wskaźnik odmów lub nieobecności respondentów sięga powyżej 40%(203).

ROZDZIAŁ 8. WYNIKI BADAŃ ILOŚCIOWYCH DOTYCZĄCYCH STUDENTÓW - CUDZOZIEMCÓW⁵²

W niniejszym rozdziale zaprezentowane zostały wyniki prowadzonych badań własnych dotyczących studentów Oddziału Nauczania w Języku Angielskim Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

8.1 Strategie zachowania studentów w sytuacji choroby

Pierwsze pytanie ankiety dotyczyło typowych zachowań studentów w sytuacji, kiedy czują się źle. Celem tego pytania było określenie strategii, jaką wybierają studenci w sytuacji choroby. 78% respondentów odpowiedziało, że zazwyczaj starają się samodzielnie poprawić swój stan zdrowia dostępnymi środkami. Jeżeli decydują się na skorzystanie z profesjonalnej pomocy, zazwyczaj wybierają niepublicznych świadczeniodawców. 35% osób biorących udział w badaniu stwierdziło, że zazwyczaj idzie na jednorazową wizytę prywatną do lekarza. 18% korzysta ze świadczeń w ramach prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Publiczny system opieki zdrowotnej jest najczęstszym wyborem jedynie dla 3% studentów.

Inną strategią zachowania w sytuacji problemów medycznych może być dotarcie do pomocy specjalistycznej nieformalnie – 17% badanych stwierdziło, że zazwyczaj korzysta z pomocy znajomych, którzy specjalistami z zakresu ochrony zdrowia. W pytaniu otwartym dwoje studentów zadeklarowało, że proszą o poradę rodziców, którzy są lekarzami.

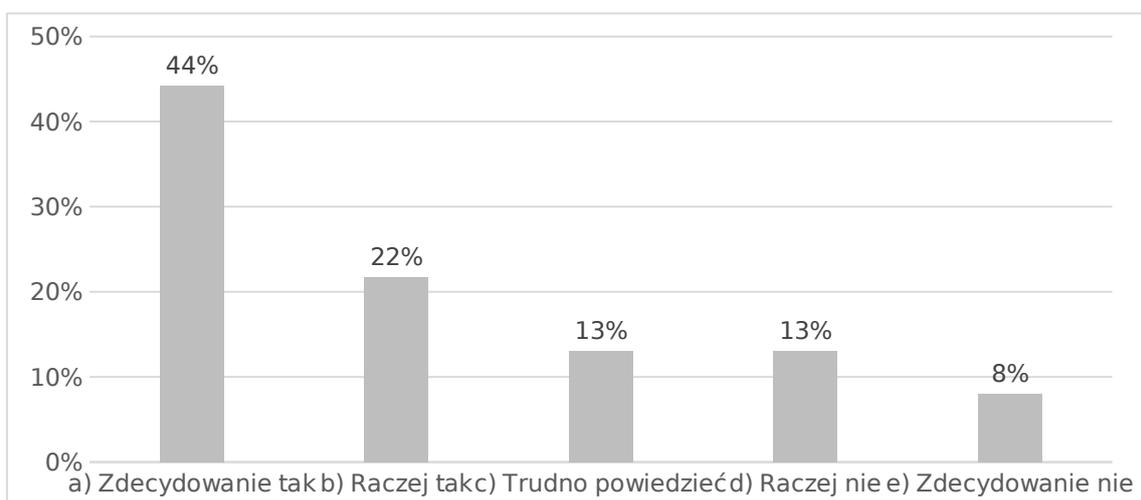
Dokładne dane dotyczące odpowiedzi zostały przedstawione w tabeli poniżej.

52 Fragmenty niniejszego rozdziału opublikowane zostały w artykule: Strzemieczna, M., Pawlak, M., Imiela, J., & Lorkowska, M. Access to Health Care for English Division Students of the Medical University of Warsaw. *Studia Migracyjne–Przegląd Polonijny*, 2020(2 (176)), s. 107-125.

Odpowiedzi udzielone na pytanie: Co zwykle robisz, kiedy podczas pobytu w Polsce poczujesz się chory?	Liczebność odpowiedzi	Procent odpowiedzi
Próbuję leczyć się samemu	108	78%
Idę prywatnie do lekarza/ przychodni	48	35%
Korzystam z prywatnego pakietu ubezpieczeniowego	25	18%
Korzystam z pomocy znajomych, którzy są lekarzami lub innymi specjalistami medycznymi	23	17%
Korzystam z publicznego systemu opieki medycznej	4	3%
Inne	8	6%

Tabela 13. Odpowiedzi udzielone na pytanie: Co zwykle robisz, kiedy podczas pobytu w Polsce poczujesz się chory? (respondenci mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

Większość studentów biorących udział w badaniu zadeklarowała, że w sytuacji choroby preferuje leczenie w swoim kraju pochodzenia – nawet jeśli wiąże się to z odłożeniem konsultacji lekarskiej w czasie. 66% badanych stwierdziło, że niekiedy przekłada wizytę u lekarza, aby móc skorzystać z pomocy lekarskiej w swojej ojczyźnie. Dokładne wyniki przedstawione są na wykresie poniżej.



Wykres 6. Odsetek odpowiedzi udzielonych na pytanie “Czy zdarza się, że czasem przekładasz wizytę u lekarza, tak aby skorzystać z pomocy medycznej w swoim kraju pochodzenia?”

Najczęstszym powodem preferowania korzystania z opieki medycznej w kraju pochodzenia była łatwiejsza komunikacja z tamtejszymi pracownikami systemu ochrony zdrowia, wynikająca z braku bariery językowej. Taka odpowiedź została wybrana jako jedna z

przyczyn przez 64% wszystkich osób które zadeklarowały, że starają się korzystać z pomocy medycznej w swojej ojczyźnie. Większe zaufanie co do jakości opieki zdrowotnej w swoim kraju pochodzenia wskazało jako powód 57% studentów. 37% respondentów odpowiedziało, że wybierają pomoc medyczną za granicą, ponieważ brakuje im wiedzy dotyczącej tego jak zapisać się do przychodni albo zrobić badania diagnostyczne w Polsce. 34% stwierdziło, że woli korzystać z pomocy medycznej w swojej ojczyźnie, bo mogą skonsultować się w ten sposób z lekarzem, który zna ich historię medyczną. 16% badanych odpowiedziało, że powodem tej strategii zachowania jest brak ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce. Należy jednak zauważyć, że najprawdopodobniej część z tych osób może korzystać ze świadczeń w ramach swojego ubezpieczenia – 6 z 17 osób, które w tym pytaniu stwierdziły brak uprawnienia do świadczeń, w kolejnym pytaniu wskazały, że mogą korzystać z opieki medycznej na podstawie kart EKUZ. Pośród odpowiedzi otwartych udzielonych na pytanie o powody preferowania opieki medycznej w kraju pochodzenia, powtarzał się niższy koszt leczenia w ojczyźnie w porównaniu z kosztami w Polsce (osoby wybierające tą odpowiedź pochodziły z Ukrainy, Indii i Korei Południowej).

Problemy z dostępem do opieki medycznej w Polsce, w połączeniu z brakiem zaufania do systemu ochrony zdrowia sprawiają, że studenci decydują się niekiedy na powrót do swojego kraju pochodzenia w sytuacji choroby. Jak opisała jedna ze studentek:

(W Polsce jest – przyp. MS) bardzo trudny dostęp do opieki/ problemy językowe. Słabe kompetencje kulturowe. Nieuprzejme zachowanie personelu. Nawet jeśli prosimy, nie jesteśmy w stanie uzyskać pomocy. W sytuacji poważnej choroby łatwiej/ lepiej jest polecieć do domu (o ile jest się z kraju europejskiego) niż dostać się do opieki zdrowotnej w Polsce (jak ja zrobiłam z gorączką 38,5°C). (Kobieta, 29 r.ż.)⁵³

8.2 Ubezpieczenie zdrowotne studentów ED MUW

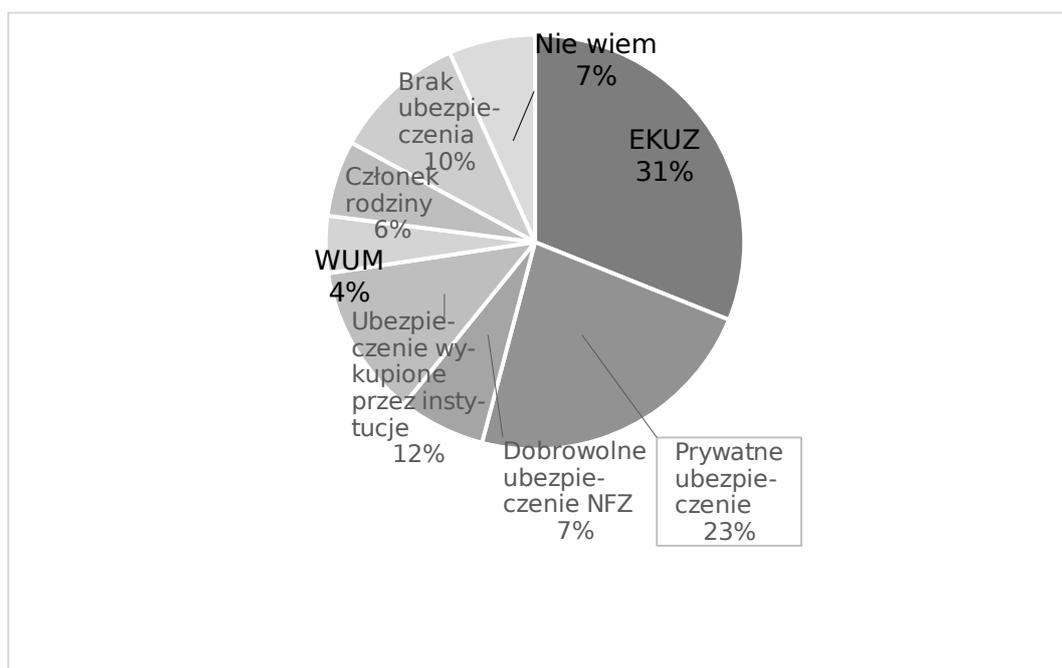
Studenci ED MUW korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie różnych typów ubezpieczeń. Największa grupa (42 osoby – 30% badanych) zadeklarowała, że jako osoby ubezpieczone w innym europejskim kraju używają karty EKUZ. 29% (40 osób) stwierdziło, że wykupili samodzielnie ubezpieczenie zdrowotne. Większość z tych osób wybrało prywatne firmy ubezpieczeniowe, 9 zdecydowało się na dobrowolne ubezpieczenie medyczne w NFZ. 16 osób odpowiedziało, że posiada ubezpieczenie wykupione przez zewnętrzne instytucje

⁵³ Tłumaczenie własne – dotyczy wszystkich cytatów w tym rozdziale.

(spośród tych osób największą grupę stanowili obywatele Arabii Saudyjskiej, którzy są ubezpieczani w ramach posiadanych stypendiów). 6 respondentów zadeklarowało, że posiada ubezpieczenie wykupione przez Warszawski Uniwersytet Medyczny. Zgodnie z danymi uzyskanymi z Dziekanatu Oddziału Nauczania w Języku Angielskim II Wydziału Lekarskiego, WUM ubezpiecza około 45 studentów ze wszystkich lat. Uniwersytet gwarantuje opłacenie składek osobom, które zawarły umowy na ubezpieczanie z NFZ, a są uznani za osoby pochodzenia polskiego w świetle ustawy o repatriacji (204).

14 osób – co stanowiło 10% uczestników badania – zadeklarowało, że nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce. 9 osób stwierdziło, że nie zna podstawy swojego ubezpieczenia. W sumie osoby nieubezpieczone lub o niepewnej sytuacji dotyczącej ubezpieczenia stanowiły 17% badanych.

Deklaracje dotyczące podstaw ubezpieczenia zdrowotnego badanych studentów zostały przedstawione na diagramie poniżej.



Wykres 7. Odpowiedzi studentów udzielone na pytanie o podstawę ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce.

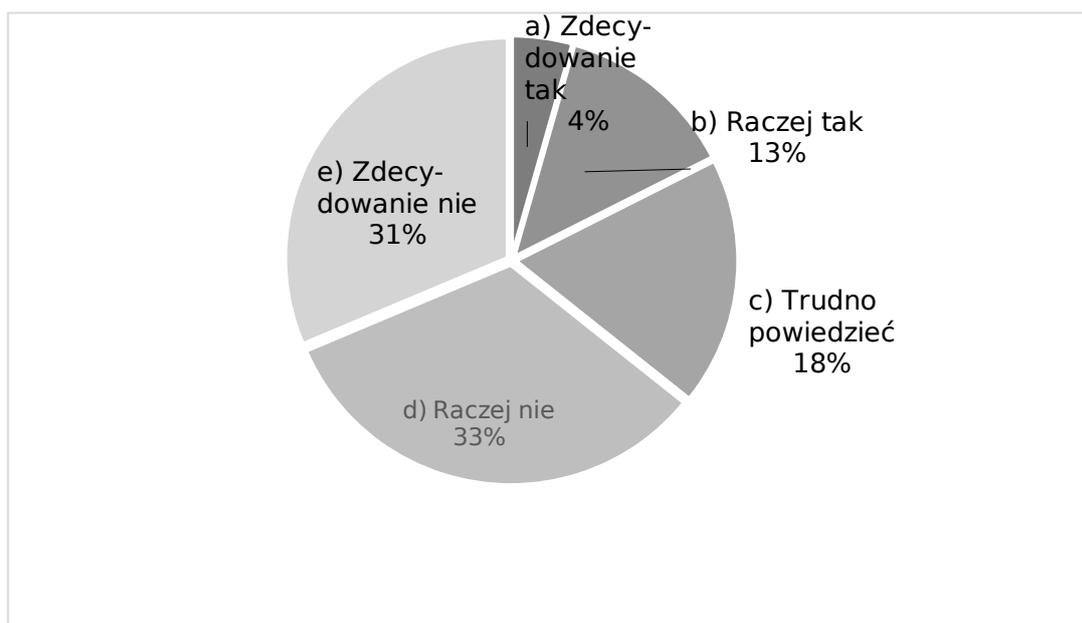
Respondenci, którzy w przeszłości korzystali z pomocy medycznej w Polsce, zostali poproszeni o określenie, czy osoby pracujące w systemie opieki zdrowotnej znają zasady ubezpieczenia dotyczące studentów - obcokrajowców. 44% z tych osób zadeklarowało, że pracownicy opieki medycznej znali zasady ubezpieczenia ich dotyczące, podczas gdy 29%

respondentów stwierdziło, że trudno im odpowiedzieć na to pytanie. 23% badanych odpowiedziało, że pracownicy opieki zdrowotnej, z którymi mieli kontakt nie wiedzieli, czy studenci - obcokrajowcy posiadają prawo do opieki medycznej i na jakich zasadach. Jedna ze studentek w taki sposób opisała w pytaniu otwartym problemy związane z korzystaniem pomocy medycznej na podstawie karty EKUZ: *Publiczny system to katastrofa, jeśli chodzi o cudzoziemców. Język – prawie nikt nie mówi po angielsku, nikt nie był zaznajomiony z Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego, nie byli zainteresowani udzieleniem pomocy.* (Kobieta, 27 r.ż.)

Choć uzyskanie ubezpieczenia zdrowotnego jest prawnie możliwe dla wszystkich studentów ED MUW, udział respondentów nieobjętych ubezpieczeniem lub niewiedzących czy są ubezpieczeni był dosyć wysoki – 17%. Jednym z możliwych wyjaśnień takiej sytuacji jest niewystarczająca wiedza studentów dotycząca zasad ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce. Ten problem został opisany szerzej w następnej sekcji.

8.3 Wiedza studentów ED MUW dotycząca polskiego systemu opieki zdrowotnej

Większość studentów, którzy wypełniali ankietę ocenili swoją wiedzę dotyczącą systemu opieki zdrowotnej w Polsce, jako niewystarczającą. Na pytanie o to, czy znają system opieki zdrowotny w stopniu wystarczającym do określenia, jaką pomoc medyczną mogą uzyskać i gdzie, 32% odpowiedziało „Zdecydowanie nie”, podczas gdy 33% - „Raczej nie”. Jedynie 17% badanych określiło swoją wiedzę jako wystarczającą. Dokładne dane prezentowane są na diagramie poniżej.



Wykres 8. Procent odpowiedzi udzielonych na pytanie: „Czy uważasz, że Twoja wiedza o polskim systemie opieki zdrowotnej jest wystarczająca (jeśli masz problemy zdrowotne, wiesz jaki rodzaj pomocy medycznej możesz uzyskać i gdzie)”.

Analiza statystyczna przy wykorzystaniu testu Chi² Pearsona wskazała statystyczną istotnie zależność pomiędzy oceną dotyczącą wiedzy na temat systemu opieki zdrowotnej w Polsce a znajomością języka polskiego (Chi²= 43,3613, df = 16, p =, 00025). Osoby lepiej posługujące się językiem polskim oceniały zarazem swoją wiedzę dotyczącą systemu opieki zdrowotnej jako lepszą. Wyniki przedstawiono w tabeli dwudzielczej poniżej.

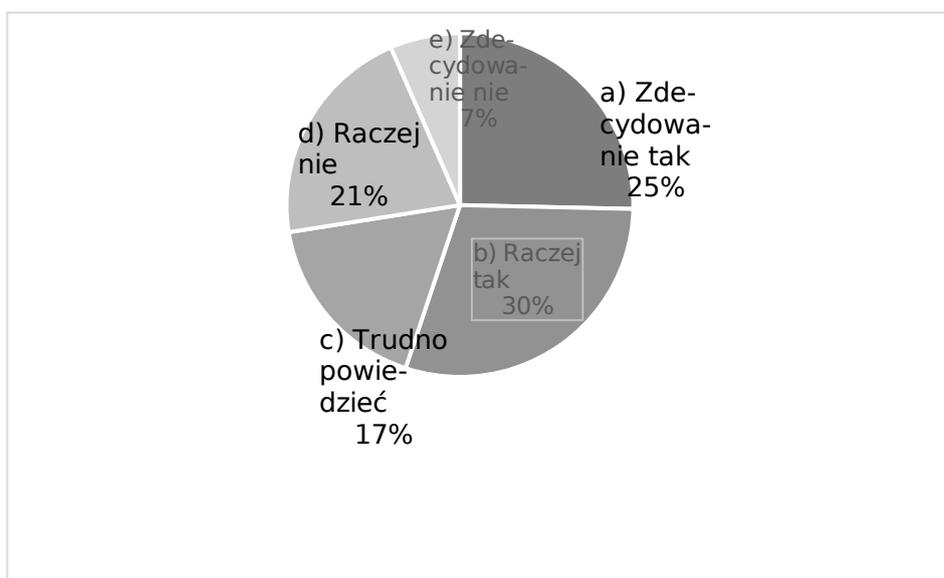
Czy uważasz, że Twoja wiedza o polskim systemie opieki zdrowotnej jest wystarczająca?	Podsumowująca tabela dwudzielcza: częstości obserwowane											
	Jak oceniasz swoją znajomość języka polskiego w skali od 1 do 5 (gdzie 1 to „Nie znam języka polskiego” a 5 – „Znam polski w stopniu biegłym w mowie i piśmie”)?											
	1	Poziom 1 -%	2	Poziom 2 - %	3	Poziom 3- %	4	Poziom 4 - %	5	Poziom 5 -%	Razem	
Zdecydowanie tak	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	33,3%	3	27,3%	5	3,7%
Raczej tak	6	10,9%	4	9,1%	3	16,7%	1	16,7%	3	27,3%	17	12,7%
Trudno powiedzieć	11	20,0%	9	20,5%	3	16,7%	1	16,7%	1	9,1%	25	18,7%
Raczej nie	17	30,9%	15	34,1%	7	38,9%	2	33,3%	3	27,3%	44	32,8%
Zdecydowanie nie	21	38,2%	16	36,4%	5	27,8%	0	0,0%	1	9,1%	43	32,1%
Razem	55	100%	44	100%	18	100%	6	100%	11	100%	134	100%

Tabela 14. Podsumowująca tabela dwudzielcza: Częstości obserwowane wraz z procentami odpowiedzi udzielonych na pytanie o wiedzę dotycząca system opieki zdrowotnej i znajomość języka polskiego.

Równocześnie analiza statystyczna pokazała brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy samooceną dotyczącą wiedzy o systemie ochrony zdrowia pomiędzy studentami różnych lat (przynajmniej we wczesnych latach – w tej analizie wzięto pod uwagę jedynie studentów od pierwszego do trzeciego roku). Choć przedstawione wyniki należałoby potwierdzić dalszymi badaniami, uzyskane rezultaty wskazują na kluczową rolę znajomości języka, jako czynnika określającego zdolność nauki sposobu funkcjonowania opieki zdrowotnej. Nie jest więc istotne jak długo dany cudzoziemiec przebywa na terenie Polski – dla nauki poruszania się w systemie opieki zdrowotnej kluczową rolę odgrywa znajomość języka polskiego.

Brak wystarczającej wiedzy na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej wyraża się także w odpowiedziach na kolejne pytanie dotyczące występowania problemów z uzyskaniem pomocy medycznej z powodu braku wiedzy na temat systemu. 55% respondentów stwierdziło, że mieli takie problemy, podczas gdy tylko 28% respondentów zaprzeczyło problemom wynikającym z braku wiedzy o systemie opieki zdrowotnej.

Poniżej na diagramie przedstawiono rozkłady odpowiedzi udzielonych na to pytanie.



Wykres 9. Odpowiedzi na pytanie czy studenci mieli kiedykolwiek w przeszłości trudności z otrzymaniem pomocy medycznej z powodu braku znajomości sposobu funkcjonowania polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Wśród źródeł informacji o opiece medycznej można zauważyć przeważającą rolę kontaktów nieformalnych. Studenci najczęściej (45% respondentów) wskazywali Polaków - znajomych

lub rodzinę - jako główne źródła wiedzy o opiece medycznej w Polsce. 33% studentów, jako główne źródło wiedzy wybrało innych obcokrajowców. Internet jest podstawowym źródłem informacji dla 26% respondentów. Studenci najczęściej wskazywali, że szukają odpowiedzi na swoje pytania za pośrednictwem wyszukiwarki Google lub stron internetowych prywatnych podmiotów opieki zdrowotnej.

Zdecydowanie mniej badanych wskazało na wykorzystanie informacji dostarczanych przez instytucje. Pracownicy opieki zdrowotnej byli wskazani jako główne źródło informacji przez 8% respondentów. 4% studentów wskazało pracowników WUM i taka sama liczba organizacje pozarządowe działające na rzecz obcokrajowców. 25% respondentów nie było w stanie określić głównego źródła informacji na temat opieki medycznej.

Wyniki sygnalizujące brak wiedzy o polskim systemie medycznym są zbliżone do wyników uzyskanych w badaniu przeprowadzonym wśród studentów międzynarodowych na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym w 2015 roku w ramach programu SUPP. W tym badaniu 50% studentów zadeklarowało trudności w nauce korzystania z systemu opieki zdrowotnej (179).

8.4 Doświadczenia związane z korzystaniem z systemu opieki zdrowotnej w Polsce

67% studentów biorących udział w badaniu, korzystało z pomocy medycznej w Polsce. Najczęściej korzystali z pomocy ambulatoryjnej - 54% z podstawowej opieki zdrowotnej a 56% z konsultacji specjalistycznej. 16% studentów deklarujących korzystanie z opieki medycznej było hospitalizowanych. 3% przebywało na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (ale bez hospitalizacji). 22% studentów podczas pobytu w Polsce nie doświadczyło żadnych problemów zdrowotnych i z tego powodu nie korzystali nigdy z pomocy medycznej.

11% respondentów zadeklarowało, że nie korzystało z pomocy medycznej w Polsce pomimo problemów zdrowotnych. Zaniechanie korzystania z opieki medycznej jest częściowo związane z łagodnym nasileniem problemów zdrowotnych, ale wielu z badanych wskazało również na brak wiedzy na temat systemu ochrony zdrowia i trudności językowe. Problemy te mogą uniemożliwić uzyskanie pomocy medycznej mimo wysiłków - tak jak w przypadku

jednej z badanych, która w pytaniu otwartym stwierdziła: *Nie wiedziałam dokąd się udać, pomimo próby zgłoszenia się na recepcji. (Kobieta, 23 r.ż.)*

Także osoby, które skorzystały z pomocy medycznej, odczuwały trudności w jej uzyskaniu. 63% z nich przyznało, że zwlekało z wizytą u lekarza z powodu braku wiedzy na temat funkcjonowania systemu opieki medycznej.

8.5 Bariera językowa

Większość studentów w kontaktach z pracownikami opieki zdrowotnej posługiwała się językiem angielskim (75% wszystkich osób, które korzystały z opieki medycznej w Polsce). 30% miało doświadczenia związane z pomocą tłumacza - 17% przyszło do placówki medycznej ze znajomym, który znał język polski, 13% korzystało z pomocy pracownika, który tłumaczył podczas kontaktu z resztą personelu medycznego. 2% zapłaciło komuś za tłumaczenie. 19% studentów zadeklarowało, że znają język polski na poziomie umożliwiającym komunikację z pracownikami placówek medycznych.

50% studentów oceniło swój sposób porozumiewania się z personelem jako satysfakcjonujący, podczas gdy 31% stwierdziło, że nie byli z niego zadowoleni. Osoby te zostały poproszone o podanie przyczyny, z powodu której były niezadowolone ze sposobu komunikacji z personelem medycznym.

W otwartym pytaniu respondenci zwrócili uwagę na słabą znajomość języka angielskiego wśród pracowników medycznych: *Nie można porozumieć się z nikim, z wyjątkiem lekarzy, a czasami nawet z nimi też nie. (Mężczyzna, 22 r.ż.)*, *Osoby w przychodni nie mówiły po angielsku, znalezienie lekarza, który mówił "ŁAMANYM ANGIELSKIM" było naprawdę trudne (Kobieta, 20 r.ż.)*.

Brak umiejętności językowych personelu spowodował, że niektórzy respondenci mieli wątpliwości, czy otrzymana pomoc medyczna była odpowiednia: *Doktor mówił źle po angielsku, więc naprawdę nie wiedziałem, czy dokładnie zrozumiał moje problemy. (Kobieta, 24 r.ż.)* Nawet respondenci korzystający z pomocy osób trzecich nie zawsze byli pewni jakości tłumaczenia: *Nie sądzę, aby tłumacz był w stanie precyzyjnie przekazać mój problem medyczny (Mężczyzna, 28 r.ż.)*

Respondenci wskazali na wady korzystania z pomocy tłumaczy *ad hoc*, np. zależność od pomocy osoby trzeciej: *Byłem całkowicie zależy znajomego, który tłumaczył. To czyniło i tak trudną sytuację bycia hospitalizowanym jeszcze trudniejszą. (Mężczyzna, 22 r.ż.). Nie miałem pojęcia, co się dzieje przez większość czasu. (Mężczyzna, 23 r.ż.).* Kilkoro studentów zwróciło uwagę, że bariera językowa przedłużyła wizytę lekarską – jak wyznała jedna ze studentek, która korzystała z pomocy tłumaczeniowej personelu kliniki i internetowego tłumacza Google: *Dużo czasu zajęło przekazanie najistotniejszych kwestii, co powodowało coraz większy dyskomfort z powodu moich dolegliwości medycznych. (Kobieta, 19 r.ż.)*

Konieczność skorzystania ze wsparcia tłumacza - zwłaszcza, jeśli jest to znajomy pacjenta - czasami uniemożliwia zachowanie intymności: *To łamie tajemnicę lekarską, a niektóre ważne rzeczy mogą zostać utracone w tłumaczeniu. (Kobieta, 26 r.ż.).*

Bariera komunikacyjna może w ostateczności uniemożliwić skorzystanie ze świadczeń. Jedna z respondentek opisała takie doświadczenie: *Odmówiono mi leczenia, ponieważ lekarka powiedziała, że nie zna angielskiego i nie będzie używać tłumacza Google. (Kobieta, 19 r.ż.)*

8.6 Bariery kulturowe i dyskryminacja

Większość studentów (71%) nie doświadczała problemów związanych z różnicami kulturowymi lub religijnymi w trakcie korzystania z pomocy medycznej, podczas gdy 20% respondentów stwierdziło, że miało tego rodzaju problemy (pozostałe osoby wybrały odpowiedź "Trudno powiedzieć").

Najczęstszymi problemami zgłaszanymi były zachowania dyskryminacyjne - 14 studentów (15% respondentów korzystających z opieki medycznej w Polsce) zgłosiło, że podczas leczenia czuli się dyskryminowani przez personel szpitala, 3 studentów - przez innych pacjentów.

W odrębnym pytaniu respondenci zostali poproszeni o porównanie stosunku personelu medycznego do nich, w porównaniu do tego jak traktował on pacjentów, którzy są Polakami. Większość studentów uważała, że personel nie traktował ich ani lepiej, ani gorzej od pacjentów - Polaków. Respondenci, którzy zauważyli różnice w sposobie traktowania, częściej zgłaszali, że są traktowani gorzej niż Polacy.

Wyniki zostały zestawione w tabelach poniżej:

	Czy kiedykolwiek czuleś, że pracownicy opieki zdrowotnej traktują Cię GORZEJ od pacjentów, którzy są Polakami?		Czy kiedykolwiek czuleś, że pracownicy opieki zdrowotnej traktują Cię LEPIEJ od pacjentów, którzy są Polakami?	
a) Zdecydowanie tak	15	16%	0	0%
b) Raczej tak	12	13%	7	8%
c) Trudno powiedzieć	15	16%	25	27%
d) Raczej nie	20	22%	30	32%
e) Zdecydowanie nie	24	26%	29	31%

Tabela 15. Podsumowanie wyników odpowiedzi na pytania: „Czy kiedykolwiek czuleś, że pracownicy opieki zdrowotnej traktują Cię GORZEJ od pacjentów, którzy są Polakami?” i „Czy kiedykolwiek czuleś, że pracownicy opieki zdrowotnej traktują cię LEPIEJ od pacjentów, którzy są Polakami?”

6 respondentów, co stanowiło 6% tych, którzy skorzystali w trakcie pobytu w Polsce ze świadczeń systemu opieki zdrowotnej, wykazało, że odczuwało dyskomfort związany z sytuacją, gdy personel medyczny przeciwnej płci brał udział w opiece nad nimi (wszystkie osoby zgłaszające ten problem to kobiety).

Problemy związane z różnicami kulturowymi nie muszą wynikać wyłącznie z religijności pacjentów, ale mogą też wiązać się z religijnymi przekonaniami polskiego personelu. Taką sytuację opisała pochodząca z Norwegii studentka, która potrzebowała skorzystać z antykoncepcji awaryjnej. Konieczność pośrednictwa osoby trzeciej podczas tłumaczenia czyniła sytuację dodatkowo trudną:

Zgłosiłam się do lekarza z powodów osobistych, więc wolałam iść sama, ale było to niemożliwe ze względu na język. Najpierw próbowałam pójść sama, ale personel nie mówił po angielsku. Poszłam do publicznego szpitala z polskim znajomym, ale nawet wtedy mi nie pomogli. Ze względu na to, że Polska jest bardzo religijna (katolicka), personel medyczny, do którego się zgłosiłam, nie chciał mi pomóc uzyskać receptę na "tabletkę dzień po". Odsyłali nas do pięciu różnych centrów medycznych i kiedy w końcu dostałam się na wizytę, lekarz nie chciał przepisać potrzebnego mi leku. W końcu poszłam do prywatnej przychodni, ale wiele mnie to kosztowało. (Kobieta, 23 r.ż.)

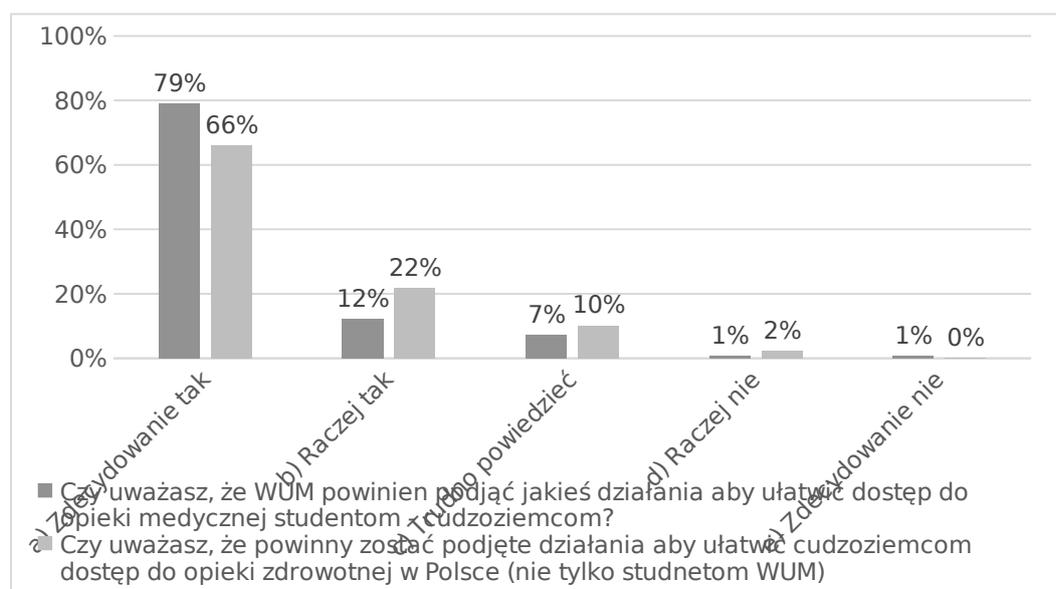
Warto zauważyć, że w Norwegii antykoncepcja awaryjna jest dostępna bez recepty, w aptekach, poradniach planowania rodziny, centrach zdrowia dla młodzieży, a nawet supermarketach i na stacjach benzynowych - osoba kupująca pigułkę może po prostu wziąć ją z półki i zapłacić przy kasie(205). Zgodnie z prawem obowiązującym w Polsce w czasie prowadzenia badania, awaryjna antykoncepcja hormonalna jest dostępna tylko na receptę

w aptekach. Lekarz ma prawo odmówić wystawienia recepty, jeśli jest to sprzeczne z jego przekonaniami moralnymi (klauzula sumienia). W takiej sytuacji lekarz powinien skierować pacjentkę do innego podmiotu świadczącego opiekę zdrowotną, gdzie może uzyskać potrzebną receptę.

Wydaje się, iż warto zwrócić uwagę na wyżej przytoczoną sytuację - często uwaga osób zajmujących się różnicami międzykulturowymi koncentruje się na pochodzeniu pacjenta, zakładając, iż problemy na tle różnic kulturowych pojawiają się w sytuacji udzielania świadczeń chorym pochodzącym z tradycyjnych i ortodoksyjnych środowisk. Jednak jak wskazuje opisana sytuacja konflikt kulturowy mogą rodzić także przekonania personelu.

8.7 Oczekiwania studentów dotyczące poprawy dostępu do systemu opieki zdrowotnej

Zdecydowana większość studentów stwierdziła, że należy podjąć pewne działania w celu ułatwienia dostępu do opieki zdrowotnej obcokrajowcom do korzystania z systemu medycznego. 91% z badanych uważało, że Warszawski Uniwersytet Medyczny powinien podjąć działania dedykowane studentom ED MUW, a 88% uważa, że potrzebne są działania obejmujący cały polski system opieki zdrowotnej dedykowane wszystkim obcokrajowcom (nie tylko studentom).



Wykres 10. Podsumowanie wyników pytań dotyczących działań, które powinny być podjęte według studentów ED MUW

Studenci wybrali działania na rzecz zwiększenia dostępu do opieki medycznej z proponowanej listy oraz mogli dopisywać własne propozycje działań. Wśród wybieranych działań, można zauważyć dominację tych mających na celu poprawę dostępu do informacji dotyczącej funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej - zarówno w przypadku rekomendacji dotyczących ułatwienia dostępu do opieki zdrowotnej dla studentów, jak i wszystkich cudzoziemców.

Wśród podawanych przez respondentów preferowanych działań mających na celu zwiększenie dostępu do opieki medycznej, wielokrotnie pojawiał się pomysł ułatwienia dostępu do szpitali klinicznych i przychodni prowadzonych w ramach tych szpitali, jak również zorganizowania oddzielnej przychodni uniwersyteckiej dedykowanej cudzoziemcom, gdzie mogliby skorzystać z pomocy lekarza pierwszego kontaktu oraz uzyskać informacje dotyczące poruszania się w systemie opieki medycznej. Część studentów wyrażała swoje niezadowolenie z braku podjęcia dotychczas działań na rzecz zwiększania ich dostępu do opieki medycznej. Jak wyraził to jeden ze studentów:

To bardzo rozczarowujące, że nasza szkoła nie oferuje studentom English Division żadnego ubezpieczenia medycznego ani pomocy w wizytach lekarskich. Doktorzy, z którymi mamy zajęcia, zawsze pytają nas "Dlaczego nie pójdziesz do lekarza uniwersyteckiego?" Zawsze mówią, że jest klinika przeznaczona specjalnie dla studentów WUM. Myślę, że jeśli jest, to może tylko dla polskich studentów, ponieważ nie byłem w stanie znaleźć żadnych informacji na ten temat po czterech latach nauki w Polsce. (Mężczyzna, 28 r.ż.)

8.8 Podsumowanie wyników badań ilościowych

Badanie przeprowadzone wśród studentów ED MUW wskazuje doświadczane przez nich **trudności w dostępie do opieki zdrowotnej**. Głównymi barierami napotykanymi przez studentów jest **brak wiedzy o systemie opieki medycznej w Polsce** - możliwości uzyskania ubezpieczenia, sposobie zapisania się do lekarza lub przychodni - oraz **problemy językowe**, które utrudniają komunikację z personelem medycznym. Zgodnie z wynikami badań, kluczową rolę w poznaniu systemu opieki zdrowotnej odgrywa znajomość języka polskiego przez cudzoziemców.

Jednocześnie należy zauważyć, że poczucie zagubienia w kontakcie z publicznym systemem opieki medycznej i niezrozumienie języka używanego przez jego pracowników nie jest doświadczeniem charakterystycznym wyłącznie dla obcokrajowców. Badania pokazują, że -

choć na mniejszą skalę - Polacy doświadczają podobnych trudności ze zrozumieniem języka używanego przez lekarzy oraz poczucia, iż nie są wysłuchani przez pracowników medycznych (206).

W porównaniu z innymi trudnościami odczuwanymi w kontaktach z opieką medyczną, **bariera kulturowa** była stosunkowo rzadko zauważana w przeprowadzonych badaniach. Może być to związane z specyfiką badanej grupy cudzoziemców. Większość studentów biorących udział w ankiecie pochodzi z krajów europejskich, a więc społeczeństw o licznych podobieństwach kulturowych. Można również założyć, że studenci medycyny - ze względu na swój wiek i edukację - mogą mieć mniej konserwatywne poglądy niż inne grupy migrantów. Z drugiej strony przykład studentki z Norwegii, która potrzebowała antykoncepcji awaryjnej, pokazuje, że różnice kulturowe mogą wystąpić nie tylko w sytuacji kontaktu z pacjentem pochodzącym z tradycyjnego i religijnego środowiska.

Jak przedstawiono w rozdziale prezentującym założenia badania, na podstawie uzyskanych wyników można przypuszczać, iż inni studenci - a szerzej - inni cudzoziemcy, napotykają jeszcze większe przeszkody w dostępie do opieki medycznej niż studenci uniwersytetu medycznego. Wydaje się, że skoro studenci kierunku lekarskiego narzekają na niedostateczną znajomość systemu opieki zdrowotnej - nawet mając stałe kontakty z lekarzami i odwiedzając kliniki i szpitale podczas swoich praktyk - wiedza dotycząca poruszania się w systemie wśród osób niezwiązanych z medycyną jest jeszcze niższa. Grupa, która brała udział w badaniu, ma wszelkie kompetencje i narzędzia, które mogą być pomocne w wyszukiwaniu informacji - ale nawet w tej sytuacji napotykają na przeszkody w zdobyciu wiedzy na temat zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.

W Polsce brakuje kompleksowych, zaktualizowanych i przyjaznych dla użytkownika **źródeł informacji** o tym, jak działa system medyczny i co należy zrobić w sytuacji choroby(31). W tej sytuacji głównymi źródłami informacji dla obcokrajowców są Polacy. Z jednej strony pokazuje to rolę integracji ze społeczeństwem przyjmującym w procesie adaptacji migrantów, ale z drugiej strony potrzebę wprowadzenia systemu informacyjnego o opiece zdrowotnej dla cudzoziemców. Badanie wskazuje, że czynnikiem kluczowym dla nauki korzystania z placówek medycznych jest **znajomość języka polskiego** - jednym z powodów może być brak dostępu do informacji przetłumaczonych na język angielski.

Osoby badane postrzegają **barierę komunikacyjną**, jako istotną przeszkodę w korzystaniu z systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Język jest głównym powodem, dla którego wolą korzystać z opieki medycznej w swoich krajach pochodzenia. Preferencje dotyczące powrotu do ojczyzny w celu diagnozy i terapii potwierdzają hipotezę „Salomon bias”, zgodnie z którą w sytuacji choroby cudzoziemcy decydują się na powrót do kraju pochodzenia – tym samym zaniżając statystyki dotyczące zapadalności w populacji migrantów. Koncepcja ta została dokładniej opisanej w części 4.1.

Badanie to dowodzi, że nawet biegłość w języku angielskim nie gwarantuje znalezienia pracowników opieki medycznej zdolnych do komunikowania się z pacjentem w tym języku. Można przypuszczać, że inni obcokrajowcy, którzy nie potrafią porozumieć się w języku polskim ani angielskim (lub ich znajomość języka angielskiego jest niska) napotykać jeszcze większe trudności w komunikacji. Potencjalne problemy związane z brakiem systemu tłumaczeń zostały wyrażone przez respondentów w badaniu: niepewność jakości tłumaczenia i poziomu zrozumienia omawianych problemów, trudność w zachowaniu tajemnicy lekarskiej, uzależnienie migrantów od dobrowolnej pomocy osób trzecich, przedłużenie czasu wizyty lekarskiej, a w skrajnych przypadkach - niemożność uzyskania pomocy medycznej. Badanie pokazuje potrzebę rozpoczęcia prac nad rozwiązaniami instytucjonalnymi, które pozwolą pokonać barierę językową. W celu poprawy dostępności opieki zdrowotnej nad cudzoziemcami konieczne jest **zagwarantowanie bezpieczeństwa i komfortu korzystania z systemu opieki zdrowotnej**.

Podczas analizy uzyskanych wyników należy pamiętać, że w badaniu wzięli udział głównie studenci z młodszych lat (88% ankietowanych stanowili studenci lat I-III). Można przypuszczać, że starsi studenci, którzy dłużej przebywali w Polsce i mieli więcej czasu na poznanie systemu opieki zdrowotnej i języka polskiego, mogą mieć mniej problemów w kontakcie z opieką medyczną. Jednocześnie warto podkreślić, iż aż 67% w badanej grupie miało już kontakt z systemem opieki medycznej w Polsce w roli pacjentów. Nawet wśród studentów pierwszego roku uczestniczących w badaniu 61% miało doświadczenie w korzystaniu z opieki medycznej w Polsce - mimo że przyjechali do Polski tylko na kilka miesięcy przed wypełnianiem ankiety. Wyniki wskazują, że nawet w trakcie trwającego jedynie kilka miesięcy pobytu potrzeba konsultacji lekarskich jest dosyć częsta. Należy

przypuszczać, że w starszych grupach wiekowych migrantów częstość występowania problemów medycznych wymagających konsultacji lekarskiej, będzie jeszcze większa.

Na koniec warto zauważyć pozytywny wpływ jaki miało samo przeprowadzenie badania na sytuację studentów – cudzoziemców na WUM. Zainspirowany prowadzonymi badaniami Samorząd Studentów zdecydował się na włączenie tematu dostępu do opieki medycznej do programu Tygodnia Orientacyjnego, prowadzonego dla studentów rozpoczynających naukę na WUM. Temat ten nie był wcześniej poruszany w trakcie tych zajęć.

ROZDZIAŁ 9. WYNIKI BADAŃ WINIETOWYCH PRAWADZONYCH W PLACÓWKACH W WOJEWÓDZTWIE MAZOWIECKIM

W niniejszym rozdziale zaprezentowane zostaną wyniki badań własnych prowadzonych w placówkach medycznych w województwie mazowieckim.

9.1 Cudzoziemcy jako pacjenci w badanych placówkach

Badanym pracownikom placówek medycznych zadano pytanie dotyczące tego jak często, w ich opinii, ze świadczeń placówki korzystają obcokrajowcy. Sugerowano odpowiedzi: kilka razy w roku, w miesiącu, w tygodniu czy codziennie. Poniżej przedstawiono zestawienie udzielonych informacji. Pod uwagę wzięto odpowiedzi udzielone przez pracowników rejestracji. Uznano bowiem, że ich ocena będzie najbardziej miarodajna, jako że mają kontakt ze wszystkimi zgłaszającymi się osobami – lekarze obsługują tylko niektórych pacjentów, zaś pracownicy administracji często mieli informacje tylko o pacjentach zgłaszających się pierwszy raz do placówki.

Poniżej w tabeli przedstawiono odpowiedzi udzielone w poszczególnych placówkach, w których prowadzone było badanie, dotyczące częstości kontaktu z obcokrajowcami.

Typ placówki	Kod placówki	Jak często w Pana/ Pani opinii trafiają się w tej placówce pacjenci - obcokrajowcy?					Jakie są najczęstsze kraje, z których pochodzą leczący się w tej placówce cudzoziemcy?			
		Kilka razy w roku	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w tygodniu	Codziennie (na każdym dyżurze)	Trudno ocenić (różnie)	Kraje UE	Ukraina	Daleki Wschód (Wietnam lub Chiny)	Trudno powiedzieć
Przychodnie POZ	1			1			1			
	2				1			1		
	3			1				1		
	4				1				1	
	5			1				1	1	
	6		1				1	1		
	7		1					1		
	8			1				1		
Razem przychodnie		0	2	4	2	0	2	6	2	0
Szpitale	9				1			1	1	
	10				1			1		
	11				1					1
	15				1			1		
	13				1			1	1	
	14			1				1		
	12					1		1		
	16			1						
Razem szpitale		0	0	2	5	1	2	5	2	1
Razem przychodnie i szpitale		0	2	6	7	1	4	11	4	1

Tabela 16. Ocena pracowników rejestracji dotycząca częstości zgłaszania się pacjentów- cudzoziemców. Na szaro zaznaczone zostały placówki znajdujące się na terenie Warszawy (Kolejność placówek zmieniona ze względu na lokalizację)

Jak wynika w powyższej tabeli, większość pracowników rejestracji w badanych placówkach stwierdziła, że cudzoziemcy korzystają ze świadczeń placówek codziennie lub kilka razy w tygodniu. Najczęściej z migrantami mieli kontakt pracownicy szpitali w Warszawie – we wszystkich szpitalach stwierdzono, że codziennie obsługuje się takich pacjentów. Również w przychodniach można zauważyć różnice pomiędzy placówkami położonymi w Warszawie a w pozostałych obszarach województwa. Najrzadszy kontakt z cudzoziemcami mieli pracownicy przychodni POZ położonych poza Warszawą – stwierdzili, że takich pacjentów obsługują kilka razy w miesiącu lub kilka razy w tygodniu.

Zarówno w szpitalach jak i w przychodniach najczęściej wskazywano, że większość cudzoziemców stanowią obywatele Ukrainy. Jedna przychodnia (kod 4 POZ) znajdowała się blisko skupiska mniejszości pochodzącej z Dalekiego Wschodu (Wietnamu i Chin). W tej przychodni znaczną część pacjentów stanowiły osoby pochodzące właśnie z tych terenów. Jak opisuje pracowniczka rejestracji zatrudniona w tej przychodni, w przychodni pediatrycznej leczyło się na tyle dużo dzieci osób pochodzących z Wietnamu, że wyznaczono specjalny dzień na szczepienia dla tej grupy pacjentów⁵⁴:

My jesteśmy w takim terenie, że bardzo często (przychodzą cudzoziemcy- przyp. MS). Głównie Wietnamczycy i Chińczycy. (...) Osoby dorosłe przychodzą i 5 i 6 osób dziennie. Natomiast dzieci wietnamskich przybywa. Doszło już do tego, że mamy dzień wietnamski, na szczepienia, są to szczepienia tylko dla dzieci wietnamskich. (4.2. POZ Rejestracja)⁵⁵

W dalszej części rozdziału przedstawiono co, w opinii osób biorących udział w badaniu różni opiekę nad pacjentami – cudzoziemcami od opieki sprawowanej nad Polakami.

9.2 Bariera komunikacyjna w trakcie udzielania świadczeń cudzoziemcom – analiza i interpretacja wyników badań winietowych

9.2.1 Pojawianie się bariery językowej w kontakcie z pacjentami obcojęzycznymi

W prowadzonych wywiadach osoby badane najczęściej wskazywały na komunikację, jako na główne wyzwanie związane z opieką nad pacjentami – cudzoziemcami. Dotyczyło to szczególnie osób mających najczęściej bezpośredni kontakt z chorymi – pracowników rejestracji i lekarzy. Poniżej w tabeli zestawiono odpowiedzi dotyczące oceny obszarów trudności w kontakcie z pacjentami, udzielone przez trzy kategorie respondentów.

54 Szczegółowy opis rozwiązań wprowadzonych w placówce 4 POZ przedstawiono w podrozdziale 9.2.3.5

55 Wykorzystane w niniejszym rozdziale cytaty z wypowiedzi respondentów poddano korekcie redakcyjnej (np. usunięcie powtórzeń, korekta gramatyki), bez ingerowania w treść merytoryczną wypowiedzi

Kategoria respondenta	Z jakim obszarem związane są główne problemy w trakcie udzielania świadczeń cudzoziemcom:			
	Bariera komunikacyjna	Dostęp do ubezpieczenia	Inne	Brak odpowiedzi
Rejestracja	13	3	2	1
Lekarz	10	1	3	2
Administracja	6	6	1	1
Razem	29	10	6	4

Tabela 17. Obszary rozpoznawane przez poszczególne kategorie respondentów biorących udział w badaniu, jako główne obszary problemów w trakcie udzielania świadczeń cudzoziemcom (na podstawie pytań o najtrudniejsze przypadki oraz główne problemy występujące w trakcie opieki). Niektórzy z badanych podawali więcej niż jeden obszar trudności.

Można wyróżnić kilka czynników warunkujących to, czy w sytuacji, gdy w placówce znajdzie się pacjent obcojęzyczny, wystąpi bariera językowa i w jaki sposób pracownicy medyczni będą starali się ją pokonywać. Do tego rodzaju czynników należą między innymi:

- język, jakim posługuje się pacjent obcojęzyczny⁵⁶
- rozmiar placówki (czy jest to duży szpital zatrudniający wielu pracowników czy mała przychodnia, gdzie przyjmuje tylko kilku lekarzy);
- obecność w placówce procedury dotyczącej porozumienia z pacjentem obcojęzycznym;
- charakter zgłaszanego problemu medycznego (czy możliwe jest odroczenie w czasie działań diagnostycznych i leczniczych do czasu znalezienia tłumacza);
- czas przybycie pacjenta (czy są to godziny poranne w dzień roboczy czy też popołudnie lub weekend, kiedy w szpitalach zostają tylko lekarze dyżurni, a kontakt z konsulatami i ambasadami jest utrudniony).

Podstawowym czynnikiem warunkującym, jak dużą trudność będą musieli pokonać pracownicy medyczni zajmujący się cudzoziemcem jest oczywiście język, w jakim chory się komunikuje. Na podstawie wywiadów można wyróżnić cztery grupy języków, które cechują się odmiennymi możliwościami dotyczącymi porozumienia się z pacjentem:

9.2.1.1 Język ukraiński i rosyjski

Jak przedstawiono w podrozdziale 9.1 cudzoziemcami, z którymi najczęściej miały kontakt osoby badane byli obywatele Ukrainy. Taka tendencja wynika także ze statystyk dotyczących migracji w Polsce. W związku z tym należy przypuszczać, iż język ukraiński i rosyjski są

⁵⁶ kwestie związane z pokonaniem bariery komunikacyjnej w przypadku poszczególnych języków szczegółowo omówione w dalszej części

najczęściej występującymi językami w przypadku pacjentów cudzoziemców. Z uwagi na podobieństwo między tymi językami oraz fakt, że wiele osób pochodzących z Ukrainy posługuje się także biegle językiem rosyjskim, języki te na ogół nie były rozróżniane przez badanych.

W opinii prawie wszystkich respondentów mających bezpośredni kontakt z pacjentem – zarówno pracowników rejestracji jak i lekarzy - porozumienie z osobami mówiącymi po ukraińsku lub rosyjsku nie stanowi problemu (taka opinia pojawiła się w aż 27 wywiadach prowadzonych w tej grupie badanych). Rozmówcy wskazywali starsze osoby pracujące w przychodni lub szpitalu, które uczyły się języka rosyjskiego w szkole i mogą porozumieć się z pacjentem. Dodatkowo z doświadczenia respondentów wynikało, że osoby pochodzące z Ukrainy często posługują się językiem polskim lub szybko zaczynają znać go na poziomie wystarczającym do porozumiewania się. W przypadku tych języków większość respondentów wykazywała duży optymizm, jeśli chodzi o możliwość porozumienia, większe problemy deklarowano jedynie w związku ze zrozumieniem tekstu pisanego po ukraińsku:

Z Ukraińcami nie ma problemów z dogadaniem. Wszyscy mówią po swojemu, w swoim języku ojczystym, my i oni, to nie ma problemu, żeby ich zrozumieć. (13.1 Lekarz, szpital)

Warto także zauważyć, że nie ma możliwości weryfikacji znajomości języka rosyjskiego przez pracowników. Nie można stwierdzić, czy treści, które pamiętają ze szkoły wystarczają do przekazywania informacji medycznych. Samoocena respondentów była pod tym względem różna: niektórzy przyznawali, że nie pamiętają już języka poznawanego w czasach edukacji. Inni uważali, że ich kwalifikacje językowe są wystarczające, aby porozumieć się z chorym.

9.2.1.2 Język angielski

Język angielski jest podstawą komunikacji z pacjentami pochodzącymi z innych krajów niż Ukraina. Dotyczy to nie tylko obcokrajowców z krajów angielskojęzycznych, ale także tych cudzoziemców, dla których angielski jest drugim językiem.

Wśród pracowników rejestracji badanych placówek (zarówno POZ jak i szpitali) znajomość języka angielskiego była rzadka (jedynie w sześciu z 16 placówek osoba z rejestracji, która udzielała wywiadu, zadeklarowała możliwość porozumienia się w języku angielskim, przy czym dwie osoby określiły swoją znajomość tego języka, jako słabą). Tylko w nielicznych

ZOZach zdarzały się rejestratorki mówiące po angielsku. W przypadku lekarzy znajomość języka angielskiego była dużo częstsza (znajomość języka angielskiego zadeklarowało 12 lekarzy, z tego dwóch stwierdziło, że nie czują się pewnie w tym języku i wolałyby skorzystać z pomocy tłumacza). Większość badanych w szpitalach stwierdziła, że zawsze na dyżurze znajduje się lekarz lub inny pracownik (np. ratownik) posługujący się biegle angielskim – wynika to z jednej strony z większej liczby pracowników dyżurujących w tym samym czasie, jak i przypuszczalnie młodszej kadry pracowników zatrudnionych na SOR w porównaniu z przychodniami POZ. Poniżej w tabeli przedstawiono szczegółowe dane dotyczące deklaracji znajomości języka angielskiego.

Typ placówki	Kod placówki	Deklaracja dotycząca znajomości języka angielskiego	
		Lekarz	Rejestracja
Przychodnie POZ	1	1*	0
	2	0	1
	3	1	0
	4	1	0
	5	1	0
	6	1	0
	7	1	0
	8	1*	1
Razem przychodnie		7	2
Szpitale	9	1	1
	10	1	1
	11	1	0
	15	1	1
	13	0	0
	14	0	0
	12	1	1
	16	0	0
Razem szpitale		5	4
Razem		12	6

Tabela 18. Liczba osób deklarujących znajomość języka angielskiego w stopniu umożliwiającym obsługę pacjenta angielskojęzycznego w badanych placówkach. Respondenci oznaczeni „*” zadeklarowali, iż mimo znajomości języka angielskiego woleliby skorzystać z pomocy tłumacza.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że znajomość języka angielskiego nie oznacza automatycznie, że lekarz czuje się wystarczająco pewnie, aby udzielać konsultacji medycznej w tym języku. Tak swoje obawy związane z koniecznością obsługi pacjentów w języku angielskim wyraziła jedna z lekarek:

Dla mnie mówienie w obcym języku jest stresem. Stresu mam, na co dzień w tej pracy od cholery i ciut ciut i mówię zupełnie serio, mając świadomość, że się nagrywa. Bo naprawdę stres jest ogromny, odpowiedzialność jest ogromna. I nie bardzo mam ochotę dodawać sobie dodatkowego stresu koniecznością mówienia w obcym języku. Bo ja akurat nie lubię mówić. Wszyscy mi mówią, że mówię bardzo dobrze, natomiast dla mnie jest to ogromny stres i gdzieś tam, z zamierzchłych czasów jakiś delikatny wstyd. (...) To uważam, że jeśli są lekarze chętni do pracy w języku obcym to niech to robią, natomiast nie chciałabym być do tego zmuszana. I chodzi mi wyłącznie o sprawy językowe. (1.1 Lekarz, POZ)

Mimo, że wydaje się, że język angielski jest dość powszechny, nie należy uważać za oczywistość, że pacjenci będą swobodnie obsługiwani w tym języku. Potwierdzają to badania dotyczące angielskojęzycznych studentów opisane w rozdziale 8, w których 31% badanych stwierdziło, iż nie było zadowolonych z komunikacji z personelem placówek, w których korzystali z opieki medycznej.

Szczególnym problemem wydaje się brak znajomości języka przez pracowników rejestracji przychodni i szpitali, co może opóźnić rozpoczęcie opieki nad pacjentem mówiącym po angielsku o ile nie będą mieli możliwości skorzystania z pomocy osoby tłumaczącej. W skrajnych przypadkach może prowadzić to do sytuacji, w której pacjent nie mogąc porozumieć się z rejestratorką rezygnuje z korzystania z pomocy danej placówki.

9.2.1.3 Języki rzadkie⁵⁷

Nieco odrębna sytuacja dotyczy języków rzadkich, jednak znanych niektórym z pracowników opieki medycznej. Do tej grupy należą języki europejskie, nauczane w szkołach w Polsce jako drugi język: francuski, niemiecki, hiszpański oraz włoski. W wielu badanych placówkach znajdowały się pojedyncze osoby znające niektóre z tych języków, gotowe udzielać świadczeń pacjentom.

Tacy pracownicy stanowią ważny potencjał placówki – pomagają kolegom i koleżankom przy obsłudze cudzoziemców, są uwzględniani w procedurach wewnątrzszpitalnych jako oficjalni tłumacze oraz mogą być do nich kierowani chorzy obcojęzyczni (Patrz: części 9.2.2, 9.2.3.2, 9.2.3.3). Podobnie jak w przytoczonych wyżej językach należy jednak pamiętać, że stopień biegłości językowej nie jest ewaluowany.

⁵⁷ Sformowanie „języki rzadkie” czy „języki bardzo rzadkie” dotyczą jedynie oceny ich znajomości wśród pracowników szpitali i przychodni w Polsce

9.2.1.4 Języki bardzo rzadkie

Ostatnią grupę języków stanowiły języki, które nie były znane pracownikom placówek (poza nielicznymi wyjątkami, kiedy akurat osoba pochodząca z danej kręgu językowego była pracownikiem placówki). Do tych języków można zaliczyć np. język wietnamski, niderlandzki, chiński⁵⁸, gruziński, romski, arabski i wszystkie pozostałe nieuwzględnione wcześniej języki. Jeżeli do placówki trafi pacjent posługujący się jedynie którymś z tych języków, istnieje właściwie pewność, że będzie on wymagał pomocy tłumacza z poza szpitala.

9.2.2 Obecność procedury dotyczącej komunikowania się z pacjentami obcojęzycznymi

W pięciu badanych szpitalach (kody placówek 9, 11, 14, 15 i 16) została wprowadzona specjalna procedura wewnętrznie szpitalna dotycząca postępowania personelu w sytuacji braku możliwości porozumienia się z pacjentem. Wprowadzenie procedury było związane ze staraniami szpitali o otrzymanie akredytacji (patrz część 2.1).

Procedury wprowadzone w badanych placówkach zakładały dwa rozwiązania dotyczące pokonywania bariery komunikacyjnej: skorzystanie z listy tłumaczy lub kontakt z ambasadami lub konsulatami kraju pochodzenia pacjentów. W trzech placówkach połączono oba rozwiązania. W jednym ze szpitali założono, że w pierwszej kolejności pracownik ma się skontaktować z ambasadą, a w przypadku braku możliwości uzyskania kontaktu z przedstawicielami ambasady, skorzystać z pomocy tłumacza z listy. W dwóch pozostałych placówkach procedura zakładała odwrotną kolejność postępowania: najpierw próbę kontaktu z wykorzystaniem któregoś z tłumaczy z listy, a dopiero w następnej kolejności skorzystanie z pomocy ambasady.

W czterech placówkach przygotowano listy osób mogących pełnić rolę tłumacza w wybranych językach. W większości przypadków były to osoby zatrudnione w danym szpitalu, jedynie w jednej placówce na listach znalazły się osoby spoza pracowników szpitala. W zależności od placówki różna była liczba dostępnych tłumaczy: najkrótsza lista zawierała

⁵⁸ Według niektórych językoznawców nie możemy wyróżnić jednego języka chińskiego. Jednak w pracy posługuję się sformułowaniem „język chiński” mając na myśli język, którym porozumiewają się pacjenci pochodzący z Chin. Polscy pracownicy opieki medycznej najczęściej nie rozróżniają w takich przypadkach czy pacjent posługuje się językiem mandaryńskim czy innymi dialektami języka chińskiego.

tylko dwa kontakty (do osób mówiących w języku angielskim i rosyjskim), najdłuższa aż 28 kontaktów do osób tłumaczących w 13 różnych języków. W tej procedurze oprócz popularnych języków takich jak rosyjski, francuski, niemiecki czy hiszpański znalazł się także język turecki, fiński i kirgiski. Co ciekawe język angielski nie został w niej uwzględniony – najprawdopodobniej z uwagi na zakładaną powszechną znajomość tego języka wśród personelu.

Wśród badanych respondentów niewielu korzystało z tłumaczenia za pomocą kontaktów z listy. Jedynie dwie osoby przypomniały sobie sytuację, w której skorzystano z pomocy osoby wyznaczonej do tego celu w szpitalu (jedna z pracownic rejestracji sama dzwoniła po tłumacza, jedna osoba pamiętała jak dzwonił lekarz obecny na oddziale).

Jako powód małego wykorzystywania oficjalnych list personelu mówiącego w językach obcych, respondenci wskazywali brak potrzeby takiej pomocy – na danym oddziale znajdowały się osoby znające języki objęte tłumaczeniem w ramach list. Jak mówi kierowniczka rejestracji ze szpitala w Warszawie, wolą oni korzystać z pomocy współpracowników z SOR, niż dzwonić po kogoś z zewnątrz:

Ja na przykład nie korzystam i myślę, że osoby na rejestracji u nas też nie korzystają, jeżeli jest jakiś problem z językiem, to w oddziale jest grono osób, które znają ten język niemiecki albo język angielski albo ukraiński tak jak szef. (11.3 Szpital, administracja - kierowniczka rejestracji)

Z kolei pracownica administracji w jednym ze szpitali zwróciła uwagę, że korzystanie z procedury zabiera więcej czasu niż poproszenie nieformalnie o pomoc innego pracownika placówki:

Mamy medyczkę na oddziale wewnętrznym, która jest Ukrainką, dlatego czasami prosiłyśmy ją o pomoc i ona nam pomagała. Chociaż jest oficjalny tłumacz, ale ponieważ nie zawsze jest uchwytny. A sprawa jest dosyć pilna, zawsze chcemy jak najszybciej, żeby tę informację pacjent właściwą otrzymał, czyli o kosztach ewentualnie, jeżeli jest nieubezpieczony, czy przekazać mu informację, żeby zadzwonił. (16.3 Administracja Szpital)

Innym powodem rzadkiego użycia tego rodzaju procedury jest ograniczenie jej wykorzystania do godzin pracy pracowników. Jak zwróciła uwagę lekarka z SOR:

Bo jest lista lekarzy z każdego oddziału, są zgłoszeni, jakie znają języki. I na przykład na terenie szpitala jest przypuścemy 14 lekarzy, którzy znają język francuski i można do nich zadzwonić i poprosić ich, czy by mogli przyjść pomóc nam w porozumiewaniu się z pacjentem. Ale problem pojawia się w nocy. Bo lekarze są tutaj od 7:00 do 15:00. Pozostali

dyżurują. I danyh lekarzy może nie być po prostu w nocy na oddziale. I wtedy jest duży problem. (...) Trzeba w nocy obdzwaniał wszystkie oddziały. (...) To jest fajna lista do godziny 15:00. A pacjenci są u nas całą dobę, 24 godziny. (11.1 Szpital, lekarka)

Cztery placówki założyły w ramach swojej procedury kontakt z odpowiednimi ambasadami lub konsulatami. W dwóch procedurach podano listę wybranych ambasad wraz z danymi teleadresowymi. W tych placówkach za kontakt z ambasadą odpowiadali pracownicy oddziałów (lekarz lub pracownik rejestracji). W jednym ze szpitali w procedurze znalazła się informacja, że w przypadku problemów w komunikacji z pacjentem obcojęzycznym należy zwrócić się do Działu Marketingu, którego zadaniem będzie umożliwienie kontaktu z ambasadą. Kilkoro respondentów korzystało z tej formy pomocy tłumaczeniowej (doświadczenia te zostały opisane w części 9.2.3.4).

W pozostałych placówkach – trzech szpitalach i wszystkich przychodniach nie wprowadzono formalnej procedury obowiązującej w sytuacji opieki nad pacjentem obcojęzycznym. Swoistym wyjątkiem była tylko jedna z przychodni, gdzie oferowano pomoc tłumaczeniową dla rodziców i dzieci wietnamskich (dokładny opis w dalszej części 9.2.3.5).

9.2.3 Sposoby pokonywania bariery językowej w badanych placówkach

9.2.3.1 Tłumacz przyprowadzany przez pacjenta

Jak wskazywało wielu respondentów, pacjenci obcojęzyczni najczęściej zgłaszają się do placówek ze swoim tłumaczem. Szczególnie w przychodniach POZ, taką sytuację respondenci postrzegali jako typową. Na SOR'ach w związku z nagłym charakterem przypadków stosunkowo częściej zdarzają się cudzoziemcy bez osoby towarzyszącej.

9.2.3.1.1 Osoby pełniące rolę tłumaczy

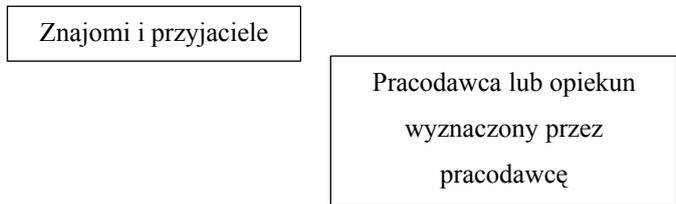
Jak wynika z relacji respondentów, w wielu przypadkach relacja między pacjentem a tłumaczem nie jest znana pracownikom opieki medycznej. Jednak na podstawie wywiadów można podzielić większość osób pełniących rolę tłumaczy przyprowadzanych przez cudzoziemców na cztery główne kategorie, które zostały przedstawione na rysunku poniżej.

Osoby pełniące rolę tłumaczy w trakcie korzystania przez cudzoziemców z opieki zdrowotnej

Członkowie rodziny
cudzoziemca

(najczęściej
współmałżonek – Polak,
zdarza się, że dzieci)

Wynajęty tłumacz 42



Rysunek 2. Główne kategorie osób pełniących rolę tłumaczy w trakcie korzystania przez cudzoziemców z opieki zdrowotnej, na podstawie wywiadów prowadzonych w ramach badań własnych.

Szczególnie kontrowersyjnym wydaje się uczestnictwo dzieci cudzoziemców jako tłumaczy. Nie jest to komfortowa sytuacja dla personelu medycznego, nie zapewnia wiarygodności przekazania informacji i może stanowić trudność dla dziecka stawianego w tej roli. Jak wyjaśnia rejestratorka z przychodni:

My wtedy nie chcemy rozmawiać. My nie wiemy czy to jest wiarygodne, czy to nie jest wiarygodne. Nie pozwalamy żeby dochodziło do tego, żeby dzieci tłumaczyły. Ale zdarza się i tak, że Wietnamczycy przychodzą z dziećmi. Ja nie wiem, nie rozumiem, nie umiem wietnamskiego. Ale widzę po gestach, jak mama krzyczy na dziecko, że tak i tak mów. I miałam taki przypadek, że nawet rozplakało mi się dziecko. I ja mówię, że ty nie możesz tłumaczyć. Bo za mała jesteś i ty nie możesz, a ona się rozplakała i mówi: wie pani, pani to łatwo powiedzieć, a mama krzyczy na mnie i chce, że tak i tak musi być. No i ja mówię, ale się uspokój, nie płacz, no nie może mama w ten sposób postępować. (4.2 Rejestratorka POZ)

9.2.3.1.2 Problemy w korzystaniu z pomocy tłumaczy przyprowadzanych przez pacjentów

Pócz wspomnianych w ostatnim paragrafie problemach związanych z wykorzystywaniem dzieci w roli tłumaczy, respondenci wskazywali także na inne trudności pojawiające się w związku z tłumaczami przyprowadzanymi przez pacjentów.

Część rozmówców wskazywała na niemożność zagwarantowania poczucia bezpieczeństwa i intymności udzielanych przez pacjenta informacji. Jak wyraziła to jeden z rejestratorek w przychodni:

Jeżeli ktoś nie zna niemieckiego to trudno będzie zapytać się tej osoby, tego Niemca czy rzeczywiście chce, żeby ta pani miała udzielane informacje na temat jego zdrowia. Bo tu mamy pat zupełny. Osoba nie mówi po niemiecku, druga się przedstawia, że będzie tłumaczyć, ale nawet nie jesteśmy w stanie zapytać tego Niemca czy rzeczywiście można udzielać takich informacji. (3.2 POZ, Rejestracja)

Jak pokazuje powyższa wypowiedź, w trakcie korzystania z pomocy tłumacza, przyprowadzonego przez chorego, może występować formalny problem związany

z koniecznością wykorzystania osoby tłumacza do uzyskania upoważnienia do otrzymywania informacji o zdrowiu pacjenta. Jest to szczególnie ważne z powodu charakteru kwestii omawianych w trakcie badania []skiego (dane wrażliwe).

Niekiedy nawet w sytuacji, kiedy pacjent wyraża zgodę na obecność tłumacza, problemem może być uzyskanie szczerzej odpowiedzi na niektóre pytania w obecności osoby trzeciej:

Chodzi głównie o jakąś sferę intymną z naszego punktu widzenia. Z reguły o takie rzeczy nie pytamy, bo ilość oddawanego moczu, czy kiedy ostatnio była kupa, nie są takimi pytaniami, o które pacjenta nie można w obecności takiej osoby zapytać, bo są to czynności fizjologiczne w gruncie rzeczy, więc to nie jest jakaś tam tajemnica. Ale gdyby chodziło o to, czy pacjent miał jakieś przygodne kontakty seksualne, to pewnie byłby problem, bo panowie pewnie by to ukrywali. (16.1 Lekarz, szpital)

Jak wynika z powyższej wypowiedzi, istnieje ryzyko, że ze względu na prywatne relacje pacjent może chcieć ukryć pewne informacje przed osobą tłumacza – np. gdy rolę tę pełni współmałżonek lub pracodawca. Warto podkreślić, iż prosząc daną osobę o pomoc w trakcie wizyty lekarskiej chory nie zawsze może przewidzieć, jakiego rodzaju pytania padną podczas wywiadu lekarskiego (jak np. pytanie o ryzykowne zachowania seksualne w przytoczonej powyżej wypowiedzi lekarza).

Przytoczona wypowiedź jest też ciekawa ze względu na użyte przez lekarza pojęcie „strefy intymnej”, do której z jego punktu widzenia należą kontakty seksualne, ale nie kwestie związane z wydalaniem. Warto zauważyć, iż w przypadku niektórych pacjentów, także kwestie związane z wypróżnieniem mogą wiązać się ze wstydem i wymagać zachowania dyskrecji. W przytoczonej wypowiedzi różnice w postrzeganiu zakresu intymności mogą być związane z różnicami międzykulturowymi, ale także różną wrażliwością w obrębie jednej kultury (tj. różnicami między osobami wykonującymi zawód medyczny, a osobami bez wykształcenia medycznego). Kwestie związane z komunikacją międzykulturową zostały przedstawione w podrozdziale 3.2.3. W kontekście wykorzystania pomocy tłumacza w trakcie wizyty warto zauważyć, iż lekarz nie zawsze może być w stanie przewidzieć, jakie informacje pacjent postrzega, jako intymne i chciałby ukryć przed osobą tłumacza.

Kolejnym problemem jest rzetelność tłumaczenia przez osoby przyprowadzone przez pacjenta. Ten problem dotyczył szczególnie jednej z badanych przychodni, gdzie sporą część pacjentów stanowili Wietnamczycy i Chińczycy:

U nas zmorą jeszcze są ci azjatyccy pacjenci, którzy przychodzą z „pseudotłumaczem”. „Pseudotłumacz” to jest pracownik polski, który tłumaczy z mojego na drukowane. Po polsku to, co ja mówię, on potem dwa razy wolniej, bezokolicznikami, po polsku. Z mojego na drukowane. I mówi, że on tam im dalej wyjaśni jakoś później. To jest zhora, bo to jest tak naprawdę. Też się na to nie zgadzamy. To jest tak naprawdę niekorzystne dla tych pacjentów samych. Bo oni tylko sobie szkodzą. (4.1 POZ Lekarz)

Warto zauważyć, iż w przychodni, w której pracowała cytowana powyżej lekarka wprowadzono formalny wymóg przyprowadzenia tłumacza, o czym pacjenci byli pisemnie informowani (zob. podrozdział 9.2.3.1.4). Jak wynika z przytoczonej wypowiedzi doprowadzało to do sytuacji, w której pacjenci chcący skorzystać z pomocy medycznej zwracali o pomoc tłumaczeniową do osób nieposługujących się biegle ich językiem. W opinii lekarza uniemożliwiała to prowadzenie wywiadu oraz stanowiło potencjalne zagrożenie dla zdrowia pacjenta. Należy podkreślić, iż skuteczne tłumaczenie w trakcie konsultacji lekarskich jest zadaniem wymagającym nawet dla przygotowanych do tej roli tłumaczy środowiskowych (zob. rozdział 2.2.).

9.2.3.1.3 Tłumaczenie telefoniczne przez znajomego pacjenta

W sytuacji, kiedy tłumacz pacjenta nie może być bezpośrednio obecny w trakcie wizyty, zdarza się, że pacjenci dzwonią do osoby, która prowadzi tłumaczenie za pośrednictwem telefonu. Większość pracowników opieki medycznej uważało, że jest to dobre rozwiązanie i nie odczuwało problemów w takiej sytuacji.

Wyjątek stanowili pracownicy placówki, w której leczy się dużo przedstawicieli mniejszości wietnamskiej. Pracownicy tej placówki dopuszczali tłumaczenie telefoniczne jedynie w sytuacji ciężkiego stanu zdrowia – w innym przypadku wymagali osobistej obecności tłumacza.

Jak wyjaśniała lekarz z tej przychodni, tłumaczenie telefoniczne jest w jej przekonaniu mniej wygodne i zabiera więcej czasu:

Dla mnie to jest uciążliwe jak nie mam kontaktu, dostaję telefon, coś tam mówię, no to jest wizyta dwa razy dłuższa. My w POZ nie mamy czasu na takie wydłużanie wizyty, bo się robi kolejka pod drzwiami jak to jest sezon infekcyjny, a jak to są szczepienia to wtedy też to dużo dłużej trwa. A z tłumaczem w gabinecie jest sprawniej, bo ja mu mówię coś żeby przetłumaczył, ja badam dziecko, to przebiega płynnie. (4.1 Lekarz POZ)

Z kolei pielęgniarka z tej samej placówki wskazywała nie tylko na łatwiejszy sposób prowadzenia rozmowy, ale także trudność z oceną trafności tłumaczenia przy korzystaniu z pośrednictwa telefonu:

R: Kontakt osobisty jest inny troszeczkę. Możemy zadać więcej pytań. Często przez ten telefon ten tłumacz niekoniecznie super mówi po polsku. No i taka żywa relacja bardziej się sprawdza u nas niż taki przez telefon.

MS: Czy jest tak, że przez telefon trudno ocenić na ile on dobrze tłumaczy?

R: Też, też, też.

9.2.3.1.4 Organizacja tłumacza jako obowiązek pacjenta

Warto zwrócić uwagę, że wielu pracowników placówek, w których prowadzone były badania, wyraziło oczekiwanie, że pacjent obcojęzyczny przyjdzie do placówki z tłumaczem. Wprost takie stwierdzenia padły aż w 15 wywiadach. W większości były to osoby pracujące w przychodniach, dla których niekiedy przyprowadzenie tłumacza było warunkiem przyjęcia. Należy zauważyć, iż do szpitalnych oddziałów ratunkowych pacjenci są przyjmowani w trybie nagłym, a więc ich stan może nie pozwalać na samodzielne znalezienie wsparcia tłumaczeniowego lub odroczenie wizyty – co jest możliwe w przychodniach, gdzie przyjmowane są przypadki planowe.

Jak wyraziła się jeden z lekarek pracująca w przychodni, w sytuacji gdyby pacjent przyszedł na wizytę bez tłumacza odmówiłaby przyjęcia chorego. Swoją decyzję tłumaczyła możliwością skorzystania z pomocy w innym miejscu:

MS: Gdyby pacjent przyszedł bez tłumacza?

R: Nie da rady, nie przyjąłabym. Musi iść do kogoś innego. To jest Warszawa, ja nie jestem jedynym lekarzem. Jakbym była jedynym lekarzem na prowincji, to bym niestety musiała, ale tutaj niech idzie do szpitala albo gdzieś indziej, gdzie znają język wietnamski. (5.1 Lekarz POZ)

Trzech lekarzy wiązało oczekiwanie przyprowadzenia tłumacza z brakiem pomocy tłumaczeniowej w innych krajach. Poniżej wypowiedź jednej z lekarek, negatywnie oceniającej brak współpracy ze strony pacjenta przy pokonaniu bariery komunikacyjnej:

W fikuśnych żadnych miejscach nie byłam i nie miałam też potrzeby pójścia do lekarza za granicą, ale na pewno nie będę oczekiwać, że ktoś z obsługi będzie mówił w moim ojczystym języku. Poszukałabym kogoś, kto mógłby - być może odpłatnie - a na pewno odpłatnie, pomóc mi w załatwieniu takiej sprawy zdrowotnej. (..)I tego oczekiwałabym też od pacjentów, że oni też będą troszeczkę mniej egoistycznie nastawieni, że pomyślą o tym, że ja nie koniecznie muszę znać 500 języków, albo mieć ochotę mówić po angielsku, chociaż go znam.

Zdecydowanie oczekiwałbym od strony pacjentów jakieś inicjatywy w tym temacie. (1.1 Lekarz POZ)

Znalezienie przez pacjenta tłumacza wydaje się częstą taktyką stosowaną również w szpitalach. Wydaje się, że niekiedy jest to najszybsza forma na uzyskanie porozumienia z pacjentem. Jak stwierdza jeden z lekarzy:

Ja miałem taką sytuację, że przyszła osoba, która pochodziła czy z Rosji, czy tam z Białorusi i nie była w stanie powiedzieć po angielsku nic, tylko знаła ten swój ojczysty język i wtedy ja po prostu prosiłem, żeby przyprowadziła osobę, która będzie tłumaczyła na polski albo na angielski. No i w ciągu tam 15-20 minut ta osoba przyszła z drugą osobą, która tłumaczyła. (10.1 Lekarz Szpital)

W jednej placówce (przychodni 4.POZ gdzie z powodu znacznej liczby pacjentów pochodzących z Wietnamu i Chin sformalizowano część rozwiązań dotyczących komunikacji z pacjentem) informacja o konieczności zorganizowania tłumacza była przekazywana pacjentom w formie pisemnej w języku pacjenta:

Mamy przygotowaną informację, że na wizytę lekarską trzeba zgłaszać się z tłumaczem. Mieliliśmy po chińsku i po wietnamsku taką informację. Jako karteczki, które kiedy pacjent zapisywał się do przychodni to było mu to wręczane. (4.1 Lekarz POZ)

Równocześnie ta sama lekarz stwierdza, że od pacjentów znających język angielski, nie wymaga przychodzenia z tłumaczem. Nie zauważyła ona jednak niekonsekwencji związanej z tym, że od niektórych pacjentów przyjscie z tłumaczem jest wymagane w sposób niemalże formalny (przekazana informacja na piśmie), a od innych nie konieczne.

Należy zauważyć jednocześnie, że wiele z osób badanych podkreślało, że wymaganie obecności tłumacza dotyczy jedynie wizyt planowych oraz stanów, w których odłożenie wizyty nie zagraża życiu lub zdrowiu pacjenta.

9.2.3.2 Tłumaczenie przez personel placówki znający języki obce

Kiedy pacjent mówiący w języku nieznanym przez personel, przychodzi bez tłumacza, często wybieranym sposobem pokonywania bariery językowej jest poproszenie o pomoc innych pracowników placówki. Taki sposób postępowania zadeklarowano w 15 z 16 badanych placówek.

Należy rozróżnić dwa typy sytuacji związanych z korzystaniem z tłumaczenia osób zatrudnionych w placówce – pomoc udzielaną przez pracowników dwujęzycznych (czyli pracowników szpitala o pochodzeniu cudzoziemskim) oraz pracowników, dla których język

obcy jest drugim językiem. O ile w przypadku pierwszych należy się spodziewać doskonałej znajomości języka (*native speaker*), znajomość języka w drugim przypadku może być bardzo zróżnicowana.

9.2.3.2.1 Dwujęzyczni pracownicy szpitala w roli tłumaczy

W sześciu z badanych placówek respondenci stwierdzili, że rolę tłumaczy pełnią – lub mogliby pełnić – pracownicy dwujęzyczni, sami mający pochodzenie cudzoziemskie. W większości są to lekarze, którzy przyjechali na studia do Polski, a więc posługujący się biegle zarówno językiem polskim jak i obcym.

Oczywiście wykorzystanie takich pracowników jest ograniczone do języków, w których mówią osoby zatrudnione w danym szpitalu. Ich obecność i pomoc jest niejako przypadkowa. Niemniej jednak wydaje się, że rola tych osób jest bardzo istotna, w sytuacji, gdy pojawia się pacjent, z którym kontakt jest utrudniony ze względu na barierę językową. Z relacji respondentów wynika, że często takie osoby są wzywane do tłumaczeń:

Mamy tutaj Pawła, lekarza, który pochodzi z Ukrainy i jak taka sytuacja jest, to po niego dzwonię: „Pawelku, przyjdź”. (10.1 Lekarz, szpital)

Jeżeli my mamy problemy, tak jak ostatnio była pani Ukrainka i w ogóle nic nie rozumiała po polsku, w ogóle, no to jest proszony szef do takich rozmów. I on schodzi. Bo szef jest z pochodzenia Ukraińcem. (11.3 Administracja, szpital)

Dwujęzyczni pracownicy szpitala mogą dobrze spełniać funkcję tłumaczy – znają nie tylko medyczny język polski i obcy, ale także realia pracy szpitala, przez co mogą usprawnić komunikację i opiekę nad pacjentem. Dodatkowo ze względu na swoje pochodzenie są świadomi różnic kulturowych oraz problemów związanych z doświadczeniem migracyjnym. Można przypuszczać, że na ogół wiedzą też jak wyglądają realia funkcjonowania opieki medycznej w kraju pochodzenia pacjenta, dzięki czemu mogą łatwiej wytłumaczyć, czego może on oczekiwać w polskiej przychodni lub szpitalu.

9.2.3.2.2 Tłumaczący pracownicy szpitala znający język obcy

W 15 z 16 badanych placówek respondenci stwierdzili, że korzystają z pomocy kolegów i koleżanek znających języki obce, lub korzystaliby z ich pomocy w sytuacji trudności z porozumieniem z pacjentem. O takich praktykach mówiono zarówno w przychodniach jak i szpitalach. W sytuacji, kiedy pracownik posługuje się danym językiem, często pomaga w kontakcie z innymi członkami zespołu zajmującego się chorym. Zdarza się zarówno, że

lekarz przychodzi pomóc w trakcie rejestracji pacjenta, jak i że osoba z rejestracji pomaga w trakcie wizyty lekarskiej. W jeden z badanych przychodni nawet pracownik administracyjny znający język angielski pomagał w przypadku konieczności obsługi pacjentów angielskojęzycznych.

Tą naszą zawsze biorę z rehabilitacji, która jest taka jakby bardzo biegła (z języka angielskiego). No, ale wtedy wchodzi, przedstawia się, albo ja mówię, że: "Chwileczka, zaraz przyjdzie osoba do tłumaczenia" i ona się przedstawia wtedy. Pacjent jest wtedy bardzo zadowolony. (...) Jeżeli nie mam tamtej dziewczyny, to któryś z urologów też dosyć dobrze mówi i tutaj jakby się wspieramy, więc nie ma sprawy. (2.1 Lekarz, POZ)

My wszystkie akurat tak płynnie nie mówimy po angielsku, no, ale jakoś sobie musimy radzić prawda, albo prosimy kogoś, kto lepiej medycznie... Bo tak medycznie nie znamy wszystkich określić, ale jakoś sobie radzimy. (B- A kogo Panie proszą?) Albo ratownika, albo panią doktor, która mówi po angielsku. Chociaż nie wszystkie panie doktor mówią, na SORze też po angielsku, albo niektórzy ratownicy. (9.2 Rejestracja, Szpital)

W niektórych placówkach tego rodzaju pomoc jest sformalizowana i wpisana w procedurę komunikacji z pacjentami obcojęzycznymi, jednak w większości przypadków tego rodzaju współpraca ma charakter nieformalny i jest oparta na wzajemnej znajomości i chęci pomocy.

Mamy takiego urologa, doktora P., który dobrze zna angielski. Wiedziałam o tym, miałam pacjenta, z którym nie mogłam się skomunikować, poprosiłam doktora, doktor przyszedł, dogadali się. Pomimo, że to nie był pacjent do niego. (12.2 Rejestracja, Szpital)

Jak stwierdziła pielęgniarka koordynująca z jednego z badanych szpitali zapytana o to, skąd wiedzą, jakimi językami posługują się pracownicy placówki, informacja o znajomości języków obcych przekazywana jest w sposób nieformalny:

W ramach takiej poczty pantoflowej. Jest to mały szpital, tak, że trochę o sobie wiemy. Z kolei w dużym szpitalu pewnie jest większe prawdopodobieństwo, że są jeszcze bardziej wykształceni ludzie. My to raczej pocztą pantoflową wiemy o tym, że niektórzy znają języki. (10.4 Pielęgniarka koordynująca, Szpital)

Tłumaczenie przez pracowników placówek ma dużo zalet: jest to sposób pokonania bariery językowej niegenerujący dodatkowych kosztów ani ze strony placówki, ani ze strony pacjenta. W wielu przypadkach pomoc tłumaczeniową można uzyskać natychmiast. W przypadku pracowników szpitala nie ma także problemów z kwestią zachowania poufności i łamania tajemnicy lekarskiej⁵⁹.

⁵⁹ Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta. (...) gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń. (Rozdział 4, art. 14)

Korzystanie z pomocy współpracowników mówiących w języku obcym wydaje się preferowaną przez pracowników ZOZ formą pokonywania bariery językowej. Warto zwrócić uwagę, że nawet w placówkach, w których istnieje oficjalna lista osób wyznaczonych do tłumaczeń, pracownicy niekiedy wolą nieformalnie prosić o tłumaczenie osoby znajome.

Pomoc udzielana nieformalnie przez pracowników placówek ma jednak swoje ograniczenia. Z oczywistych względów możliwość tłumaczenia jest wąska i niekiedy przypadkowa – obejmuje jedynie te języki, w których akurat mówią pracownicy danego ZOZ. Warto także zwrócić uwagę, że zbyt częste korzystanie z pomocy tłumaczeniowej jednej osoby zatrudnionej w szpitalu, może utrudniać jej wykonywanie własnych obowiązków zawodowych. Dodatkowo nie ma systemu umożliwiającego ocenę znajomości języka przez pracowników szpitala i jakości tego rodzaju tłumaczeń.

9.2.3.3 Kierowanie pacjenta do specjalistów znających język obcy

W niektórych przypadkach pracownicy opieki medycznej starają się organizować opiekę nad chorym w taki sposób, aby trafił do tego z lekarzy, który posługuje się językiem obcym. Tak zdarzyło się w jednym z warszawskich SP ZOZ, w którego skład wchodzi kilka przychodni. Jak opisywał lekarz:

Angielskojęzyczny pacjent chciał się zapisać do POZ-u i mamy doktora nowej generacji, młodego na ulicy R. I wtedy przekierowujemy, jeżeli jest pacjent angielskojęzyczny tylko i wyłącznie. (...) Nie podpisujemy deklaracji, jeżeli on mówi, że jest tylko i wyłącznie angielskojęzyczny (...). Akurat ten doktor zadeklarował, że jeżeli się zdarzy no to może być taki pacjent (do niego zapisany). (2.1 Lekarz, POZ)

Podobnie wspominał lekarz, który choć obecnie zatrudniony na SOR, w przeszłości pracował w przychodni, obsługując pacjentów posługujących się językiem włoskim i hiszpańskim:

Był taki okres, jak pracowałem w przychodni, gdzie obsługiwałem wszystkich tych pacjentów właśnie włosko i hiszpańskojęzycznych, no także wszystkich z Pragi kierowano do mnie i ja tych pacjentów prowadziłem. Jako stałych pacjentów, tych włoskich pacjentów to mamy około dwudziestu tam. Włoskojęzycznych, którzy nie mówią po polsku. Mówią po angielsku, ale w związku z tym, że mój włoski jest lepszy niż mój angielski (więc rozmawialiśmy po włosku). (...) To jest dobra sytuacja dla ZOZ-u, bo po prostu ja obsługuję wszystkich tych pacjentów. No niestety nie mam z tego żadnych profitów no, co zrobić. (10.1 Lekarz, Szpital)

Warto zwrócić uwagę na wątek kosztów świadczeń udzielanych w innych językach niż polski, pojawiające się w powyższej wypowiedzi. Jak wynika z powyższych cytatów obecnie kierowanie do lekarzy posługujących się językami obcymi odbywa się nieformalnie wynikając z dodatkowych umiejętności oraz dobrej woli poszczególnych lekarzy. W

przyszłości, w miarę zwiększania się liczby pacjentów obcojęzycznych, zasadne będzie rozważenie możliwości wprowadzenia dodatkowego wynagrodzenia dla osób o dodatkowych kompetencjach językowych, co może zwiększać motywację do udzielania tego typu świadczeń.

Mimo powyższych przykładów, w większości przychodni pracownicy rejestracji stwierdzili, że w przypadku zgłoszenia się pacjentów cudzoziemców, nie kierują ich specjalnie do lekarzy posługujących się ich językiem, a raczej wybierają lekarza, który akurat ma wolne miejsce. Często nie wiedzą także, jakimi językami posługują się lekarze.

Warto zwrócić uwagę na wypowiedź jednej z lekarek pracujących w przychodni, która – choć przyznała, że w razie konieczności przyjmuje pacjentów w języku angielskim – ostro sprzeciwiła się praktyce celowego zapisywania do niej pacjentów angielskojęzycznych. Jak stwierdziła, obsługa pacjentów obcojęzycznych wiąże się z dodatkową, niewynagradzaną pracą wykraczającą poza codzienne obowiązki:

No jeszcze by tego brakowało. Nikt na szczęście na taki pomysł nie wpadł i mam nadzieję, że nie wpadnie, bo tak jak mówię, nie mam tego w umowie o pracę i nie widzę powodu żebym ja była bardziej obciążona niż reszta kolegów w tej sytuacji. Bo wiadomo, że to nie jest mój drugi język, dla mnie mówienie po angielsku też jest jakimś wysiłkiem intelektualnym. Rozmowa w języku obcym, nie o pogodzie, tylko o chorobie i potencjalnym leczeniu. Nie studiowałam za granicą, tylko tutaj. Angielski na studiach, jaki był każdy wie, był do niczego. (1.1 Lekarz, POZ)

W Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych, możliwość wpływu na to, który lekarz zajmie się danym chorym jest dużo bardziej ograniczona. Zwykle opieki nad pacjentem podejmują się lekarze pracujący akurat na dyżurze. Także w szpitalach zdarza się organizacja opieki kierująca pacjentów do lekarza posługującego się danym językiem. Jak relacjonuje jedna z lekarek pracująca na SOR:

A francuski, no to tylko i wyłącznie ja (znam). I to czasami jest tak, że rzeczywiście, że ci pacjenci czekają na mnie, że ja przyjdę na dyżur, tak, żeby z nimi porozmawiać. (11.1 Lekarz, Szpital)

9.2.3.4 Pomoc tłumaczeniowa ze strony ambasad i konsulatów krajów pochodzenia cudzoziemców

Jednym ze sposobów uzyskania pomocy w sytuacji bariery językowej z chorym, który jest obywatelem innego państwa, jest zwrócenie się o pomoc do konsulatu lub ambasady kraju pochodzenia. W czterech z badanych szpitali (9, 11, 14 i 15) zostało to wpisane w procedurę

postępowania w przypadku braku możliwości porozumienia się z pacjentem. W trzech innych placówkach rozmówcy stwierdzili, że w przypadku chorych obcojęzycznych próbowaliby uzyskać wsparcie w ten sposób. W większości przypadków kontakt z konsulem czy ambasadą nawiązywał lekarz prowadzący pacjenta, niekiedy wspierając się pracownikami rejestracji lub administracji. W jednej procedurze wpisane zostało, że na prośbę oddziału, kontakt organizowany jest poprzez Dział Marketingu szpitala.

Doświadczenia z korzystania z pomocy ambasad i konsulatów były bardzo zróżnicowane. Niektórzy z respondentów chwalili sobie kontakt z tymi instytucjami:

To był, nie pamiętam właśnie, czy to był obywatel Chin, czy Japonii. I ja wtedy dzwoniłam do ambasady. Ja nie byłam się w stanie porozumieć z rodzicami, pamiętam. Oni nie rozmawiali w języku polskim. Dziecko tym bardziej. I wtedy pamiętam, że przyjeżdżał człowiek z ambasady i robił tłumaczenie. Bo to był bardzo duży problem i to się ciągnęło przez bardzo dużą część dyżuru, tak. (...) To było takim właśnie późnym popołudniem. To było tak po 16:00, koło 17:00 godziny. Dało się dodzwonić do ambasady i oni dosyć szybko przyjechali. (11.1 Lekarz, szpital)

W przypadku szpitali położonych poza Warszawą możliwa jest organizacja tłumaczenia telefonicznego. Tak było w przypadku jednego ze szpitali położonego około 100 km od Warszawy:

Był wtedy kontakt z ambasadą, żeby po prostu tłumacz na linii wytłumaczył. Obsługa konsularna, żeby tłumaczyła pacjentowi, co jest grane. To mieliśmy przypadek taki z pacjentem, ale nie mogliśmy się porozumieć, bo był Hiszpanem. I w ogóle nikt z nas nie mówił w tym języku. I robiliśmy to przez konsulat. Ja dzwoniłam i bez problemu. W środku nocy zresztą. (...) Jest na każdej stronie, informacja konsularna, że kontakt alarmowy na ten telefon trzeba zadzwonić. I akurat nam się udało, że ktoś odebrał. Nie wiem, jak jest w innych ambasadach, ale w ambasadzie Hiszpanii ktoś odebrał. I nam pomogli. Udzielono pomocy i wyjaśniono wszystko. (12.1 Lekarz, szpital)

Odmienne doświadczenia miała z kolei inna z respondentek, narzekająca na kontakt z ambasadami, szczególnie na możliwość dodzwonienia się poza godzinami pracy urzędu:

(Z ambasadami) w niektórych godzinach jest problem. No, bardzo ciężko. Wieczorami, na weekendy i noc. Da się dodzwonić, ale to jest po kilku godzinach, i tak naprawdę wszyscy są już podenerwowani, że to tak długo trwa. (15.2 Rejestracja, szpital)

Jak zwróciła uwagę inna z badanych, kontakt z tymi instytucjami może się różnić w zależności od państwa, które reprezentują:

Niejednokrotnie ja musiałam się zgłosić do ambasady na prośbę oddziału.(...) Więc przyjeżdżali z reguły. Znaczą inaczej - zależy od kraju. Strona zachodnia nie ma problemu, bardzo dbają i przejmują się swoimi obywatelami, więc przyjeżdżają. Bardzo szybko. Jeżeli

chodzi o wschodnią, to już jest gorzej. Zwłaszcza napływ cudzoziemców z Ukrainy. (...) Może Chiny, Japonia już bardziej, ale to nie miałam nigdy takiego przypadku. Kojarzę Wietnam, że też nie bardzo była ta współpraca. (9.3 Administracja, szpital)

Kontakt z ambasadami czy konsulatami wydaje się dobrym sposobem na pokonanie bariery językowej, szczególnie w przypadkach nagłych. Nie jest związany z dodatkowymi kosztami obciążającymi system opieki medycznej ani pacjenta. W przypadku konsulatów można się spodziewać, że osoby pełniące w nich funkcję tłumaczy posługują się biegle zarówno językiem obcym jak i polskim.

Problem może być kontakt z ambasadami w przypadku niektórych cudzoziemców – osób w procedurze azylowej oraz osób o przyznanym statusie uchodźcy (lub jak w przypadku pacjenta ze scenariusza winiety – ochrony międzynarodowej). W niektórych przypadkach, osoby szukające w Polsce schronienia, mogą obawiać się prześladowań skierowanych wobec nich lub ich rodzin, które pozostały w ich kraju pochodzenia, a w związku z tym nie chcieć udzielać przedstawicielom konsulatu czy ambasady, informacji o swoim stanie zdrowia, a nawet w ogóle o fakcie przebywania na terytorium Polski. W takich przypadkach kontakt z przedstawicielami placówek ich państw pochodzenia nie powinien być nawiązywany bez ich zgody.

9.2.3.5 Wsparcie tłumacza zatrudnionego przez Urząd Gminy

W jednej z badanych przychodni (4), z uwagi na dużą liczbę pacjentów pochodzących z Wietnamu wprowadzono pomoc tłumaczeniową dzięki pomocy Urzędu Gminy. W tygodniu został wyznaczony jeden dzień, w którym w przychodni przebywa tłumacz (na co dzień wspierający dzieci w szkole w gminie) pomagający w obsłudze pacjentów posługujących się językiem wietnamskim. Pomoc ta jest przeznaczona przede wszystkim dla rodziców przychodzących wraz ze swoimi dziećmi na szczepienia ochronne. Jednak, jak zapewniali pracownicy placówki, tłumacz pomaga także w innych przypadkach. Jak tłumaczy osoba zatrudniona w rejestracji w tej przychodni, pojawienie się tłumacza było skutkiem poważnych trudności, jakie odczuwali pracownicy i pacjenci placówki:

Cieężko było rodzicom, nie wszystkich było stać na tłumacza, żeby zapłacić pieniążki. Więc z gminy jest tutaj taki pan, który pomaga tym ludziom. (...) Szefowa pisała pisma, żeby był taki ktoś, żeby pomógł i został oddelegowany na kilka godzin. I jest jeden dzień w tygodniu, przeznaczony na szczepienia w czwartki od 10 do 14 mamy pana i wtedy dużo pracy mamy. To są głównie szczepienia, ale jeżeli trafi się chore i coś jest pilnego, to też pani doktor przejdzie na stronę chorą i dziecko przyjmie i pan pomoże. Nie jest taki, że tylko na

szczepienia to nic nie robi. Przyjdzie osoba dorosła i też niepotrafiąca się z nami dogadać i to pan też nam pomoże. Zdarzają się takie sytuacje. (4.2 Rejestracja, POZ)

Jak zwracają uwagę pracownicy tej placówki, pomoc ze strony tłumacza jest bardzo istotna. Dzięki jego obecności, wietnamskojęzyczni rodzice nie muszą ponosić dodatkowych kosztów związanych z tłumaczeniem. Tłumacz pomagał także przygotować informację w języku wietnamskim dotyczącą m.in. dokumentów potrzebnych do rejestracji do przychodni. Pracownicy tej przychodni podkreślali również, że istotne jest, że tłumacz jest z pochodzenia Wietnamczykiem, znającym środowisko mniejszości wietnamskiej, a dzięki temu mogącym łatwiej pośredniczyć w komunikacji między pracownikami przychodni a pacjentami.

Obecność tłumacza w placówce jest z pewnością rozwiązaniem idealnym zarówno dla pacjenta jak i pracowników opieki medycznej. Jest to jednak rozwiązanie wiążące się z dużymi kosztami i możliwe jedynie w przypadku, gdy grupa pacjentów – cudzoziemców korzystająca z pomocy danej placówki jest odpowiednio liczna i homogeniczna.

Warto zwrócić uwagę, że także w badanej placówce rodzice dzieci posługujący się innymi językami niż wietnamski, są zmuszeni ponosić koszty tłumaczenia w przypadku szczepień czy choroby.

9.2.3.6 Inne osoby mogące pełnić funkcje tłumaczy

Poza wymienionymi powyżej osobami, w pojedynczych przypadkach pojawiały się inne osoby pełniące funkcje tłumaczy. Byli to między innymi inni pacjenci, którzy niekiedy z własnej inicjatywy włączali się w pomoc pacjentowi – szczególnie w trakcie rejestracji chorego:

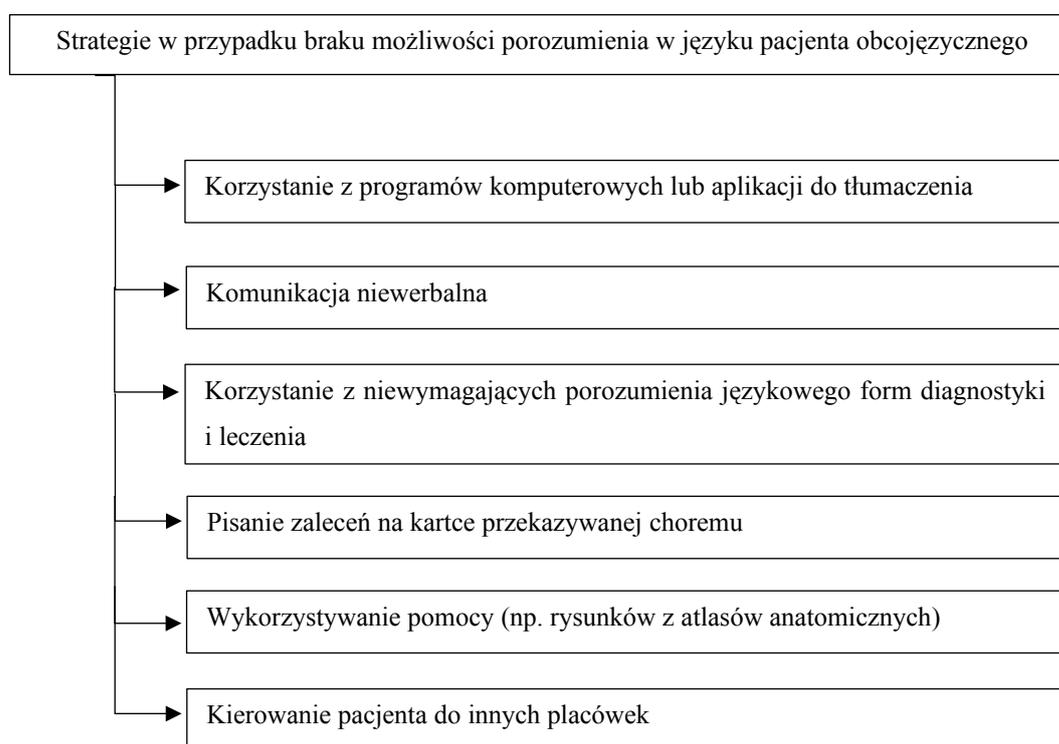
Ktoś przychodzi i mówi, że chce ze mną rozmawiać po angielsku, ja mówię, że nie, a ktoś tam siedzi na korytarzu i mówi, przepraszam ja mogę pomóc. (4.2 Rejestracja, POZ)

Poza tym w przypadku osób będących w procedurze uchodźczej kilkoro respondentów mówiło o „opiekunach” przyjeżdżających wraz z chorym. Respondenci nie wiedzieli dokładnie, kim byli ci opiekunowie – podejrzewali, że były to osoby z ośrodków, oprócz jednego przypadku, gdy lekarz wiedziała, że funkcję tłumacza pełnił pracownik organizacji pozarządowej pomagającej cudzoziemcom⁶⁰.

⁶⁰ Pomoc taką udzielało Stowarzyszenie Interwencji Prawnej

9.2.4 Strategie w przypadku braku możliwości porozumienia w języku pacjenta

W sytuacji, kiedy nie ma możliwości porozumienia się z pacjentem, pracownicy oddziałów ratunkowych i przychodni stosują różne strategie zachowania. Poniżej na schemacie przedstawiono wymieniane w wywiadach sposoby zachowania. W dalszej części omówiono te, które najczęściej były wymieniane przez respondentów.



Rysunek 3. Najczęściej wymieniane strategie wybierane przez pracowników systemu ochrony zdrowia w przypadku braku możliwości porozumienia się z pacjentem obcojęzycznym w jego języku

9.2.4.1 Korzystanie z programów komputerowych lub aplikacji do tłumaczenia

W sytuacji braku możliwości porozumienia z pomocą mogą przyjść nowoczesne programy online i aplikacje komputerowe, dzięki którym można przetłumaczyć nie tylko pojedyncze słowa, ale całe zdania. 11 Respondentów przyznało, że korzystają z nich w trakcie komunikacji z cudzoziemcami lub że skorzystaliby, gdyby nie mogli się porozumieć w inny sposób. Szczególnie na etapie rejestrowania chorego pomoc takich programów wydaje się satysfakcjonująca dla przedstawicieli opieki medycznej. Jak opisuje jedna z pracownic

rejestracji, korzystanie z tego typu programów jest szczególnie pomocne w sytuacji, kiedy pacjenci przychodzą bez swojego tłumacza i nie ma możliwości porozumienia z nimi w inny sposób. Przytoczona przez nią historia wskazuje również, jakim problem może być pojawienie się osoby chorej, niemówiącej po polsku, przy braku określonego sposobu działania dotyczącego porozumienia się z tym pacjentem:

Chyba z Iraku była, starsza osoba, kobieta bez tłumacza, bez niczego, ciemną nocą, która tylko po ichniemu mówiła, więc w ogóle nie umieliśmy się... Ona to umiała powiedzieć po angielsku dzień dobry, do widzenia i wsio. Także nawet po angielsku nikt się nie mógł z nią porozumieć. No to googlusie, takie cudowne urządzenie i tłumacz i się panią, ale pani była wiekowa, więc w telefonie nie bardzo widziała, to przez monitor googlusie tłumacz. Żeśmy się porozumieli, daliśmy radę. Google tłumaczy, jest to bardzo fajna rzecz.. To był pierwszy przypadek, jaki żeśmy wpadły na pomysł... No, bo mieliśmy ból głowy, naprawdę ból głowy z nią. (...) Na oddziale dziewczyny dzwonią do nas: a jak żeście się z nią porozumiały. A se wymyślcie. Dwie godziny myślały. (10.2 Rejestracja, szpital)

Dużą zaletą tego rodzaju programów jest brak kosztów związanych z tłumaczeniem oraz możliwość szybkiego uzyskania pomocy w bardzo dużym zakresie języków. Jednak, jak zwrócił uwagę jeden z lekarzy biorących udział w badaniu, bardziej skomplikowane kwestie medyczne znacznie trudniej przetłumaczyć niż podstawowe zwroty. W przypadku korzystania z tego rodzaju programów istnieje ryzyko błędów – brak jest analiz dotyczących rzetelności tego rodzaju tłumaczeń i nie jest jasne, kto ponosić będzie odpowiedzialność w przypadku nieporozumień dotyczących tłumaczenia. Należy więc zachować daleko idącą ostrożność, szczególnie w przypadku używania słów wieloznacznych, zdań o skomplikowanej składni oraz sformułowań żargonowych.

9.2.4.2 Komunikacja niewerbalna

Wspomaganie komunikacji nocą gestów i mimiki było najczęściej wymienianym sposobem porozumienia z chorymi, mówiącymi słabo po polsku lub w ogóle nieposługującymi się językiem polskim. Taki sposób komunikacji stosowało – lub stwierdziłoby, że zastosowałoby w przypadku braku innych możliwości porozumienia z pacjentem – 22 z badanych osób. Jak stwierdziła jedna z lekarek:

Grymasem bólu na twarzy można pokazać bardzo wiele, a pokazując palcem konkretnie, gdzie boli, można pokazać drugie tyle. (1.1 Lekarz, POZ)

Jedna z osób pracujących na recepcji – będąca także pielęgniarką – tak wspomina komunikację z matką dziecka przebywającego na oddziale pediatrycznym:

I kiedyś przywieziono nam taką dziecinę małą, bo ja pracowałem na dzieciach od zera do dwóch lat z mamą, która właśnie nic nie umiała w żadnym języku. Dziecko karmione butelką no i ona po swojemu a ja na dyżurze po polsku i okazało się, że ja wiedziałam, o których godzinach dziecko je, ile zjada, ona wiedziała jak będzie karmione, gdzie będzie leżało. No może to takie trochę staroświeckie, głupie, ale na migi się bardzo dobrze dogadałyśmy ze sobą. Myślę, że jak tylko dobre chęci są, to zawsze można przełamać tę barierę językową. (3.2 Rejestracja, POZ)

Komunikacja niewerbalna odgrywa bardzo dużą rolę w komunikacji z chorym – i to zarówno z osobą posługującą się tym samym językiem jak i cudzoziemcem. Z oczywistych względów jest to jednak komunikacja bardzo zubożona pod względem stopnia skomplikowania przekazywanych treści. Można się domyśleć, że wiele z treści istotnych dla procesu diagnostyki i leczenia trudno jest przekazać w ten sposób – zarówno ze strony pacjenta jak i personelu.

9.2.4.3 Korzystanie z niewymagających porozumienia językowego form diagnostyki i leczenia

W sytuacji braku porozumienia częstą strategią było skupienie się na tych elementach postępowania diagnostycznego czy terapeutycznego, które nie wymagają porozumienia językowego. Jak przytaczali badani, istnieje szereg chorych, z którymi nie ma możliwości porozumienia językowego – dzieci, osoby nieprzytomne – i podobnie jak w przypadku tych pacjentów, w przypadku cudzoziemców należy oprzeć się na innych niż wywiad formach badania i leczenia.

Tutaj na podstawie chociażby takich znikomych informacji dużo można już powiedzieć, bo my tutaj wykonujemy badania dodatkowe. Bóle kolan, czy bóle nóg, wykonujemy badania krwi, gdzie są wskaźniki na przykład stanu zapalnego, wskaźniki, które mówią o zakrzepicy czy rentgen tych kolan, to zróżnicować, co się dzieje, można by było bez jakiegoś takiego kontaktu słownego z pacjentem. (10.1 Lekarz, szpital)

Z dzieckiem to trochę jest badanie taka weterynaria. Nie ma wywiadu prawie. (4.1. Lekarz, POZ)

Przystępowanie do diagnostyki i leczenia bez porozumienia słownego z pacjentem jest zachowaniem szczególnie zasadnym w przypadku zagrożenia życia i zdrowia pacjenta. Należy mieć jednak na uwadze, że wywiad lekarski jest istotną częścią procesu stawiania rozpoznania lekarskiego i może go znacząco przyspieszyć. Szereg ważnych informacji – np. dotyczących uczulenia na leki, objawów odczuwanych w przeszłości, obciążenia rodzinnego – da się przekazać jedynie werbalnie. Poza tym bez pokonania bariery językowej, nie da

zrealizować się prawa chorego do informacji na temat jego stanu zdrowia i postępowania terapeutycznego, a także odebrać świadomej zgody pacjenta na wykonywane zabiegi. Warto jednak zauważyć, że w niektórych przypadkach dla pracowników opieki zdrowotnej, brak porozumienia językowego może nie stanowić subiektywnie istotnego problemu w udzieleniu świadczenia.

9.2.4.4 Pisanie na kartce przekazywanej choremu

Oprócz posilkowania się komunikacją niewerbalną, wiele osób, jako sposób na ułatwienie kontaktu podawało rysowanie czy pisanie informacji na kartce. W przypadku tego ostatniego sposobu dodatkową korzyścią jest umożliwienie pacjentowi samodzielnego ich przetłumaczenia po opuszczeniu przychodni:

Badam dziecko, jeżeli nie ma tłumacza przez telefon, zlecenia piszę na kartce wyraźnie i każę się zgłosić z zaleceniami do kogoś, kto je wytłumaczy. (4.1 Lekarz, POZ)

Głównym problemem z tego rodzaju rozwiązaniem jest brak możliwości zadania przez pacjenta pytań dotyczących stanu zdrowia czy zaleceń oraz sprawdzenia poprawności zrozumienia przekazanych treści. Przerzuca to odpowiedzialność za zaistniałą sytuację na osobę pacjenta, który musi poszukać kogoś znającego język polski.

9.2.4.5 Kierowanie do innych placówek

W sytuacji braku możliwości porozumienia się z pacjentem, niektórzy pracownicy przychodni przyznali, że rozważaliby odesłanie go do innej placówki lub szpitala. Jak tłumaczyła jedna z lekarek, w warunkach szpitalnych jest więcej czasu na organizację tłumaczenia, a w czasie oczekiwania na tłumacza można przeprowadzić diagnostykę pacjenta:

Jak odeślę do szpitala to wtedy może w warunkach izby jakiegoś tłumacza będą ściągali. Tam jest czas nieograniczony, powinni pobrać już badania i będzie wiadomo jakby rozszerzą całą diagnostykę. (2.1 Lekarz, POZ)

Takie zachowanie jest z pewnością zasadne, szczególnie w przypadku zagrożenia życia i zdrowia pacjenta. Należy jednak zwrócić uwagę, że może skutkować odsyłaniem do szpitala osób, które ze wsparciem tłumaczeniowym mogłyby uzyskać pomoc w warunkach przychodni POZ. Ponadto odmowa udzielania świadczenia pacjentowi obcojęzycznemu nie ma prawnego uzasadnienia – każdy pacjent ubezpieczony powinien mieć równy dostęp do świadczeń gwarantowanych oraz swobodę wyboru świadczeniodawcy, a więc uniemożliwienie skorzystania ze konsultacji z wybranej przez pacjenta przychodni może być

traktowane, jako forma dyskryminacji w dostępie do świadczeń. Ponadto odesłanie pacjenta może wiązać się z ryzykiem rezygnacji przez niego z leczenia, co może stanowić zagrożenie dla jego zdrowia, generować większe koszty późniejszego leczenia w przypadku wystąpienia powikłań oraz stanowić ryzyko dla zdrowia publicznego w przypadku chorób zakaźnych.

9.2.5 Tłumaczenie dokumentacji związanej z pobytem pacjenta w szpitalu

W przypadku pacjentów obcojęzycznych problemy związane z dokumentacją pojawiają się w dwóch obszarach – pierwszy to dokumentacja medyczna chorego w języku obcym. Drugim problemem jest konieczność podpisania przez pacjenta oświadczeń i zgód na leczenie.

9.2.5.1 Dokumentacja medyczna pacjenta

Wielu lekarzy w badanych placówkach spotkało się z dokumentacją medyczną w językach obcych. Dotyczy to nie tylko cudzoziemców, ale także Polaków, którzy przeszli leczenie za granicą. Podejście do tego typu dokumentów jest różne. Jak stwierdzali rozmówcy, w przypadku wielu języków (np. angielski, niemiecki czy włoski) nawet bez znajomości danego języka, mogli zrozumieć niektóre z informacji – np. rozpoznanie czy wykonane badania. W przypadku SOR możliwość przetłumaczenia niezrozumiałej treści dokumentacji, istnieje jedynie w przypadku, kiedy znaleziony zostanie tłumacz. Jak stwierdzali rozmówcy, w przypadku pacjentów przyjmowanych do szpitala planowo, jeśli jest to potrzebne do leczenia pacjenta, proszą o przetłumaczenie dokumentacji przywiezionej z innego kraju.

W przypadku przychodni, największym problem, o którym mowa była w trakcie wywiadów, okazała się dokumentacja związana ze szczepieniami dzieci. Ze względu na różny kalendarz szczepień stosowany w różnych krajach, w przypadku migrantów, konieczne jest porównanie i ewentualne uzupełnienie szczepień (więcej o szczepieniach w części 9.4.3). Ze względu na specjalistyczne słownictwo związane ze szczepieniami, przetłumaczenie książeczek szczepień nie jest proste, nawet dla osób znających dobrze język obcy i polski.

W przychodni, w której leczono się dużo pacjentów pochodzenia wietnamskiego i chińskiego, wprowadzono zasadę, że karty szczepień dzieci należy przynieść przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Jednak, jak stwierdziła lekarz pracująca tam, jako pediatra, nawet w przypadku tych tłumaczeń nie miała pewności, co do poprawnego przełożenia na język polski nazw chorób i podanych preparatów i w przeszłości zdarzały się błędy w tłumaczeniu.

W innej przychodni, w której prowadzono wywiad z lekarką, stwierdziła ona, że akceptuje zwykle, niewierzytelne tłumaczenie karty, a w razie wątpliwości kontaktuje się z Państwową Inspekcją Sanitarną.

Dokumentacja dotycząca leczenia jest wystawiana jedynie w języku polskim. Niektórzy lekarze znający język obcy stwierdzali, że część dokumentacji np. dotycząca zaleceń lekarskich dodatkowo zapisują w języku pacjenta na oddzielnej kartce.

9.2.5.2 Zgody oraz oświadczenia podpisywane przez pacjenta

Kolejnym problemem związanym z dokumentacją jest uzyskanie podpisów pacjenta na zgodach i oświadczeniach. W warunkach przychodni i SOR-u jest to przede wszystkim podpis chorego na założonej karcie pacjenta ze wskazaniem osoby upoważnionej do otrzymywania informacji dotyczącej stanu zdrowia, podpisywana w trakcie rejestrowania chorego. Druki te dostępne są jedynie w języku polskim. Z relacji rozmówców wynika, że jeśli w trakcie rejestracji jest możliwe porozumienie przekazują oni pacjentowi, czego dotyczą upoważnienia, które podpisuje. Jak stwierdziła jedna z osób pracujących w rejestracji, w przypadku, kiedy nie mogą porozumieć się z pacjentem, zostawiają te pola puste.

Bardziej skomplikowana kwestia dotyczy zgody na zabiegi inwazyjne związane z diagnostyką lub leczeniem. Z uwagi na fakt, że takie zabiegi wykonywane są zazwyczaj po skierowaniu pacjenta na odpowiedni oddział, rozmówcy biorący udział w badaniu nie mieli doświadczenia w zakresie tego rodzaju przypadków. Podpis pacjenta pod tego typu oświadczeniem jest związany z głębszym problemem – realizacją prawa pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia oraz zgody lub odmowy zgody na leczenie.

9.2.6 Podsumowanie

W pytaniu dotyczącym największych wyzwań związanych z udzielaniem świadczeń cudzoziemcom, większość pracowników wskazywała właśnie na komunikację, jako na najistotniejszą barierę. Wyniki badania wskazują na niedostateczne przygotowania placówek opieki medycznej w województwie mazowieckim do udzielania świadczeń pacjentom obcojęzycznym. Niektóre szpitale wymagają co prawda obecności istnienia procedury dotyczącej porozumienia, jednak praktyczne jej wykorzystanie przez personel nie zawsze jest

możliwe. O ile zazwyczaj można znaleźć w placówce (szczególnie w przypadku szpitali) osobę porozumiewającą się w najczęstszych językach – angielskim, ukraińskim i rosyjskim – komunikacja w pozostałych językach jest bardzo utrudniona. Większość tłumaczeń w placówkach medycznych prowadzona jest przez tzw. tłumaczy *ad hoc*, a więc przez osoby nieprzygotowane do wypełniania tego rodzaju roli.

Obowiązek organizacji tłumaczenia najczęściej zostaje przerzucony na osobę pacjenta. Pracownicy placówek medycznych – zwłaszcza przychodni – wręcz wymagają od pacjentów organizacji tłumaczenia. Takie podejście może rodzić ograniczenie realizacji prawa do opieki medycznej w przypadku, gdy cudzoziemiec nie będzie miał możliwości poproszenia o pomoc nikogo mówiącego po polsku. Konieczność wynajęcia tłumacza sprawia, że wizyta lekarska wiąże się z dodatkowymi kosztami.

Brak zasad dotyczących obsługi pacjentów obcojęzycznych powoduje nierówny dostęp do świadczeń. Zgłaszając się do przychodni pacjent nie ma może przewidzieć, czy będzie miał możliwość skorzystania z pomocy np. w języku angielskim czy rosyjskim. Może zostać przyjęty przez lekarza, ale zdarza się, że świadczenie zostanie odmówione. Nie są również określone zasady dotyczące tłumaczenia dokumentów – podczas gdy w jednej placówce może być wymagane tłumaczenie przysięgłe książeczki szczepień, w innej wystarczające będzie zwykłe przetłumaczenie dokumentu.

Korzystanie z tłumacza przyprowadzonego przez pacjenta wiąże się ponadto z różnymi trudnościami odczuwanymi przez personel: nie ma pewności co do poprawności tego rodzaju tłumaczeń; niektóre kwestie np. związane z życiem intymnym, mogą zostać pominięte ze względu na obecność osoby trzeciej; zdarza się, że w roli tłumacza przyprowadzone są osoby niepełnoletnie. Tłumaczenie medyczne wymaga bardzo dobrej znajomości obu języków – zarówno polskiego jak i języka obcego. Prowadzenie tłumaczenia środowiskowego wymaga także dodatkowych kompetencji związanych z wiernym oddaniem komunikatów przekazywanych przez osoby z odmiennych kręgów kulturowych. Jak zwróciła uwagę jedna z rozmówczyń, kompetencje te wykraczają poza podstawową znajomość języka, pozwalającą na porozumienie się w zakresie czynności dnia codziennego

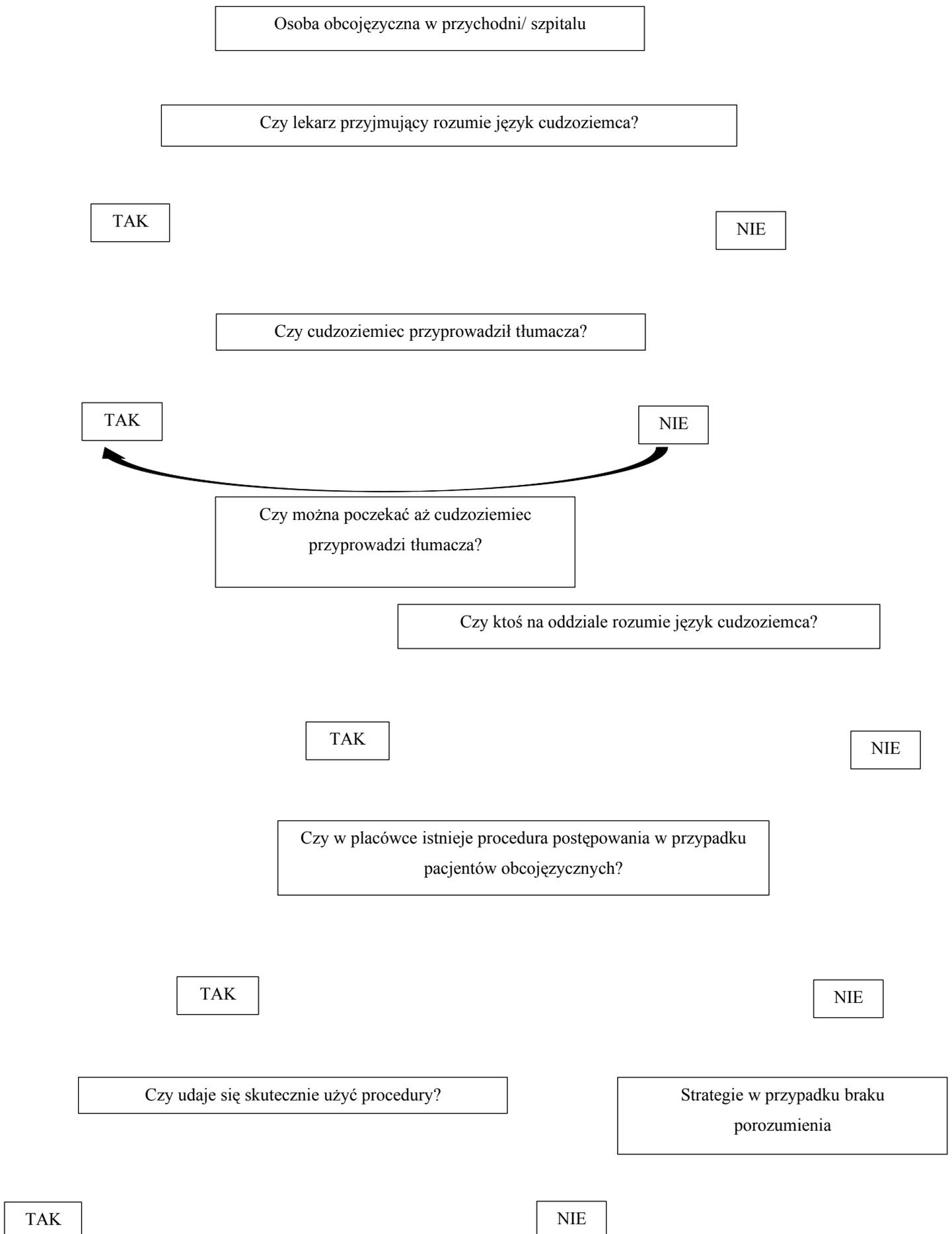
Jeżeli pacjent nie zapewni tłumaczenia a jego stan zdrowia nie pozwala zwlekać z udzieleniem pomocy, pracownicy placówek starają się improwizować, aby umożliwić

porozumienie się z pacjentem - szukają osób mówiących w danym języku, starają się wykorzystywać aplikacje umożliwiające tłumaczenie, korzystają z komunikacji niewerbalnej - lub koncentrują się na tych formach pomocy medycznej, które nie wymagają rozmowy z chorym. Narzędziem, które mogłoby być wykorzystywane w takich sytuacjach jest Wielojęzyczny Wywiad Lekarski, opracowany przez NIL⁶¹, jednak w żadnej z placówek personel nie korzystał z przygotowanych i dostępnych online materiałów tego typu.

Na podstawie przeprowadzonych badań można stworzyć schemat postępowania pracowników placówek medycznych w sytuacji konieczności udzielania świadczenia pacjentowi obcojęzycznemu. Schemat ten został zaprezentowany na kolejnej stronie.

61 Materiały do ściągnięcia ze strony <https://nil.org.pl/aktualnosci/promobox/wielojezyczny-wywiad-lekarski> (dostęp 08.10.2019)

Rysunek 4. Pokonywanie bariery językowej – schemat postępowania w badanych placówkach.



Należy pamiętać, że umożliwienie porozumienia językowego jest niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta, poprawnego zebrania wywiadu z chorym, przekazania zaleceń medycznych a także realizacji jego praw: zwłaszcza prawa do informacji i wyrażenia świadomej zgody na prowadzone procedury medyczne.

Brak sprawnego systemu pomocy tłumaczeniowej wydłuża także czas konsultacji lekarskich oraz zmusza personel do wykonywania dodatkowych czynności w trakcie opieki nad chorym (np. kontaktu z ambasadami, poszukiwania na innych oddziałach szpitalnych osoby znającej dany język).

Należy zauważyć, iż mimo, że brakuje rozwiązań systemowych oraz ogólnych zaleceń dotyczących tego, w jaki sposób pokonywać barierę językową, w placówkach widoczne są pierwsze próby wprowadzenia rozwiązań dotyczących umożliwienia porozumienia z pacjentem obcojęzycznym – procedury w szpitalach oraz organizacja cotygodniowych dyżurów tłumacza w poradni pediatrycznej. O ile w przypadku przychodni wprowadzenie tego rozwiązania było spowodowane narastającymi trudnościami odczuwanymi przez pacjentów i personel, w przypadku szpitali tworzenie procedur jest spowodowane uwzględnieniem konieczności rozwiązania problemów związanych z barierą językową w standardach akredytacyjnych. Obecność tych rozwiązań daje w przyszłości szansę na ocenę ich funkcjonowania, wskazanie działań, które można określić mianem dobrych praktyk oraz analizę dotyczącą tego, sposób można je rozwijać. Daje także możliwość rozprzestrzeniania rozwiązań dotyczących porozumienia z pacjentem obcojęzycznym na kolejne placówki, a docelowo wprowadzenie standardów ogólnosystemowych.

9.3 Weryfikacja uprawnień do świadczeń cudzoziemców w badanych placówkach oraz problemy związane z refundacją udzielonych świadczeń

9.3.1 Proces weryfikacji uprawnień do otrzymywania świadczeń medycznych

Świadczenia udzielone cudzoziemcom - podobnie jak świadczenia udzielane wszystkim innym pacjentom – muszą zostać odpowiednio rozliczone w celu uzyskania zwrotu poniesionych kosztów przez ZOZ. W przypadku pacjentów objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, płatnikiem jest NFZ. W przypadku pacjentów nieubezpieczonych w NFZ opłatą może zostać obciążony pacjent lub niepubliczny ubezpieczyciel.

Można wyróżnić dwa etapy, kiedy pracownicy zakładu opieki zdrowotnej zajmują się problemem uprawnień do świadczeń danego pacjenta. Pierwszym takim momentem jest etap rejestracji, kiedy chory zgłasza się do placówki medycznej. Niezależnie czy jest to pierwsza wizyta czy kolejna, jednym z zadań rejestratorek medycznych jest weryfikacja ubezpieczenia i określenie czy pacjent jest uprawniony do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych czy też powinien zostać obciążony kosztami pomocy medycznej. Jeżeli placówka realizuje świadczenia odpłatne, pacjent uzyskuje w takich sytuacjach informacje dotyczące zasad płatności. W grupie badanych placówek, tylko w jednej przychodni (3.POZ) nie było możliwości uzyskania świadczeń komercyjnych (przychodnia ta nie prowadziła działalności innej niż na podstawie kontraktu z NFZ). Na etapie rejestracji zbierane są także kopie dokumentów potwierdzających uprawnienie do świadczeń.

Informacja o uprawnieniach pacjenta trafia do pracowników medycznych, którzy bezpośrednio udzielają świadczeń (lekarzy, pielęgniarek etc.) – w zakładanej pacjentowi dokumentacji (w wersji papierowej lub elektronicznej) umieszczona jest informacja czy pacjent jest ubezpieczony i np. w związku z tym ma prawo do refundacji w przypadku wystawienia recepty. W wywiadach lekarze wielokrotnie podkreślali, że nie zajmują się kwestią weryfikacji dokumentów:

Dokumentacja w sensie ubezpieczeń, karty stałego pobytu itp. mnie to nie interesuje. Nie obchodzi mnie, czy to będzie Wietnamczyk, czy to będzie Murzyn, czy jakikolwiek inny, Indianin nawet. Ja robię swoje. Z tego punktu widzenia, że ja mam swoje zrobić, i to mnie nie interesuje. (16.1 Lekarz, szpital)

Sprawy formalne, ubezpieczeniowe zostały załatwione w rejestracji. Bo ja przyjmuję pacjentów, których dokumentację już mam przyniesioną do gabinetu i w systemie mi się wyświetla nazwisko chorego. (1.1 Lekarz, POZ)

Zebrane dokumenty trafiają do osoby lub komórki administracyjnej zajmującej się rozliczaniem świadczeń z płatnikiem - najczęściej NFZ. Tu następuje powtórna weryfikacja zebranych dokumentów oraz przekazanie ich do NFZ. Pracownicy tych działów kontaktują się niekiedy z pacjentami np. w celu konieczności uzupełnienia dostarczonych dokumentów potwierdzających uprawnienia.

W zależności od rodzaju placówki czy oddziału różne są zasady rozliczeń świadczeń udzielanych pacjentom. W przypadku przychodni POZ stosowana jest tzw. stawka kapitacyjna (roczna opłata za pacjenta zgłoszonego do lekarza POZ) a oddzielna stawka za świadczenia ustalona jest dla pacjentów w stanie nagłym spoza listy zgłoszonych pacjentów; obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP oraz osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ)⁶². Finansowanie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych oraz Izb Przyjęć odbywa się w oparciu o stawkę ryczałtu dobowego⁶³. Odrębne zarządzenia regulują zasady dotyczące finansowania pobytu na pozostałych oddziałach szpitalnych oraz opłat za poszczególne zabiegi⁶⁴.

W przypadku pacjentów nieubezpieczonych, konieczna jest regulacja płatności z chorymi (wystawianie faktur, ściąganie wierzytelności). W przypadku przychodni zajmują się tym zazwyczaj te same osoby, które kontaktują się z NFZ, w przypadku szpitali podobnymi sprawami zajmują się oddzielne komórki administracyjne.

62 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2015 poz. 1400, z późn. zm.)

63 Zarządzenie nr 69/2016/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć

64 Zarządzenie nr 71/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne

9.3.2 Pacjenci uprawnieni do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji

Na podstawie tzw. przepisów o koordynacji⁶⁵ osoby posiadające prawo do świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawodawstwem jednego z państw UE/EFTA, mogą korzystać bezpłatnie ze świadczeń niezbędnych ze wskazań medycznych w trakcie pobytu w Polsce. Decyzje o tym, jaki zakres pomocy medycznej jest niezbędny dla pacjenta podejmuje lekarz biorąc pod uwagę stan chorego oraz długość pobytu w Polsce. Świadczenia powinny być udzielone w takim zakresie, aby pacjent mógł bezpiecznie kontynuować pobyt w Polsce i nie był zmuszony wrócić przedwcześnie do kraju, w którym jest ubezpieczony(207). Wobec powyższego bezpłatne leczenie obejmuje przede wszystkim stany nagłe związane np. z wypadkiem lub nagłym pogorszeniem stanu zdrowia (także, gdy to pogorszenie ma związek z zaostrzeniem choroby przewlekłej) a nie uwzględnia np. profilaktyki czy świadczeń, które mogą być odroczone w czasie. Potwierdzeniem ubezpieczenia może być Karta EKUZ lub Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ.

9.3.2.1 Wiedza dotycząca zasad korzystania z pomocy medycznej na podstawie przepisów o koordynacji

Wszystkie osoby badane miały wielokrotny kontakt z osobami korzystającymi z pomocy medycznej na podstawie kart EKUZ⁶⁶. W większości badanych placówek – zarówno przychodniach jak i szpitalach – pracownicy rejestracji i administracji wykazywali się dobrą znajomością zasad rozliczania świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. W niektórych placówkach pracownicy rejestracji mieli wątpliwości dotyczące rozliczania przyjęć planowych i możliwości wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej przez pacjenta (błędnie zakładali, że pacjenci korzystający ze świadczeń na podstawie EKUZ mają taką możliwość). Można było zauważyć, że w przychodniach gorzej była rozpowszechniona wiedza dotycząca możliwości innych niż karta EKUZ form potwierdzenia ubezpieczenia -

65 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.U.UE.L.2009.284.43), oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.U.UE.L.09.284.1),

66 Należy zaznaczyć, że ze świadczeń na podstawie EKUZ korzystają nie tylko cudzoziemcy ale także Polacy pracujący i ubezpieczeni za granicą, którzy przyjeżdżają do Polski na czas urlopów.

wielu pracowników POZ nie słyszało o Certyfikacie Tymczasowo Zastępującym EKUZ, podczas gdy w szpitalach częściej zdarzali się pacjenci z takimi dokumentami.

Poniżej w tabeli przedstawiono zestawienie dotyczące wiedzy pracowników poszczególnych placówek dotyczące zasad rozliczenia świadczeń udzielanych pacjentom posiadającym karty EKUZ.

Typ placówki	Kod placówki	Poprawny opis zasad rozliczania świadczeń udzielonych pacjentom legitymującym się kartą EKUZ	
		Rejestracja	Administracja
Przychodnie POZ	1	1	1
	2	1	1
	3	1	1
	4	1	1
	5	0	1
	6	0	0
	7	0	1
	8	1	1
Razem przychodnie		5	7
Szpitale	9	0	1
	10	1	1
	11	1	1
	12	1	1
	13	1	1
	14	1	1
	15	1	1
	16	1	1
Razem szpitale		7	8
Razem		12	15

Tabela 19. Zestawienie dotyczące poprawnego opisu zasad rozliczania świadczeń udzielonych pacjentom legitymujących się kartą EKUZ przez pracowników rejestracji i administracji w badanych placówkach.

Na tle badanych placówek wyróżniała się jedna z przychodni (6.POZ), w której wszyscy badani pracownicy (łącznie z dyrektorem przychodni i pracownikami administracji) mieli błędne przekonania, co do zasad refundowania świadczeń na podstawie EKUZ. Wszyscy respondenci stwierdzali, że EKUZ uprawnia jedynie do bardzo ograniczonego zakresu pomocy medycznej – bez wizyt kontrolnych a nawet badań diagnostycznych. Tak odpowiadała na pytanie badaczki osoba odpowiedzialna za rozliczanie pacjentów:

MS: I jeżeli pacjent ma taką kartę, to jak wygląda wtedy taka opieka nad takim pacjentem?

R: To tylko po prostu taka opieka, bez badań, tylko przyjęcie przez lekarza i ewentualnie wykonanie jakoś zastrzyku, czy jeśli będzie to konieczne przez pielęgniarkę i nic poza tym.

MS: Badań nie można zrealizować?

R: Nie, absolutnie. Na tą kartę pacjentowi nie przysługuje nic oprócz doraźnej opieki.

MS: A jeżeli powiedzmy pacjent przyszedłby ze złamaną ręką i lekarz zaleciłby na przykład wykonanie badania RTG?

R: To pacjent by musiał zapłacić.

(6.3 Administracja, POZ)

Równocześnie w tej samej placówce lekarz opisywała trudności, jakie ma w związku z taką, błędną, interpretacją przepisów:

Tak naprawdę jest to sytuacja taka, że często ten pacjent musi być drugi raz na wizycie. To nie jest tak do końca rozwiązane. Bo on może wymagać albo kontroli, albo nie ma poprawy, a do siebie nie pojedzie. Albo na przykład ma zapalenie płuc, to nawet gdyby chciał, nie powinien podróżować samolotem w tym czasie, gdyby chciał skrócić pobyt, żeby dalej się leczyć tam, diagnozować. Bo często jest tak, że my się wstrzymujemy, bo ktoś nam za to nie zapłaci, nie w pełni możemy zdiagnozować, dać na takie badanie, bo na przykład pacjent powie, że go nie stać na taką diagnostykę, że on nie robi, no i wtedy może się pojawić problem. (...) Dobrze by było, żeby to było rozliczone w ten sposób, że my możemy go tak traktować, jak naszego pacjenta, czyli solidniej go przebadać, zdiagnozować, no bo on jest na przykład tydzień, dwa, czy trzy, czy nawet miesiąc u nas. Żebyśmy my mieli świadomość, że koszty zostaną nam zwrócone, bo pacjent też, żeby nie hamował swoich wizyt z powodu powiedzmy braku środków finansowych. (6.1 Lekarz, POZ)

Powyższa wypowiedź jest dobrym przykładem na to, że do realizacji uprawnień dotyczących dostępu do opieki medycznej nie wystarcza wprowadzenie określonego prawa, ale także zapewnienie, że jest ono znane i stosowane w poszczególnych placówkach medycznych. W związku z brakiem wiedzy pracowników tej konkretnej placówki, pacjenci byli zmuszani do opłacenia badań, które powinny być pokrywane na podstawie przepisów o koordynacji, a nawet – jak można wywnioskować z wyżej przytoczonego cytatu – mogli doświadczać opieki medycznej o gorszym standardzie niż pacjenci trafiający do pozostałych badanych placówek.

Nawet, jeśli w pozostałych placówkach pojawiały się wątpliwości dotyczące przypadków wymagających wielokrotnych wizyt, rozwiązywano je na korzyść pacjenta:

Bo czasami mieliśmy też takie przypadki, że pacjent przyjdzie z zaplanowaną wizytą, ale ma przy sobie to EKUZ i zastanawiamy się jak to potraktować. Na przykład: jest u nas pacjent ze złamaniem i jest mu wszczepiony jakiś drut, fachowo nie wiem jak się nazywa, jakieś śruby, implanty. I na przykład po jakimś czasie, po pół roku, trzeba mu te implanty wyjąć. Więc tu jest ewidentnie kontynuacja leczenia. Mimo że my mu już planujemy na pół roku wcześniej to wyjęcie, ale niestety to jest ten EKUZ. Znaczący stety, bo bez problemu dostaniemy rozliczenie. (9.3 Administracja, Szpital)

Jak widać w powyższej wypowiedzi, w niektórych przypadkach określenie zakresu finansowanych na podstawie EKUZ świadczeń może nie być oczywiste – np. w sytuacji rozróżnienia świadczeń wykonywanych w ramach kontynuacji leczenia a świadczeń planowych.

Z relacji respondentów wynika, że większość obywateli UE posiada dowód ubezpieczenia w postaci karty EKUZ. Wyjątek na tym tle stanowią obywatele Rumunii pochodzenia Romskiego. Mimo, że powinni być oni ubezpieczeni w swoim kraju pochodzenia, a w Polsce legitymować się EKUZ, nie posiadają oni często żadnych dokumentów. Problemy dotyczące tej grupy opisane zostały w części poświęconej pacjentom nieubezpieczonym (podrozdział 9.3.8).

9.3.2.2 Problemy związane z korzystaniem z pomocy medycznej na podstawie przepisów o koordynacji

Jednym z problemów pojawiających się w związku z korzystaniem ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji jest konieczność weryfikacji czy pacjent ma prawo do skorzystania z pierwszej konsultacji lekarskiej. W świetle prawa decyzję o udzieleniu świadczeń na podstawie karty EKUZ powinien podjąć lekarz biorąc pod uwagę stan pacjenta i przewidywaną długość pobytu w Polsce. Jednak w praktyce to rejestracja medyczna jest miejscem gdzie zapada decyzja dotycząca zapisania pacjenta do lekarza lub odmówienia mu wizyty. Konieczność weryfikacji uprawnień do skorzystania z pierwszej wizyty przechodzi na rejestratorkę. Jak wyjaśnia jedna z osób pracująca w administracji przychodni prowadzi to do sytuacji, w której rejestratorka powinna podjąć decyzję o zapisaniu pacjenta nie mając jednocześnie prawa do sprawdzenia czy pacjent rzeczywiście zgłasza się do przychodni z nagłym pogorszeniem stanu zdrowia:

Tu jest niewątpliwie problem, bo rejestratorka jest uprawniona do prowadzenia dokumentacji w określonej części, natomiast nie ma prawa wypytywać pacjenta "a co pana boli?". Jak sam powie to mu nikt nie zabroni np. "proszę pani mam gorączkę czy bóle brzucha", ona nie ma prawa pytać o to. Ma prawo założyć dokumentację i potwierdzić prawo do świadczeń a tam weryfikuje już lekarz, pielęgniarka albo położna. Natomiast rejestratorka nie ma prawa się pytać. To znaczy może, ale nie powinna, a pacjent nie musi jej powiedzieć więc ten etap jest nie do końca sprawny. Nie jest sprawą rejestratorki po co pacjent przychodzi do lekarza. (2.3 Administracja POZ)

Należy jednocześnie podkreślić, że jak wynika z relacji respondentów, przypadki prób wyłudzenia świadczenia na podstawie kart EKUZ dotyczą przede wszystkim obywateli Polski pracujących za granicą a nie cudzoziemców. Jak tłumaczyła jedna z respondentek:

I bardzo często, to mogę powiedzieć z naszej praktyki, widzimy, że część pacjentów przyjeżdża, tym bardziej, że naszych rodaków jest dużo za granicą, to wolą poczekać i przyjechać tutaj z kartą EKUZ i się przebadać na wszystkie strony.(...) Oczywiście wielu pacjentów jest bardzo roszczeniowych, uważają, że jak oni są, to powinni mieć wszystko zrobione. Najwięcej było takich wątpliwości z wykonaniem sztucznej protezy zębowej. Bo uważali, że skoro u nas jest to na Fundusz to się należy. Ja miałam kiedyś długą rozmowę z jedną z naszych rodaczek z Wielkiej Brytanii, która twierdziła, że jej się należy. (...) Bo raz lekarz zrobił i poszło to i musiał zwrócić za tą szczękę. Z tym, że to akurat nie u nas, u koleżanki, w innym ZOZie. I płacił. Bo to były koszty. U nas pewnie by mu darowano, bo my publiczny zakład to trochę inaczej. (1.3 Administracja, POZ).

Kwestia zachowań zdrowotnych polskich emigrantów nie była przedmiotem niniejszego badania, jednak wydaje się, iż jest to interesujący wątek, który można by rozszerzyć w kolejnych badaniach⁶⁷. Powyższa wypowiedź wskazuje na powroty osób mieszkających za granicą do Polski w celu korzystania z pomocy medycznej w kraju pochodzenia.

Pracownicy administracji stwierdzali, że po zebraniu odpowiednich dokumentów, rozliczania z NFZ dotyczące pacjentów korzystających z EKUZ, przebiegają zazwyczaj w sposób sprawny. Jak stwierdzali respondenci niekiedy rozliczenie tych świadczeń jest nawet łatwiejsze niż w przypadku Polaków, ze względu na inny odrębny tryb rozliczenia stosowany przez NFZ:

Pacjenci ubezpieczeni na podstawie karty EKUZ i przyjmowani do nas w przypadkach nagłych są rozliczani przez fundusz priorytetowo, czyli tak jakby mogą nie zapłacić nam za świadczenie planowe innego pacjenta, powiedzmy, Polaka (...), natomiast na pewno nam zapłaci za takiego pacjenta na podstawie karty EKUZ, w pierwszej kolejności. (12.3 Szpital Administracja)

9.3.3 Cudzoziemcy posiadający ubezpieczenie w NFZ

Cudzoziemcy mogą posiadać ubezpieczenie w NFZ na różnej podstawie: m.in. związanej z umową o pracę lub zlecenie; jako członkowie rodziny osoby ubezpieczonej; mogą też wykupić dobrowolne ubezpieczenie w NFZ. Tacy pacjenci mogą korzystać z opieki

⁶⁷ Związane z utrzymaniem lub odzyskaniem zdrowia zachowania polskich emigrantów były przedmiotem badań prowadzonych a granicą (124,208), jednak ciekawe byłoby rozszerzenie tych badań o perspektywę polskich pracowników opieki medycznej.

medycznej na tych samych zasadach co obywatele Polski (m.in. mogą złożyć deklarację wyboru pielęgniarki i lekarza POZ).

Od 1 stycznia 2013 r. osoby posiadające numer PESEL nie muszą potwierdzać ubezpieczenia w NFZ dodatkowymi dokumentami⁶⁸. Dzięki numerowi PESEL mogą zostać odnalezeni w systemie Elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców (eWUŚ). System ten zawiera aktualizowane codziennie informacje, przekazywane przez ZUS i KRUS, dotyczące uprawnienia danej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku cudzoziemców, którzy posiadają numery PESEL możliwe jest znalezienie w systemie eWUŚ informacji o ich ubezpieczeniu podobnie jak w przypadku obywateli Polski.

Sytuacja dotycząca nadawania numeru PESEL obcokrajowcom zmieniła się w trakcie prowadzenia badań. Od 1 stycznia 2018 roku wszyscy obcokrajowcy przebywający w Polsce powyżej 30 dni mogą uzyskać numer PESEL przy składaniu wniosku o zameldowanie⁶⁹. Wcześniej przepisy dotyczące zasad były niejednoznaczne, a osoby nieposiadające kart pobytu stałego (przebywające w Polsce na podstawie wiz czy zezwoleń na pobyt czasowy) najczęściej miały trudności w uzyskaniu numeru PESEL. Z tego powodu w trakcie prowadzenia wywiadów rozmówcy stwierdzali, że większość pacjentów, którzy nie są obywatelami Polski nie posiadają numeru PESEL.

W rozmowach powtarzały się też stwierdzenia dotyczące przekonania respondentów, że otrzymanie przez migrantów numeru PESEL usprawni proces rejestracji chorych i ograniczy biurokrację związaną z przyjęciem pacjentów. Na podstawie dowodu tożsamości oraz numeru PESEL będzie możliwe wyszukanie pacjenta w systemie. Jeśli pacjent „wyświetli się na zielono” – pracownik rejestracji wie, że dana osoba jest ubezpieczona na dzień otrzymywania świadczenia i może zostać przyjęta do lekarza w ramach kontraktu z NFZ. System reguluje także automatycznie wysokość refundacji na wystawianych receptach.

Pacjent nieposiadający numeru PESEL musi przedstawić prócz dowodu tożsamości, dowód ubezpieczenia – dowód wpłaty składki do ZUS np. w postaci druku ZUS RMUA⁷⁰ lub

68 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm) art. 50 ust. 3.

69 Ustawa z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (Dz. U. z 2019 r. poz. 1397 z późn. zm.)

70 Formularz ZUS RMUA - Informacja miesięczna dla osoby ubezpieczonej, dostępny na stronie <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/informacje-dla-ubezpieczonego/-/publisher/details/1/formularz->

formularza ZUS ZCNA⁷¹. W przypadkach nagłych choroby mogą wypełnić oświadczenie o posiadanym ubezpieczeniu i donieść dokumentację w ciągu kolejnych dni. Dodatkowo osobom posiadającym Kartę Polaka, pomoc w przypadkach nagłych udzielana jest na podstawie Ustawy o Karcie Polaka⁷².

Większość pracowników przychodni i szpitali wykazywała się dobrą znajomością zasad ubezpieczenia osób pracujących w Polsce, jednak narzekali często na dużą biurokrację związaną z obsługą pacjentów cudzoziemców – każda wizyta pacjenta łączy się z weryfikowaniem kompletu dokumentów i kserowaniem wszystkich potwierdzeń ubezpieczenia. Kilku respondentów zwracało także uwagę na problemy dotyczące małej wiedzy pacjentów na temat ich warunków ubezpieczenia i niezbędnej dokumentacji. Problemem bywa także postawa pracodawców zatrudniających cudzoziemców – bywa, że nie wystawiają migrantom odpowiednich dokumentów. Kilku respondentów spotkało się także z cudzoziemcami oszukiwanymi przez pracodawców, którzy nie płacili za nich składek na ubezpieczenie zdrowotne.

9.3.4 Ubezpieczenia prywatne

Warunki ubezpieczenia wykupionego prywatnie określa umowa zawarta między ubezpieczycielem a ubezpieczonym. Umowa ustala zasady postępowania w przypadku choroby czy nagłego zdarzenia medycznego. Często w ramach ubezpieczenia wyznaczone są wybrane placówki, do których może zgłosić się pacjent. W przypadku ubezpieczeń podróży zdarza się, że chory musi opłacić leczenie, a następnie może domagać się zwrotu poniesionych kosztów. W przypadku niektórych krajów ubezpieczenie zdrowotne jest warunkiem koniecznym do otrzymania wizy do Polski.

W opinii respondentów głównym problemem związanym z ubezpieczeniami prywatnymi jest niewiedza pacjentów dotycząca zasad ubezpieczenia:

Oni też tu często się mylą, bo mają prywatne wykupione ubezpieczenie w swoim zakładzie ubezpieczeń zdrowotnych, przychodzą, przedstawiają tą polisę w formie kilku kartek papieru albo nawet zwykłej karty plastikowej, dopiero trzeba im wytłumaczyć, że to działa na takiej

[informacja-miesieczna-dla-osoby-ubezpieczonej/75638](#) (dostęp 17.07.2020)

71 Formularz ZUS ZCNA - Zgłoszenie danych o członkach rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego, dostępny na stronie <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszeniowe-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/1/formularz-zus-zcna/289688> (dostęp 17.07.2020)

72 Ustawa z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. z 2019 r. poz. 1598)

zasadzie, że oni dzwonią do ubezpieczyciela i on im mówi gdzie mogą się zgłosić. (1.3 POZ administracja)

Jak wynikało z relacji respondentów doświadczenia dotyczące współpracy z firmami ubezpieczeniowymi są różne – w zależności od konkretnego ubezpieczyciela. Niektórzy respondenci opowiadali o pozytywnie rozstrzygniętych sprawach, kiedy kontakt z firmami przebiegał sprawnie i placówka uzyskała zwrot kosztów opieki. Jednak pojawiały się także inne doświadczenia – szczególnie w przypadku ubezpieczeń podróży wykupywanych w Ukrainie. Jak zwracano uwagę w szpitalach, często w rzeczywistości trudno otrzymać zwrot kosztów leczenia tych pacjentów w razie wypadku. Powodem może być brak możliwości przekazania dokumentacji medycznej pacjenta ubezpieczycielowi, jak również warunki ubezpieczenia – na przykład brak wypłaty ubezpieczenia, jeśli chory w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu.

Ale z turystycznym jest największy problem. Mają często Ukraińcy te polisy ubezpieczeniowe. (...) Ale jeszcze się chyba rzadko, kiedy zdarzy żeby ta firma ubezpieczeniowa ukraińska zapłaciła za jakiegoś pacjenta. Oni niby próbują, chcą od nas dokumentację medyczną żeby podjąć jakąkolwiek decyzję, ale z reguły nie mają upoważnień stosownych. Żebyśmy my wydali dokumentację medyczną firmie ubezpieczeniowej musimy mieć odpowiednie upoważnienie w oryginale, wszystkie dokumenty, ich wniosek w oryginale. Oni nie mają upoważnień.

MS - Czyli te wszystkie ubezpieczenia do wizy...

R - Fikcja. I jeszcze dochodzi problem, że często niestety, to i w przypadku też i Polaków i Ukraińców, jak już coś się stanie pacjent jest pod wpływem alkoholu. Często to jest po wypadku, często po pobiciu. No i to już w ogóle dyskwalifikuje z ubezpieczenia. Czyli wtedy te koszty idą na pacjenta... I teraz od jego dobrej woli czy on nam zapłaci czy nie. (9.3 Szpital Administracja)

Powyższa wypowiedź wskazuje na potrzebę rozważenia regulacji dotyczącej systemu ubezpieczeń dla obywateli Ukrainy, tak, aby rzeczywiście mógł on pokrywać koszty leczenia. Być może rozwiązaniem byłoby upowszechnienie dobrowolnego ubezpieczenia w NFZ, jako alternatywy dla ubezpieczeń prywatnych – jednak wiązałoby się to z koniecznością zaproponowania takiej oferty, która mogłaby być konkurencyjna dla ubezpieczeń komercyjnych.

9.3.5 Studenci

W trakcie wywiadów najwięcej nieporozumień dotyczących zasad ubezpieczenia budził przypadek studenta - cudzoziemca. Błędy były najpewniej związane z uogólnianiem zasad ubezpieczenia dotyczących studentów – Polaków na wszystkich studentów. Studenci będący

obywatelami Polski, którzy nie podlegają ubezpieczeniu z innego tytułu (np. w ramach ubezpieczenia rodziców lub ze względu na umowę o pracę), są ubezpieczani przez uczelnię, na której studiują. Dotyczy to także doktorantów. Jednak ten przywilej nie obejmuje cudzoziemców, którzy – jeśli nie mają ubezpieczenia - powinni samodzielnie zgłosić się do dobrowolnego ubezpieczenia w NFZ. Wyjątek stanowią osoby z Kartą Polaka, którzy mają prawo do ubezpieczenia finansowanego przez uczelnię.

W sumie prawie połowa pracowników administracji i rejestracji, biorących udział w wywiadach stwierdziła, że sama legitymacja mogłaby być podstawą do udzielania pacjentce – cudzoziemce bezpłatnego świadczenia.

Dokładne dane dotyczące poprawności opisu zasad rozliczenia świadczeń udzielonych studentom – cudzoziemcom zostały zestawione w tabeli poniżej.

Typ placówki	Kod placówki	Poprawny opis zasad rozliczania świadczeń udzielonych studentom - cudzoziemcom	
		Rejestracja	Administracja
Przychodnie POZ	1	0	0
	2	0	0
	3	1	1
	4	1	1
	5	1	0
	6	1	1
	7	0	1
	8	0	1
Razem przychodnie		4	5
Szpitale	9	1	1
	10	1	1
	11	0	1
	12	0	0
	13	1	1
	14	0	0
	15	0	0
	16	0	1
Razem szpitale		3	5
Razem		7	10

Tabela 20. Zestawienie dotyczące poprawnego opisu zasad rozliczania świadczeń udzielanych cudzoziemcom studiującym w Polsce, przez pracowników rejestracji i administracji w badanych placówkach.

Wyniki te warto zestawić z wynikami badań opisanych w rozdziale 8 prezentującym wyniki badań prowadzonych wśród studentów studiujących w języku angielskim na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. W badaniu ankietowym 23% studentów stwierdziło, że pracownicy opieki medycznej, z którymi mieli kontakt nie znało zasad udzielania świadczeń. Studenci też nie wskazywali na pracowników systemu opieki zdrowotnej, jako na źródło informacji dotyczącej warunków ubezpieczenia.

9.3.6 Osoby w procedurze azyłowej

W przypadku osób pozostających w procedurze azyłowej, opiekę medyczną cudzoziemcom zapewnia Urząd do Spraw Cudzoziemców. UdSC podpisuje umowę na udzielanie świadczeń z określonymi podmiotami medycznymi – w czasie prowadzenia wywiadów firmą zajmującą się opieką nad tymi pacjentami była firma Centrum Medyczne Petra Medica Sp. z o. o.

Wiedza badanych pracowników na temat zasad ubezpieczenia tej grupy pacjentów była bardzo zróżnicowana. W szpitalach w Warszawie i okolicy Warszawy większość badanych spotkała się z osobami w procedurze azylowej w trakcie swojej praktyki i wiedziała, że należy skontaktować się w sprawie rozliczeń z Petra Medica. Niektóre placówki miały podpisane umowy z tą firmą na określone świadczenia dla cudzoziemców (np. wybrane procedury diagnostyczne). Pracownicy jednostek poza Warszawą często wskazywali, jako podmiot odpowiedzialny za opiekę nad osobami w procedurze, MSWiA – co wskazuje, że ostatni kontakt z takimi pacjentami mieli przed 1 lipca 2015 roku, kiedy obowiązki te przejęła firma Petra Medica.

W przychodniach przeważały osoby, które nie miały kontaktu z pacjentami w procedurze azylowej. Pracownicy rejestracji stwierdzali, że w takiej sytuacji kontaktowałyby się z osobą odpowiedzialną za rozliczenia w placówce. Z kolei osoby pracujące w rozliczeniach stwierdzały, że w razie wątpliwości najczęściej kontaktują się bezpośrednio z NFZ. Tylko w jednej placówce stwierdzono, że pacjentowi w procedurze uchodźczej nie przysługuje ubezpieczenie i musiałby opłacić wizytę (co interesujące przekonanie to było spójne wśród badanych pracowników – zarówno rejestratorka jak i pracownik odpowiedzialny za rozliczenia wyraziły to samo przekonanie).

Jak wynikało z relacji respondentów, którzy mieli takie doświadczenia, rozliczenie finansowe za ewentualne świadczenia udzielone cudzoziemcom zarówno z firmą Petra Medica jak i wcześniej z MSWiA przebiegało sprawnie. Jedynie w jednej przychodni pojawiły się problemy związane z refundacją leczenia dziecka, na które to leczenie wyrażono pierwotnie zgodę:

Podobne sytuacje są z Ośrodkami Uchodźców, że oni powinni się leczyć w ośrodkach MSWiA a jeśli tam nie ma jakiejś poradni to wtedy muszą mieć zgodę i potem myśmy obciążali MSWiA kosztami. I też miałam taką sytuację stosunkowo niedawno, bo ze 4 lata temu, że kierowniczka tego Pogotowia Opiekuńczego miała zaświadczenie z MSWiA tam z tego, od tych uchodźców Departamentu Urzędu do Spraw Cudzoziemców. Przez jego naczelniczkę podpisane, że będzie refundowane to leczenie. Myśmy na tej podstawie, dołączając nawet do faktury kserokopię tego pisma, nie dostaliśmy zwrotu za tą refundację, bo później odpisał nam jakiś dyrektor tego departamentu, że nie będą nam tego płacić, bo ona powinna pójść gdzieś indziej do lekarza z tym dzieckiem. Więc trochę z tymi rozliczeniami to tak wygląda, że jest psychologia, już wyleczyli to już niech ponoszą koszty tego. (1.3 POZ Administracja)

Jak wynika z powyższego cytatu, mimo udzielania świadczeń medycznych pacjentowi, przychodnia nie uzyskała refundacji poniesionych kosztów. Dodatkowo powyższa wypowiedź wskazuje na trudności w uzyskaniu informacji dotyczących warunków refundacji, a także niespójnych informacjach przekazywanych przez różne instytucje. Jak stwierdziła pracownica przychodni, w sytuacji, kiedy leczenie zostało już zakończone, koszty zostały „zepchnięte” na świadczeniodawcę.

9.3.7 Osoby przyznanej w Polsce ochronie międzynarodowej

Nikt z badanych nie spotkał się w swojej praktyce ze statusem ochrony międzynarodowej i w związku z tym badani nie znali zasad dotyczących udzielania świadczeń takim osobom. Respondenci stwierdzali, że gdyby trafił do nich pacjent z przyznanym statusem ochrony międzynarodowej lub uchodźcy, szukaliby informacji na temat zasad ubezpieczenia (jako potencjalne źródła informacji wymieniali wyszukiwarki internetowe lub infolinię NFZ).

9.3.8 Osoby nieposiadające ubezpieczenia zdrowotnego

Cudzoziemcy nieposiadający ubezpieczenia zdrowotnego mogą korzystać z pomocy medycznej odpłatnie. We wszystkich badanych przychodniach, prócz jednej, pacjenci mieli możliwość skorzystania z wizyty komercyjnej. Pracownicy większości przychodni zgłaszali, że cudzoziemcy często zgłaszają się zaznaczając od razu, że nie posiadają ubezpieczenia i są gotowi zapłacić za poradę. Jak zauważyła jedna z respondentek wielu cudzoziemców woli opłacić wizytę prywatnie niż wykupić dobrowolne ubezpieczenie w NFZ, ze względu na opłaty dodatkowe ponoszone przez pacjenta w związku z tzw. przerwą w ubezpieczeniu.

W sytuacji zagrożenia życia i zdrowia pacjenta pracownicy opieki medycznej mają obowiązek udzielania pomocy bez względu na status prawny i posiadane ubezpieczenie.

Kiedyś też Wietnamczyk, jakaś tam bójka była, pogotowie go przywiozło z nożem w brzuchu, też nie był ubezpieczony, leżał na chirurgii, miał operację, był przewieziony na inny oddział do Warszawy. Takiemu pacjentowi nie odmówimy przyjęcia. Tylko niestety robimy to dla idei, bo nie zapłaci Fundusz za to. Dla Funduszu się liczy pacjent ubezpieczony. Nie, że zapłacą, bo zagrożenie życia... (...) Tutaj szpital jest prywatny a Fundusz płaci tylko za ubezpieczonych. (13.2 Rejestracja, szpital)

W przychodniach takie sytuacje zdarzają się wyjątkowo. Na ogół w takim przypadku porada lekarska i ewentualne zabiegi wykonywane są na koszt przychodni, jak w opisie sytuacji

przytoczonym przez jedną z pielęgniarek. Pacjentka musiała opłacić jedynie koszt podanych leków:

Miałam już pacjentkę z Czeczeni, która miała udar słoneczny. I nie miała ubezpieczenia. Miała po prostu udzielone świadczenie takie, wie Pani, no w sytuacji zagrożenia życia, coś ona miała niskie ciśnienie. Także miała wizytę, miała podane leki, miała podaną kroplówkę, leżała u nas 4 godziny i pojechała do domu. Nie miała ubezpieczenia. No co, musieliśmy przyjąć. Za wizytę nie zapłaciła, pamiętam wtedy, że wykupiła sobie leki, mąż jej wykupił leki. Kroplówki i leki, które jej podaliśmy wykupiła w aptece. A wizytę uznaliśmy po prostu, że jest to pomoc taka, która się należy na koszt nasz. (4.4 Pielęgniarka, POZ)

Pracownicy odpowiedzialni za rozliczenia w przychodniach w większości przypadków stwierdzali, że takie przypadki zdarzają się na tyle sporadycznie, że nie stanowią poważnego uszczerbku dla budżetu placówki, nie starają się więc ściągać należności od nieubezpieczonych pacjentów. Diagnostyka i leczenie w szpitalach są znacznie bardziej kosztowne, szczególnie, jeśli pacjent wymaga przyjęcie na oddział szpitalny⁷³. W sytuacji, gdy cudzoziemiec bez dowodu ubezpieczenia zgłosi się na SOR jest informowany (o ile jego stan na to pozwala) o kosztach opieki. Jeśli twierdzi, że jest ubezpieczony, może podpisać oświadczenie i donieść dowód ubezpieczenia – zwykle w ciągu 14 dni od udzielania świadczenia. Jeśli zostaje hospitalizowany, pracownicy szpitala odpowiedzialni za rozliczenia starają się zazwyczaj uzyskać potwierdzenie ubezpieczenia przed wypisaniem pacjenta z oddziału. Pacjent nieubezpieczony może opłacić porady udzielone w szpitalu gotówką (w niektórych placówkach także kartą) lub zostaje mu wystawiona faktura, którą powinien opłacić w ciągu 14 dni. Jeśli nie ureguluje płatności, szpital może podjąć działania mające na celu ściągnięcie należności.

Pierwszym problemem pojawiającym się w związku z płatnościami jest ustalenie tożsamości oraz adresu zgłaszających się cudzoziemców. Osoby pracujące w rejestracji nie mają możliwości weryfikacji prawdziwości podanych danych. Jeśli mają wątpliwości mogą wezwać policję, ale w wielu przypadkach polegają na oświadczeniach zgłaszających się osób – które mogą podawać nieprawdziwe dane lub adres.

Jak wynikało z relacji osób zajmujących się rozliczaniem kosztów cudzoziemców, ściąganie zaległych płatności stanowi dużą trudność. Jeżeli w trakcie rejestracji cudzoziemiec podał

⁷³ Koszt pobytu na oddziałach i zabiegach regulują wewnętrzne cenniki. Przykładowo pobyt na oddziałach szpitalnych w jednym z badanych szpitali: oddział wewnętrzny kardiologiczny – ok. 300 zł/doba; oddział pediatryczny – 400 zł/ doba; oddział ginekologiczno-położniczy – 690 zł/ doba; oddział chirurgiczny – 720 zł/ doba; OIOM 2100 zł/ doba.

nieprawdziwe dane lub adres, nie ma właściwie możliwości ściągnięcia poniesionych przez szpital kosztów. Podobnie, jeśli podał adres za granicą – w takich wypadkach koszty windykacji są na tyle wysokie, że nie opłaca się szpitalom ściągać należności. Szpitale rezygnują wtedy z windykacji, niekiedy sprzedają długi firmom windykacyjnym. Jak relacjonuje jedna z osób zajmujących się rozliczaniem cudzoziemców:

Jest windykacja, która próbuje jakieś kroki. Są sprawy do sądu wysyłane. Ale ogólnie jest bardzo trudno - ogólnie nie wysyłamy, za duże koszty są prowadzenia spraw sądowych poza terenem Polski, więc jest problem. I niestety wchodzi to w koszt szpitala. Często jest też, że są firmy windykacyjne, które odkupują od nas te długi. Czasami, kiedy jest hospitalizacja za 10 000 to nie odzyskujemy tych pieniędzy. (9.3 Szpital Administracja)

W większości szpitali stwierdzono, że w przypadkach pacjentów nieubezpieczonych, kiedy pojawia się konieczność hospitalizacji i koszty opieki rosną, pracownicy szpitala starają się doradzić pacjentom o możliwościach szybkiego ubezpieczenia się (np. poprzez pomoc członka rodziny czy znajomego) – wykupienia dobrowolnego ubezpieczenia w NFZ lub u prywatnego ubezpieczyciela.

Najwyższy koszt leczenia pojedynczego pacjenta nieubezpieczonego, opisany przez respondentów wynosił 200 000 zł. Był to przypadek osoby pochodzącej z Czeczeni, która trafiła do szpitala w stanie ciężkim. Tak tą sytuację opisuje osoba zajmująca się rozliczaniem cudzoziemców:

Nie no na przykład teraz mamy sytuację, ciągnie nam się od 2012 roku, obywatel Czeczeni, który nie miał statusu uchodźcy, nie mieliśmy potwierdzonego prawa do świadczeń, okazało się, że był nielegalnie, czyli nie można było się zwrócić nawet do tego wójta, burmistrza to raz, dwa nie był w statusie uchodźcy, no i trzy - Czeczenia to obywatel Rosji, więc my mamy umowę z Ministerstwem Rosyjskim, że w stanie nagłym byłby zwrot z Ministerstwa Rosyjskiego by zapłaciło. Ale nie mieliśmy potwierdzenia jego legalności na terenie Polski. W tym momencie nam nikt nie zapłacił a za niego było przeszło 200 000. I jeszcze zmarł ten pacjent na dodatek. No i teraz gdzieś nas któryś mecenas wpadł na pomysł, wynalazł jakąś ustawę, że kto zajął się pochówkiem, a akurat się diaspora czeczeńska zajmowała, żeby od niej może. Gdzieś była ustawa, że ten, kto się zajmuje pochówkiem też będzie kosztą ponosił. No, ale na razie nie próbujemy się kontaktować... (9.3 Szpital Administracja)

Osoby nieposiadające ubezpieczenia stanowią zróżnicowaną grupę. Są to zarówno osoby przebywające w Polsce nielegalnie jak i osoby, których pobyt w naszym kraju jest legalny, ale nie mają ubezpieczenia (choćby jak opisani w poprzednich częściach studenci zagraniczni czy obywatele krajów UE bez ubezpieczenia w kraju pochodzenia).

Często problem ten dotyczy obywateli Ukrainy, których ubezpieczenie wykupione przy składaniu aplikacji o wizę nie pokrywa całego czasu pobytu w Polsce:

No właśnie coraz większy z nimi jest problem, bo to są osoby najczęściej niestety bez żadnego ubezpieczenia. A jak mają jakieś ubezpieczenia zawierane, żeby przekroczyć granicę, to bardzo często są to jakieś takie najtańsze ubezpieczenia, które obowiązują 7 dni od przekroczenia granicy. Miałśmy taki przypadek pana z Ukrainy, który trafił do nas do szpitala na bardzo kosztowny zabieg, bo dostał zawału, a był dwa tygodnie u nas w Polsce, drugi tydzień, a ubezpieczenie obowiązywało tylko przez 7 dni od przekroczenia. (10.3 Szpital Administracja)

Jak pokazuje powyższy cytat, mimo formalnego obowiązku posiadania ubezpieczenia w związku z przyjazdem do Polski, część Ukraińców nie posiada ubezpieczenia na cały okres pobytu. Tymczasem nagle zagrożenie zdrowotne (jak np. zawał mięśnia sercowego) może wydarzyć się w dowolnym momencie pobytu.

Część pacjentów nieposiadających ubezpieczenia zdrowotnego to osoby pracujące bez umowy. Co interesujące niekiedy pracodawcy zatrudniający pracowników „na czarno” w sytuacji choroby ponoszą koszty leczenia jak w sytuacji opisanej przez pielęgniarkę pracującą w jednej z badanych przychodni:

Zdarzają się tacy pacjenci przy sytuacjach nagłych. Zdarzała się taka ostatnio sytuacja, Ukrainka została ugryziona przez psa bodajże, nie wiem, czy przez kota, czy przez psa, ale zwierzę. No to wtedy pracodawcy się po prostu czują w obowiązku, że płacą za wizytę. Przyjeżdżają z taką osobą i uiszczają opłatę za wizytę płatną, jak wiedzą, że sami nie płacą ZUS-u. No takie sytuacje się zdarzają. (4.4 POZ Pielęgniarka)

Warto zwrócić uwagę, że powyższe zachowanie może wiązać się z kalkulacją prowadzoną przez pracodawców i pracowników, iż bardziej opłacalne jest sporadyczne pokrywanie wydatków na leczenie w sytuacji nagłej od ponoszenia stałych kosztów związanych z legalnym zatrudnieniem. Być może nawet takie rozwiązanie może być nieformalnie uzgodnione między stronami, może wynikać także z „poczucia obowiązku” pracodawcy (jak interpretowała sytuację respondentka). Jednocześnie w opisanej przez pielęgniarkę historii problem medyczny pacjenta wiązał się przypuszczalnie ze stosunkowo niewielkimi kosztami (tj. oczyszczenie i opatrzenie rany, profilaktyka poekspozycyjna w związku z ryzykiem wścieklizny oraz szczepionka przeciw tężcowi, ewentualnie wykonanie RTG). Warto zauważyć, iż zdarzają się także sytuacje, w których pracodawcy nie udzielają pomocy

przedmedycznej swoim nielegalnie zatrudnionym pracownikom, narażając ich na utratę życia i zdrowia, jak było w nagłośnionych medialnie przypadkach⁷⁴.

9.3.9 Dzieci i kobiety w ciąży

Wśród osób nieubezpieczonych szczególną grupę stanowią kobiety w ciąży i dzieci. Jak opisano w podrozdziale 1.3, na podstawie obowiązującego w Polsce prawa zdrowie tych osób powinno być objęte szczególną ochroną. Jednak w praktyce dzieci i kobiety w ciąży bez obywatelstwa polskiego nie mają prawa do bezpłatnej opieki. Obecny stan prawny prowadzi niekiedy do sytuacji, jak opisany przez jedną z respondentek przypadek, gdy nie były refundowane świadczenia udzielone dziecku przebywającemu pod opieką Domu Małego Dziecka:

Kiedyś był taki przypadek bardzo dawno temu, że z Domu Małego Dziecka było dziecko, chyba czeczeńskie, zabrane matce, bo matka była w więzieniu. I zachorowało. Ponieważ Dom Małego Dziecka ma z nami takie porozumienie, że te dzieci przychodzą do lekarza do nas do przychodni, więc przyszło to dziecko i było leczone, ale potem myśmy nie mogli tego rozliczyć. (...) I myśmy wystawili tam fakturę, ale oni nie chcieli nam zapłacić za to dziecko w Ministerstwie Zdrowia, bo powiedzieli, pamiętam, bo ja z nimi rozmawiałam przez telefon, że to dziecko to jest dziecko czeczeńskie, czyli nie obywatel Polski i ustawa o tym, że wszystkie dzieci do 18 roku życia, a uczące się do 26 roku życia, obejmuje tylko dzieci polskie. Ja mówię, że tu jest sytuacja taka, że to dziecko jest w naszym Domu Małego Dziecka, czyli że żyje z naszych podatków przecież, bo nikt na niego nie płaci. I nie było uprosć, Dom Małego Dziecka, zapłacił za leczenie tego dzieciaka. (1.3 POZ Administracja)

Taka sytuacja prowadzi do uznaniowości opieki udzielanej dzieciom. W jednej z przychodni stwierdzono, że pod stałą opieką przychodni znajduje się około dziesięcioro dzieci pochodzenia rumuńskiego, nieobjętych ubezpieczeniem. Jak stwierdziła osoba odpowiedzialna za rozliczenia:

Pan kiedyś w NFZ-ecie powiedział na infolinii, że to jest do decyzji lekarza, czy uważa, że powinien przyjąć dziecko chore, które nie ma ubezpieczenia. (8.3 POZ Administracja)

Jest to sytuacja, w której odpowiedzialność za umożliwienie realizacji praw dziecka do opieki medycznej jest zepchnięta na osobę lekarza. Pracownicy medyczni oraz placówka są

⁷⁴ W styczniu 2018 r. na terenie zakładu w pobliżu Środy Wielkopolskiej zasłabła nielegalnie zatrudniona w zakładzie Ukrainka. Pracodawca zamiast udzielić pierwszej pomocy wywiózł kobietę poza teren zakładu a następnie wezwał pogotowie informując, iż na przystanku leży pijana osoba. Jak się później okazało kobieta miała udar. Mężczyźni postawione zostały zarzuty(209). W czerwcu 2019 r. pracownik z Ukrainy stracił przytomność w czasie pracy w fabryce niedaleko Nowego Tomyśla. Powiadomiona o tym fakcie właścicielka firmy, w której nielegalnie pracował, zabroniła pozostałym pracownikom wzywać pogotowie, a mężczyznę porzuciła w lesie. Mężczyzna zmarł, a kobieta została zatrzymana pod zarzutem nieumyślnego spowodowania śmierci(210).

zmuszone do ponoszenia kosztów takich świadczeń. Wyraźny jest tu brak rozwiązań systemowych, które zagwarantowałyby prawo wszystkich dzieci – bez względu na ich obywatelstwo – do opieki zdrowotnej.

Warto też zwrócić uwagę, że mimo, że kierownictwo badanej przychodni zgodziło się na przyjmowanie dzieci bez możliwości zwrotu kosztów leczenia, nie mają one dostępu m.in. do refundowania kosztów leków.

9.3.10 Podsumowanie

Warunki ubezpieczenia cudzoziemców różnią się od warunków ubezpieczeń pacjentów obywatelstwa polskiego. W przypadku pacjentów posiadających numer PESEL, proces weryfikacji w systemie eWUŚ jest dużo prostszy – system na podstawie numeru PESEL automatycznie wskazuje czy dana osoba jest ubezpieczona bez potrzeby uzupełniania przez pacjentów dodatkowych dokumentów np. potwierdzających wpłacenie składek przez pracodawcę. Z tego punktu widzenia pozytywnie należy ocenić wprowadzenie ułatwień dla obcokrajowców w uzyskiwaniu numerów PESEL.

Wielu pracowników rejestracji i administracji, zwłaszcza pracujących w placówkach, gdzie cudzoziemcy zgłaszają się często (czyli dużych, warszawskich szpitalach lub przychodniach znajdujących się blisko skupisk cudzoziemców), doskonale orientuje się w warunkach ubezpieczenia dla poszczególnych grup migrantów. Jednak w rzadziej odwiedzanych placówkach można zauważyć brak znajomości zasad ubezpieczenia w przypadku cudzoziemców, których obowiązują inne zasady niż obywateli polskich. Nawet w przypadku stosunkowo długo obowiązujących zasad ubezpieczenia – takich jak EKUZ – nie we wszystkich placówkach pracownicy mieli jasność, co do przysługujących cudzoziemcom świadczeń. Może to prowadzić do sytuacji, w którym chorujący migranci nie będą otrzymywać należnej im pomocy (np. skierowania na dodatkowe badania lub możliwości wizyty kontrolnej). Wskazuje to na konieczność ciągłej edukacji w zakresie praw i zasad dotyczących ubezpieczenia migrantów. Wydaje się, że pomocne byłoby stworzenie wiarygodnego i przyjaznego źródła informacji dostępnego zarówno dla świadczeniodawców i świadczeniobiorców, gdzie mogliby oni uzyskać informację dotyczącą warunków udzielania świadczeń.

Dużym problemem zgłaszanym przez placówki byli pacjenci - cudzoziemcy nieubezpieczeni. Placówki, do których osoby takie trafiają muszą samodzielnie pokrywać koszt ich opieki, nierzadko bez możliwości uzyskania zwrotu poniesionych wydatków. Szczególnie w przypadkach chorych wymagających kosztownej diagnostyki i terapii może to prowadzić do dużego obciążenia finansowego szpitali. Na koniec należy jeszcze raz podkreślić problem związany z brakiem ubezpieczeń dzieci i kobiet w ciąży. Rozwiązania prawne obowiązujące obecnie nie gwarantują bezpłatnej opieki dla tych grup pacjentów.

Należy zauważyć, iż na problem braku rozliczenia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych pacjentom w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia zwróciła uwagę także NIL. Według szacunków NIL roczne koszty udzielania świadczeń nieubezpieczonym cudzoziemcom wynoszą ponad 25 mln zł. (zob. 1.1.3). Należy się spodziewać, iż w miarę zwiększania się liczby migrantów przyjeżdżających do Polski koszty te będą się zwiększać.

9.4 Specyficzne problemy medyczne dotyczące cudzoziemców w opinii respondentów

Jak opisano w części teoretycznej, pewnego rodzaju problemy medyczne mogą występować częściej w populacji migrantów. W trakcie wywiadów prowadzonych z członkami zespołów terapeutycznych zajmujących się cudzoziemcami (lekarzami i pielęgniarkami) zadano im pytania dotyczące takich problemów. Połowa z osób stwierdziła, że nie spodziewałaby się, aby jakieś schorzenia występowały częściej w tej grupie pacjentów. Należy pamiętać, że większość badanych miała sporadyczny kontakt z cudzoziemcami i jak zauważyli niektórzy z respondentów, było ich za mało, aby wyciągać jakieś uogólnienia dotyczące chorób, z którymi się zgłaszają. Niemniej jednak pewne problemy medyczne pojawiały się w wywiadach, jako schorzenia występujące częściej wśród cudzoziemców.

9.4.1 Choroby zakaźne

Choroby zakaźne (choroby tropikalne, gruźlica, HIV) były najczęściej wymieniane jako problemy medyczne, które mogą występować w przypadku migrantów. Większość respondentów stwierdziła jednak, że w swojej praktyce nie zauważyli, aby cudzoziemcy częściej zgłaszali się z objawami takich chorób niż obywatele Polski (takie opinie wyraziło wprost 9 lekarzy). Dwóch lekarzy stwierdziło, że są bardziej wyczuleni na możliwość

występowania gruźlicy wśród migrantów pochodzących z krajów byłego ZSRR. Ponadto pielęgniarka pracująca w przychodni, w której znaczną część pacjentów stanowili obywatele Wietnamu stwierdziła, że według niej większa jest liczba nosicieli HBV wśród tych pacjentów.

9.4.2 Urazy

Sześcioro z osób udzielających świadczeń stwierdziło, że według nich cudzoziemcy częściej trafiają do szpitali z urazami, w tym trzy osoby zauważyły, że częściej zdarzają się w ich przypadku wypadki przy pracy.

Jeżeli chodzi o moją pracę w pogotowiu, to jeżeli są jakieś wypadki na budowie, czy w tych zawodach, gdzie jest jakieś zagrożenie, to częściej właśnie osoby z Ukrainy, Europy Wschodniej, Białorusi. Częściej się wyjeżdża do tych pacjentów, bo oni zajmują te stanowiska, które u nas nie mają powodzenia - jakiś pomocnik murarza, czy inny zawód budowlany. (10.1. Lekarz, szpital)

9.4.3 Zaburzenia psychiczne

Trzech lekarzy zwróciło uwagę na problemy psychiczne, które pojawiają się wśród pacjentów – migrantów. Jeden z lekarzy opowiadał o doświadczeniach związanych z leczeniem dysydentów z Turcji, którzy w swoim kraju byli ofiarami tortur:

Uszkodzenia narządów, choroba wrzodowa, stresy pourazowe. Poza tym też takie odchylenia psychiczne, bo ci pacjenci byli prześladowani, tam torturowani no i trzeba było... ja jako internista może nie mam aż tak dużych uprawnień, ale też leczyłem te osoby przeciwdepresyjnie, bo też mam znajomych lekarzy. Konsultowałem się i leczyłem ich też na zespół stresu pourazowego i na zespół depresyjny. (10.1 Lekarz, szpital)

Jak pokazuje powyższa wypowiedź, przypadki osób z doświadczeniem przemocy i tortur wymagają szczególnego podejścia pracowników medycznych oraz otoczenia opieką interdyscyplinarnego zespołu. Problemem w przypadku tych pacjentów może być wiele współwystępujących schorzeń, jak również współwystępujące zaburzenia psychiczne.

Z kolei inny z respondentów stwierdził, że wielu pacjentów przebywających stosunkowo krótki czas w Polsce, zgłasza się na SOR z objawami mającymi podłoże psychosomatyczne. Lekarz zwrócił uwagę na kilka czynników stresogennych mających wpływ na samopoczucie tych chorych: obawa o bliskich w kraju pochodzenia, trudność do adaptacji do nowej sytuacji, izolacja społeczna:

Oni generalnie są trochę emocjonalnie rozhamowani. Na pewno. Bo sam fakt tego, że oni przebywają tutaj, a rodzina jest w tym wypadku na Ukrainie, na pewno powoduje, że ci pacjenci są bardziej nakręcani, są bardziej pobudzeni. Zdarza się, że przeważnie są to pacjenci około pięćdziesiątki, 55 lat, bo ciśnienie skoczyło, albo nerwy, bo czerwony. Jeżeli przebywają ileś miesięcy tutaj, rodzina jest tam, na tej Ukrainie coś się dzieje jak się dzieje, więc cały czas są w nerwach, bo też to oglądają, bo też to słuchają. Więc na pewno można powiedzieć, że takie zaburzenia lękowe, adaptacyjne myślę, że u nich na pewno występują. Podejrzewam, że większość z nich swobodnie mogłoby na lekach uspokajających czy przeciwlękowych być ustawieni. (16.1 Lekarz Szpital)

Ciekawe spostrzeżenia sformułował lekarz pracujący w jednej z podwarszawskich miejscowości, do którego często zgłaszali się pacjenci pochodzący z Czeczeni, oczekujący na przyznanie statusu w ośrodku dla cudzoziemców. Problemy psychiczne występujące u tych pacjentów wiązał on nie tyle z doświadczeniami z kraju pochodzenia, co z obecną sytuacją tych chorych. Ciekawym wątkiem poruszonym przez lekarza jest wpływ kultury i przekonań religijnych pacjenta na obraz kliniczny, jaki przybierze psychoza. Dodatkowo interesujące jest przypuszczenie lekarza, że niektórzy pacjenci nie trafiają do lekarzy medycyny konwencjonalnej, ale w przypadku tego typu problemów, korzystają z pomocy duchownych:

MS: Czy jeżeli chodzi o tych Czeczeńców (przyjeżdżających z ośrodków), to czy jakieś inne, szczególne problemy się pojawiają?

R: Opętanie u nich jest dość częste. (...)

MS: Co pan przez to rozumie, przez opętanie? Czyli jakieś psychozy? Stany psychotyczne?

R: Tak, tak. Ale rzadko korzystają wtedy z pomocy lekarskiej. Albo z pomocy imama.

MS: I z czym to jest związane według Pana Doktora?

R: Z religią chyba. I z obciążeniem psychicznym, bo to są chyba problemy depresyjne. W ten sposób objawiają się.

MS: To może być syndrom stresu pourazowego?

R: Nie tam - stres pourazowy u tych, którzy tu są. To są cwaniaczki na ogół. (...) Cześć z nich na pewno (ma jakieś traumatyczne doświadczenia), bo w tej wojnie brali udział wszyscy tam u nich, tak? Natomiast tu, duża część tych Czeczeńców, trafiają tu nie z powodów wojny i następstw wojny. Tylko z pogoni za dobrym życiem. Bo który z nich jest tak naprawdę jakimś uchodźcą wojennym? Większość to jest zarobkowym.

MS: No i częściej występują u nich jakieś stany depresyjne, tak?

R: Ta. Zmiana otoczenia, środowiska. Nieprzystosowanie do tego. Oni sobie nie zdają sprawy, jak to wygląda. Poza tym oni nie przyjechali do Polski osiąść, tylko planowali osiąść w Niemczech, w Austrii. I tam próbują cały czas uciekać. Tak to wygląda, no. Za socjałem idą, a nie za Polską, która jest do dupy. Mówiąc krótko. Relanium na nich działa szybko i skutecznie. Natomiast na ogół takich chorych oni zabierają sobie do imama, czyli tego ich przywódcy religijnego miejscowego. I odganiają złe duchy przy pomocy klątw. (13.1 Lekarz, szpital)

Należy zauważyć, iż powyższą wypowiedź powinno się traktować jako spekulacje lekarza dotyczące interpretacji objawów chorobowych jako opętania. Warto byłoby skonfrontować tę wypowiedź z badaniami przeprowadzonymi wśród migrantów, aby ocenić, czy rzeczywiście jednym z zachowań podejmowanych w sytuacji choroby jest proszenie o interwencję przywódców duchowych. Nie można jednak wykluczyć, iż rzeczywiście w przypadku tych pacjentów kultura może odgrywać rolę czynnika patoplastycznego (zob. podrozdział 3.1.2).

9.4.4 Leczenie niekonwencjonalne

Większość rozmówców stwierdziła, że nie wie nic o korzystaniu z cudzoziemców z medycyny tradycyjnej lub w ich opinii pacjenci nie korzystają z tego rodzaju metod. Prócz wyżej przytoczonego przykładu dotyczącego pomocy osób duchownych w przypadku zaburzeń psychicznych, dwóch innych lekarzy wspominało o korzystaniu z alternatywnych metod terapii (ziołolecznictwa oraz tradycyjnej medycyny chińskiej). Jeden lekarzy stwierdził, mimo iż sam podchodzi sceptycznie do tego rodzaju medycyny niekonwencjonalnej, nie stanowi ona trudności w trakcie terapii pacjenta. Z kolei drugi z lekarzy uważał, że w niektórych przypadkach zioła używane przez pacjentów mogą mieć negatywne skutki uboczne – szczególnie niebezpieczne w przypadku dzieci.

9.4.5 Szczepienia cudzoziemców

W badanych placówkach kwestie dotyczące szczepień poruszane były jedynie przez lekarzy pediatrów pracujących w przychodniach. Lekarze zajmujących się dorosłymi lub pracujący w szpitalach stwierdzali, że nie mają wiedzy dotyczącej szczepień wśród swoich pacjentów.

Tzw. kalendarz szczepień – czyli wytyczne dotyczące wieku, w jakim podawane są poszczególne dawki szczepionek obowiązkowych - są różne w zależności od kraju. W przypadku dzieci przyjeżdżających z innego państwa konieczne jest porównanie, jakie i ile dawek szczepień ochronnych dziecko już otrzymało oraz uwzględnienie tego w dalszym postępowaniu (odpowiednio doszczepienie dziecka lub pominięcie już otrzymanych dawek). Problem ten dotyczy nie tylko dzieci cudzoziemskich, ale także urodzonych za granicą dzieci obywateli Polski.

Jednym z wyzwań w tych przypadkach jest tłumaczenie książeczek szczepień wydanych w kraju wcześniejszego pobytu dziecka. W placówkach kierowano się różnymi standardami

dotyczącymi tych tłumaczeń. W dwóch placówkach wymagano od rodziców tłumaczenia przysięgłego książeczek zdrowia dziecka. Jednak jak zauważyła lekarz pracująca w jednej z tych przychodni, nawet tłumaczenie przysięgłe nie daje pewności poprawnego tłumaczenia:

Szczepienia muszą być przez tłumacza przysięgłego przetłumaczone na polski. Tylko że tłumacz przysięgły niestety też potrafi zrobić błąd w tłumaczeniu. To nie ma żadnych gwarancji. I tu jest problem. Bo ja już tyle lat w tych szczepieniach siedzę chińskich, że już teraz to wiem różne rzeczy. Bo czasami w tej chińskiej książeczce mają nie tylko tymi chińskimi robaczkami napisane tylko też alfabetem łacińskim. I tłumacz przysięgły ewidentnie źle tłumaczył. (...) Czyli ja generalnie robię tak, że weryfikuje to tłumaczenie tłumacza przysięgłego z oryginalną chińską książeczką za każdym razem. (4.1 POZ Lekarz)

Z kolei w trzeciej przychodni do tłumaczenia książeczek szczepień podchodzono mniej rygorystycznie – lekarz pracująca w tej przychodni stwierdziła, że wystarczy tłumaczenie przez rodzica, a w razie wątpliwości kontaktuje się z wojewódzkim oddziałem Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W niektórych przypadkach – gdy nazwy szczepień zapisano po łacinie czy angielsku – tłumaczenie nie jest w ogóle wymagane.

W przypadku niektórych dzieci problemem może być brak książeczek szczepień lub niepełna informacja o szczepieniach. Jak stwierdziła lekarz pracująca ze społecznością wietnamską:

Wśród Wietnamczyków bardzo często nie możemy się doprosić dokumentacji. Znaczący ja też podejrzewam że w Wietnamie kuleje system szczepień i że dzieci są szczepione do 2 roku życia tylko. Bo my mamy dokumentację szczepień do ukończenia 2 roku życia mniej więcej a potem się urywa. I albo dzieci nie są szczepione potem w ogóle, albo może są szczepione gdzieś po szkołach... Nie ma tej dokumentacji. (4.1 POZ Lekarz)

W przypadkach braku wpisu w dokumentacji dzieci są traktowane jako nieszczepione i doszczepione. Warto zwrócić także uwagę, że aby zagwarantować dostęp do szczepień ochronnych dla tej grupy pacjentów niezbędna była organizacja tłumacza, który oferuje wsparcie tłumaczeniowe w dniu, w którym dzieci wietnamskie przychodzą na badania w związku ze szczepieniami.

W przypadku obywateli Wietnamu i Chin problemem nie stanowiła postawa rodziców wobec szczepień – jak stwierdzili pracownicy przychodni ci obcokrajowcy szczepią się chętnie, wykupując nawet szczepienia nieobowiązkowe. Innymi doświadczeniami dzielił się lekarz pracujący z mniejszością pochodzącą z Rumunii, w której zdarzają się osoby niestawiające się na szczepienia:

Ostatnio trzy osoby na zdrowe dzieci, dzieci rumuńskie, nie przyszły. Było 45 minut, prawda, zajęte na tą rodzinę, nie przyszły. Nie zadzwoniły, nie powiedziały, że nie przyjdą. (...) Trzeba ponaglać. A niektórzy w ogóle. Czy będą ponaglenia, czy coś, nie. Nie szczepią. Także tu na pewno jest problem ze szczepieniami. (8.1 POZ Lekarz)

Bez badań prowadzonych w tej grupie pacjentów trudno jednoznacznie określić, z czego wynika brak współpracy rodziców w zakresie szczepień ochronnych dzieci. Możliwe, że wiąże się to z nieufnością w stosunku do instytucji publicznych, szczególnie w związku z brakiem dostępu dzieci do bezpłatnej opieki medycznej (zob. podrozdział 9.3.9).

9.4.6 Podsumowanie

Większość pracowników opieki medycznej biorąca udział w badaniu stwierdzała, że nie spodziewałyby się, aby jakieś schorzenia występowały częściej w grupie migrantów. Niektórzy wskazywali na specyficzne problemy takie jak choroby zakaźne, jednak nie spotkali się oni z tego rodzaju problemami w swojej praktyce.

Określenie stanu zdrowia populacji cudzoziemców nie było bezpośrednim celem prowadzonych badań, jednak w trakcie ich prowadzenia w niektórych wywiadach pojawiały się problemy, które na podstawie doświadczenia klinicznego osób biorących udział w badaniu, częściej występują wśród migrantów. Mogą one stanowić wskazówki do obszarów, na jakie warto by zwrócić uwagę w dalszych analizach. Respondenci zwracali uwagę przede wszystkim na większą liczbę zgłaszanych urazów (w szczególności urazów przy pracy) oraz problemy psychiczne, które wiązali z występującym wśród migrantów zaburzeniami adaptacyjnymi. Te obserwacje pokrywają się z badaniami prowadzonymi w innych krajach opisywanymi w części 4.4.

Odrębnym problemem pozostaje kwestia szczepień – zarówno dzieci jak i osób dorosłych. W przypadku dzieci problemem jest zapewnienie poprawnego tłumaczenia książeczek szczepień. W przypadku osób dorosłych lekarze POZ nie wykazują zainteresowania przeszłością dotyczącą szczepień swoich pacjentów i ewentualną koniecznością doszczepienia ich na choroby zakaźne. Warto podkreślić, iż jest to kwestia bardzo istotna z punktu widzenia zdrowia publicznego, mająca wpływ nie tylko na stan zdrowia migrantów, ale i całej populacji.

9.5 Bariery kulturowe w trakcie opieki nad pacjentami - cudzoziemcami

W trakcie wywiadów zadawano pytania dotyczące różnic kulturowych, które mogłyby wpłynąć na opiekę nad pacjentami – cudzoziemcami. Postawy pojawiające się w wypowiedziach pracowników można podzielić na trzy główne kategorie. Poniżej przedstawiono w tabeli częstość występowania w placówkach określonych postaw:

Typ placówki	Kod placówki	Postawy wobec różnic kulturowych w opiece wyrażane przez respondentów placówek		
		Wyrażanie przekonania o braku wpływu kultury na opiekę medyczną	"Nie wiem, jakie różnice mogłyby się pojawić, ale zakładam, że mogłyby wystąpić"	Pracownicy zauważyli w swojej praktyce wpływ różnic kulturowych na sprawowanie opieki medycznej
Przychodnie POZ	1	1	1	1
	2	1		1
	3	1		
	4	1		1
	5	1	1	
	6	1		
	7	1		
	8	1		1
Szpitale	9			1
	10	1		1
	11	1		1
	12	1		1
	13		1	
	14	1	1	
	15		1	1
	16	1		
Razem		13	5	9

Tabela 21. Postawy wyrażane przez pracowników poszczególnych placówek związane z wpływem różnic kulturowych na opiekę nad cudzoziemcami. W jednej placówce różni pracownicy mogli wyrażać różne postawy (niekiedy jedna i ta sama osoba mogła wyrażać dwie postawy).

Jak wynika z tabeli najczęstszą postawą, jaką wyrażali pracownicy badanych placówek medycznych było przekonanie o braku wpływu różnic kulturowych na opiekę nad pacjentami. Taką postawę wyrażano w 13 z badanych 16 placówek. Respondenci w tych placówkach zapytani o wpływ różnic kulturowych na opiekę czy spodziewane różnice w potrzebach pacjentów związanych z religią i kulturą, przyjmowali postawę obronną. Przykładem może być wypowiedź jednej z rejestratorek, która na pytanie o wpływ kultury na leczenie potraktowała, jako oskarżenie o postawy rasistowskie:

MS: A jeśli chodzi o jakieś takie kwestie związane z religią, albo z kulturą (czy mogą mieć wpływ na leczenie)?

R: Też nie, nie jesteśmy żadnymi rasistami, nie, nie. Nic takiego się u nas nie dzieje, nie pytamy o wyznania.

MS: A czy czasem się zdarza, na przykład żeby ktoś miał jakieś inne wyznanie i miał w związku z tym jakieś inne potrzeby?

R: Nic się nie ujawniło, nigdy nie pytałam o takie rzeczy i takie rzeczy mnie nie interesowały. Interesuje mnie to, z czym kto przychodzi, czy ma jakikolwiek dokument żeby wprowadzić w system, bo, to też jest istotne i co człowiekowi dolega. Różnicy nie ma żadnej. Ten pacjent jest tak samo badany, tak samo zaopatrywany, tak samo jest mu udzielana pomoc, jak każdemu innemu człowiekowi. Nie ma czegoś takiego, że to jest obcokrajowiec i jego trzeba traktować jakoś gorzej, czy jakoś lepiej. (12.2 Szpital Rejestracja)

Nie tylko pracownicy rejestracji, ale i pracownicy bezpośrednio świadczący usługi medyczne często wyrażali przekonanie, że kultura i religia nie ma – a wręcz nie powinna mieć wpływu na ich pracę:

My pacjenta traktujemy jako pacjenta, a nie pacjenta muzułmanina, czy pacjenta chrześcijanina, czy pacjenta prawosławnego, nie rozróżniamy tutaj wiary. Patrzymy pod kątem człowieka chorego, co mu dolega, jak mu można pomóc. A jeżeli chodzi o wyznanie, czy inne statusy społeczne nas to nie interesuje. (14.1 Szpital Pielęgniarka)

Warto zauważyć, iż źródłem prezentowanych powyżej postaw jest chęć równego traktowania wszystkich pacjentów – bez względu na jego pochodzenie etniczne czy wyznanie. W przytoczonych powyżej wypowiedziach wyraża się przekonanie, iż pomijanie kwestii różnic wynikających z kultury pacjenta zabezpiecza przed zachowaniami dyskryminującymi. Należy jednak zauważyć, iż w przypadku pacjentów pochodzących z innych kręgów kulturowych brak uwzględnienia różnic może prowadzić do nieporozumień komunikacyjnych oraz trudności w trakcie diagnozy i leczenia pacjenta (zob. rozdział 3). W takich przypadkach nieuwzględnianie różnic kulturowych może prowadzić do pośredniej dyskryminacji tych pacjentów.

Sposób funkcjonowania placówek i pracowników opieki zdrowotnej dostosowany jest do potrzeb i oczekiwań polskich pacjentów – np. zalecenia dietetyczne sformułowane są z założeniem, że pacjent stosuje kuchnię europejską. Jeżeli te same zalecenia zostaną przedstawione pacjentowi, którego sposób żywienia różni się znacząco od sposobu żywienia Polaków, może się okazać, iż w rzeczywistości przedstawione mu zalecenia są nieadekwatne do jego potrzeb, nie uwzględniają religijnych zakazów i nakazów dotyczących diety, a chory nie będzie mógł ich zastosować w praktyce. W tej sytuacji pacjent - cudzoziemiec, mimo pozornie takiego samego traktowania jak pacjent – Polak, otrzymuje opiekę gorszej jakości.

Może być to przykład na to jak właśnie uwzględnienie różnic – a nie ich pomijanie – zapewnia równy, niedyskryminujący dostęp do opieki medycznej.

Postawę prezentowaną przez cytowanych powyżej respondentów można odnieść do etapów procesu nabywania kompetencji kulturowych według koncepcji Josephy Campinha-Bacote przedstawionej w podrozdziale 3.4. Postawa „nie ma żadnej różnicy” jest charakterystyczna dla pierwszego etapu – nieświadomej niekompetencji – na którym pracownicy nie dostrzegają wpływu kultury na sprawowanie opieki medycznej. Nie dostrzegając potencjalnego wpływu, jaki może mieć wyznanie i kultura na zdrowie pacjenta, jego potrzeby i oczekiwania od systemu opieki medycznej, nie starają się uwzględniać ich w swojej praktyce.

W niektórych placówkach pracownicy wyrażali postawy charakterystyczne dla kolejnego etapu zdobywania kompetencji kulturowych według Campinha’y-Bacote - świadomej niekompetencji:

Wiem, że to jest inna kultura, że możemy mieć problem. Ściana wschodnia organizowała takie szkolenia dla lekarzy czy w ogóle personelu medycznego. U nas jeszcze nie było, ale myślę, że takie szkolenia bardzo by się przydały. Taka wiedza jak nie urazić kogoś niechcący, bo czasami rozmawiamy po polsku i nieumiejętnie przerwę pacjentowi i on do tego wątku już nie wróci to, co tu dopiero bariera językowa i kulturowa.(...) Ja nie znam się na problemach kulturowych i dlatego chętnie uczestniczyłabym w takim szkoleniu. (2.3 POZ Administracja/ Dyrektor ds. pielęgniarstwa)

Warto zauważyć, iż zacytowana powyżej respondentka miała wcześniej kontakt z materiałami dotyczącymi opieki medycznej nad cudzoziemcami (broшура „Być mamą w Polsce” wydawana przez Polskie Forum Migracyjne). Wskazuje to na rolę na budowanie postaw personelu medycznego może mieć uświadamianie o możliwych różnicach kulturowych.

W ponad połowie badanych placówek pracownicy opieki medycznej przyznali, że w przeszłości spotkali się z różnicami kulturowymi, które miały wpływ na sprawowanie opieki nad pacjentami. W kolejnej części przedstawione zostały najczęściej zauważane aspekty opieki nad cudzoziemcami, wynikające z różnic kulturowych.

9.5.1 Różnice w normach dotyczących odsłaniania ciała w sytuacji badania lekarskiego

Jedną z różnic kulturowych, które ujawniały się w trakcie udzielania świadczeń obcokrajowcom są różnice w normach dotyczących odsłaniania ciała. W różnych krajach

występują różne zwyczaje dotyczące tego, w jakim stopniu pacjent powinien rozebrać się w trakcie badania lekarskiego (np. czy musi zdjąć podkoszulkę w trakcie osłuchiwania klatki piersiowej). Dla osób pochodzących ze środowisk kulturowych o odmiennym podejściu do ciała i nagości pokazywanie ciała obcym – nawet, jeśli są to pracownicy opieki medycznej - może stanowić trudność. Jak pokazuje opowieść jednej z lekarek pracującej w przychodni pacjent może nie chcieć odsłaniać ciała, mimo tego, że pacjent i lekarz są tej samej płci:

Zdarzyło mi się badać kompletnie ubraną pacjentkę kiedyś. Nie miałam z tym problemu. Zajrzałam tyle, gdzie się dało zajrzeć, a rękę ze stetoskopem wkładałam pod ubranie, gimnastykując się przy tym niebywale, bo pani miała hidżab i nawet go nie zdjęła tak żebym była w stanie jakoś migdałki zbadać, węzły chłonne obejrzyć... Jak ją poprosiłam o rozebranie się do badania, porozumiewałyśmy się w języku angielskim, poprosiłam ją o rozebranie się do badania, tak jak miała hidżab to zrobiła tak tylko (lekarzka pokazuje - lekko podniosła i odsunęła - przyp. MS). Uniosła go lekko przed sobą, niczego nie odsłaniając. (1.1 POZ Lekarz)

Warto zauważyć, że w wyżej przytoczonej wypowiedzi ukryte jest założenie respondentki, iż pacjentka unosząc hidżab nie nagięła zasad swojej kultury. Należy pamiętać, iż takie założenie nie musi być prawdziwe – możliwe, że unosząc lekko chustę i pozwalając na badanie pacjentka w jakiś sposób łamała ortodoksyjne zasady swojej religii. Przy interpretacji zachowania osób pochodzących z innej kultury, warto mieć bowiem na uwadze możliwe różnice dotyczące m.in. pojęcia „rozebrania się”. Nie jest wykluczone, iż w kraju pochodzenia pacjentki w taki właśnie sposób wykonywane jest badanie lekarskie.

Wyżej wymieniona wypowiedź wskazuje na akceptację sytuacji, kiedy pacjentka nie chciała postępować zgodnie z polskimi normami dotyczącymi odsłaniania ciała w trakcie badania lekarskiego. Jednak nie wszyscy lekarze prezentowali postawę wyrozumiałą w stosunku do niechęci pacjentów do rozbierania się. Jak stwierdziła jedna z lekarek, brak zgody na badanie na warunkach określonych przez lekarza, mógłby być dla niej podstawą do odmowy leczenia danego pacjenta:

Jeśli ktoś przychodzi to musi się zgodzić na badanie. Jeśli nie podda się badaniu fizykalnemu to nie mogę podjąć leczenia i wtedy z niego rezygnuję. Bo ja nie mogę posługiwać się innymi metodami klinicznymi niż te, których jestem nauczona i które ode mnie wymaga się. (Na przykład gdyby pacjent powiedział, że nie rozbierze się) to chyba bym podziękowała za wizytę. Bo nie można leczyć kogoś, kto się nie podda schematowi badania. Jeśli nie to trudno postawić diagnozę czy wdrożyć leczenie tym bardziej. (6.1 POZ Lekarz)

Powyższa wypowiedź wskazuje na silną obecność norm kulturowych w przyjętych zasadach dotyczących sposobu prowadzenia procesu diagnostyczno - terapeutycznego. Nauczany na uniwersytetach medycznych i stosowany w placówkach sposób prowadzenia badania i leczenia nie jest neutralny kulturowo – u jego podstaw leżą bowiem założenia charakterystyczne dla kultury europejskiej⁷⁵. Jest to dobry przykład jak traktowanie wszystkich pacjentów tak samo (tzn. bezwzględne oczekiwanie podporządkowaniu się wymogom europejskiego sposobu prowadzenia badania) może prowadzić do dyskryminacji pośredniej pacjentów wywodzących się z innych kręgów. Jednocześnie wypowiedź respondentki wskazuje na potrzebę nauki pracowników medycznych umiejętności dotyczących udzielania świadczeń osobom z innych kręgów kulturowych niż Polska - takich jak np. umiejętność prowadzenia negocjacji dotyczącej warunków diagnozy i leczenia oraz alternatywne sposoby przeprowadzenia badania.

9.5.2 Kontakt między pacjentem a pracownikiem medycznym odmiennej płci

Kolejną różnicą zauważaną przez pracowników opieki medycznej dotyczącą cudzoziemców pochodzących z kultur charakteryzujących się wymogiem zachowania dystansu pomiędzy mężczyznami a kobietami, była niechęć pacjentów do otrzymywania opieki od pracowników odmiennej płci. Dotyczyło to zarówno pacjentów - mężczyzn jak i pacjentek - kobiet. Takie podejście pacjenta może być szczególnym wyzwaniem w miejscach, w których nie ma dużej liczby zatrudnionego personelu i nie można zagwarantować udzielenia świadczeń przez pracowników obu płci:

Mam koleżankę, która pracuje w portach naszych na lotnisku, i ona właśnie mówi, że są bardzo duże różnice kulturowe, jeżeli przylatują islamiści, muzułmanie. Oni nie mogą „zdzierżyć”, że może być tylko opieka kobiet na dyżurze, bo tak się może zdarzyć. Bo są ratowniczkami i pielęgniarkami i jeszcze lekarz jest kobietą. To wtedy jest duży problem, potrafią nawet ryzykować utratę zdrowia i życia, żeby tylko nie pozwolić dotknąć się kobiecie. (10.4 Szpital pielęgniarka koordynująca)

Dla większości rozmówców potrzeba taka odczuwana przez pacjentów była postrzegana jako zrozumiała i istotne było jej respektowanie.

⁷⁵ Jednocześnie warto zauważyć, że przez dominację europejskich ośrodków akademickich nauczających medycyny, podejście takie wydaje się niekiedy jedynym, uniwersalnym podejściem w medycynie i może sprawiać wrażenie nie nacechowanego kulturowego, a opartego wyłącznie na dowodach naukowych.

Nie ma możliwości, żeby mężczyzna badał kobietę z wyznania islamskiego. To jest tam problem. Ale zazwyczaj się znajdowała kobieta. Zresztą chyba tak są ustawiane dyżury na oddziałach, żeby była kobieta ginekolog. No, też przy gwałtach, przy innych (sytuacjach), to wiadomo, że milej jest, jeśli jest to kobieta niż mężczyzna. Raz nam się zdarzyło, że było dwóch mężczyzn to w tym momencie żeśmy po prostu dzwoniли do szpitala obok z zapytaniem, czy jest kobieta ginekolog, bo po prostu trzeba zbadać z poszanowaniem dla jej kultury. (12.1 Szpital Lekarz)

Można jednak zauważyć, że potrzeba taka jest bardziej zrozumiała w wypadku pacjentek – kobiet. Sytuacja, w której mężczyźni odmawiają opieki ze strony kobiet, postrzegana być może jako wynikająca z braku wiary w profesjonalną pomoc świadczoną przez kobiety i podważanie ich autorytetu. Jak opisuje pielęgniarka naczelna z jednego szpitala:

Myślę, że to by było też frustrujące dla pielęgniarek, jeżeli byłyby w taki sposób potraktowane na dyżurze, że dlatego, że jest kobietą, i pomimo wykształcenia i doświadczenia, nie może udzielić pomocy. (10.4 Szpital pielęgniarka koordynująca)

Powyższa wypowiedź wskazuje na to, że niekiedy pojawiające się różnice kulturowe mogą dotyczyć głębokich i kontrowersyjnych problemów a także prowadzić do konfliktów kulturowych. W takich przypadkach nie wystarczy dostarczyć odpowiedniej wiedzy i umiejętności personelowi medycznemu, ale potrzebne jest także omówienie uczuć pojawiających się w związku z różnicami kulturowymi oraz wypracowanie odpowiedniej postawy wobec nich. Dostosowywania się do kultury pacjentów prowadzić może także do powstawania dylematów – takich jak opisane w kolejnej części.

9.5.3 Wpływ kulturowych ról płciowych na podejmowanie decyzji dotyczących leczenia

Szczególnie trudne i kontrowersyjne były dla pracowników opieki medycznej sytuacje, w których – przynajmniej w odczuciu personelu - warunki prowadzenia leczenia nie były określone przez pacjenta, ale przez osobę trzecią. Dotyczyło to kobiet pochodzących ze społeczności, w których to mężczyzna ma prawo decydować, co do kwestii związanych z opieką nad jego żoną, jak w sytuacji opisywanej przez jednego lekarzy z pracujących na SOR:

Przyszedł mąż z żoną. Oni byli muzułmanami no i ten mąż protestował, żeby ta żona się rozbierała, no musiałem jakoś tą pacjentkę zbadać, więc jak już doszliśmy do porozumienia, że tylko zawinie kawaleczek bluzki, żeby serca posłuchał i płuc i ciśnienie zmierzył. On zadecydował, że tu się zgłosi i on decydował dalej, jak będzie leczona, on w zasadzie decydował. Ta kobieta nie miała nic do powiedzenia. (10.1 Szpital Lekarz)

Sytuacja opisana przez lekarza, w której o leczeniu dorosłej, nieubezważnionej pacjentki decydowała osoba trzecia, może być trudna do przyjęcia dla personelu medycznego. Może potencjalnie prowadzić także do konfliktów – np. w sytuacji, gdy lekarz będzie miał podejrzenie, iż zgoda lub brak zgody na dane procedury medyczne wynika z nacisków społecznych, a nie jest samodzielną decyzją chorego.

Pracownica szpitala, w którym leczyli się cudzoziemcy przebywający w ośrodku dla cudzoziemców opisuje, że niekiedy nie tylko partner kobiety, ale i inni mężczyźni z jej społeczności wywierali wpływ na pracowników, aby opieka była sprawowana zgodnie z zasadami ich kultury:

Na przykład, jak przyjeżdżała dziewczyna ciężarna, nie było mowy żeby ją lekarz ginekolog zbadał, bo zaraz się pojawiło trzech, czterech (Czeczenców) i nie było mowy o tym żeby ją pan doktor zbadał, musiała być pani doktor. (11.2 Szpital Rejestracja)

Pracownica ta zwracała również uwagę na to, że niekiedy mężowie pacjentek uniemożliwiają pracownikom rejestracji bezpośredniej rozmowy z chorą, uniemożliwiają poprawną ocenę stanu zdrowia (np. ocenę czy pacjentka jest zorientowana w miejscu i czasie):

Kobiety się nic nie odzywały, oni mówili za nich co je boli. Także my już jesteśmy nauczeni tego, że my nie chcemy adwokata pacjenta, tylko chcemy rozmawiać z pacjentem. Nawet zwykła rozmowa jest do tego żeby zobaczyć, jaki jest stan człowieka, nawet głupie pytanie o telefon, to wiemy czy człowiek ma z tym problem, czy nie ma tego problemu. Podstawowe dane, jak adres, osoba do kontaktu, „co panią boli, jak długo panią boli”, a z rodziną dopiero później. (11.2 Szpital Rejestracja)

Powyższa wypowiedź wskazuje, iż niekiedy pojawienie się różnic kulturowych może wymagać przede wszystkim wytłumaczenia pacjentowi – lub jego rodzinie – sensu i przyczyn podejmowania określonych zachowań przez personel placówek.

9.5.4 Duża liczba osób odwiedzających

Kolejną grupą problemów zgłaszanych przez pracowników opieki medycznej w przychodniach były te związane z pacjentami pochodzenia romskiego i uczestnictwem całej rodziny w leczeniu pacjenta. Kwestie te zostały podniesione przez pracowników czterech badanych placówek. W przypadku przychodni lekarze narzekali na wchodzenie w kilka osób do gabinetu lekarskiego, a w przypadku szpitali na dużą liczbę odwiedzających chorego. Jak

wskazywali dużą liczbą gości przeszkadza zarówno pracownikom medycznym jak i innym pacjentom i ich rodzinom.

Cyganów za to mamy czasami. Ale wesoło jest zawsze z nimi, bo oni się leczą całymi rodzinami. Leży jedna osoba, a przychodzi do niej do czwartego pokolenia i wszyscy siedzą w szpitalu, z małymi dziećmi, z dziećmi przy piersi, jedzą tutaj, śpią, udzielają się towarzysko. No, oczywiście, że jest to problem. Dla każdego oddziału, w którym oni przycupną, bo oni zajmują wszystkie fotele, kanapy, podłogi i wszystkie miejsca, gdzie ewentualnie inni pacjenci mogliby sobie skorzystać. No przeganiamy, prosimy, żeby tego nie robić, żeby nie przychodzić. Ale szpital jest miejscem publicznym. To tak udają, że nie rozumieją, mówią tylko w swoim języku... Tak, to jest ciężki przypadek. (10.4 Szpital pielęgniarka koordynująca)

Jak wynika z powyższej wypowiedzi źródłem konfliktów może być charakterystyczne dla kultury romskiej udzielanie wsparcia choremu przez bliską obecność rodziny i innych członków społeczności. Niekiedy obecność licznych gości może wynikać także z nakazu uroczystego pożegnania się z umierającym (zob. podrozdział 3.2.1). Takie zachowanie może być niezrozumiałe dla personelu szpitala i prowadzić do niechęci, która może zostać pogłębiona negatywnymi stereotypami pracowników szpitala. Dodatkowym problemem, który pojawił się w wywiadach była niechęć i obawy w stosunku do tej grupy etnicznej ze strony innych pacjentów:

Od razu jest wiadomo, kiedy Cygan w szpitalu gdzieś leży, jest czarno, czarno, ich jest po prostu multum. Kobiety, jak to kobiety, po cygańsku ubrane, kolorowo, świecąco, faceci przeważnie na ciemno poubierani. Jak tutaj na dole był OIOM i na OIOM-ie Cygan leżał, to przez tomografię przejść się nie dało. Thum. Oni wszyscy, jak któryś z nich ląduje w szpitalu, oni wszyscy są w szpitalu i oni wszyscy siedzą dzień w dzień i noc. (...) Te starsze panie raczej się wtedy rozglądają, bo, to jest takie już nabyte, także jak już Cyganie się pojawiają, to zaraz coś ginie. Z tych starszych lat, jak gdzieś tak było. Młodzież generalnie... Młodzi, to wpisują coś w telefonie. Mało ich to wszystko interesuje. (11.2 Szpital Rejestracja)

Powyższe wypowiedzi wskazują na obecność uprzedzeń w stosunku do przedstawicieli kultury romskiej, które mogą zmniejszać motywację do zrozumienia pojawiających się różnic i pokonywanie barier.

9.5.5 Inne kwestie związane z różnicami kulturowymi

Pozostałe aspekty związane z różnicami kulturowymi pojawiały się w wypowiedziach sporadycznie. Najwięcej obserwacji dotyczących różnic kulturowych opisywali pracownicy przychodni 4, z której korzystała znaczna liczba pacjentów pochodzenia wietnamskiego i chińskiego. Różnice te dotyczyły m.in. zasad higieny (np. kąpiele z wykorzystaniem ziół) czy sposobu odżywiania dzieci (np. jako pierwszy wprowadzany pokarm woda z gotowanego

ryżu i rozgotowany ryż). Jak stwierdziła pediatra pracująca w przychodni większość tych zwyczajów, nawet jeśli nie jest zgodna z rekomendacjami uznanymi w Polsce, nie ma negatywnego wpływu na zdrowie, więc nie próbuje przekonać rodziców do zmiany postępowania. Wyjątek stanowił przygotowywany dla dziecka tradycyjny wywar z kości:

No może rosół u dziecka. Miałam dziecko z mega alergią i jedzące, 5-miesięczne, rosół gotowany kościach. Taki wywar z kości. I tłumaczył mi tłumacz Wietnamczyk, że u nich się tak gotuje rosół. Całą noc się gotuje kości, oczyszczone z mięsa. I mówiłam, że nie można i matka potem już się dostosowała do tych zaleceń. (4.1 POZ Lekarz)

Prócz pojawiającego się w powyższym cytacie opisie tradycyjnych praktyk związanych z żywieniem dzieci, warto zwrócić uwagę na jeszcze jeden wątek – osobę tłumacza, który w przytoczonej historii pełni rolę asystenta międzykulturowego, objaśniającego zachowanie pacjenta w kontekście zwyczajów przyjętych w danej kulturze.

Innym obserwowanym zwyczajem były zasady dotyczące zachowania się matek pochodzenia chińskiego w trakcie połogu (obowiązek pozostawania w domu przez miesiąc po porodzie, bardzo ciepłego ubrania niezależnie od warunków pogodowych, ograniczenia dotyczące możliwości kąpieli⁷⁶).

Na przykład Chińczycy mają taki jakiś obyczaj, że oni po urodzeniu miesiąc czasu nie wychodzą z domu matka i dziecko, więc często ciężko wytłumaczyć, że na przykład muszą, bo takie jest wskazanie.(...) Jak już mama przyjdzie, to po prostu jest ubrana w kurtki. Dzieci też przegrzewają. (4.4 POZ Pielęgniarka)

Pozostałe obserwacje dotyczyły częstego spóźniania się pacjentów pochodzenia azjatyckiego na umówione wizyty. Jak stwierdzili pracownicy przychodni, dopiero z czasem pacjenci zaakceptowali, że jeśli spóźnią się na wizytę mogą nie zostać przyjęci.

Powyższe cytaty wskazują na zauważanie różnic kulturowych, jednak z wypowiedzi respondentów nie wynikało, aby celowo uwzględniali oni pojawiające się różnice w postępowaniu z pacjentami (np. podejmując refleksję nad możliwością prowadzenia działań edukacyjnych związanych z niekorzystnymi dla zdrowia praktykami). W postawie wobec zauważalnych różnic przyjmowali oni raczej rolę obserwatorów.

⁷⁶ Zgodnie z przekonaniem chińskiej medycyny poród „wychładza” ciało kobiety. W związku z tym przez miesiąc po porodzie powinna ona pozostawać w domu, „wygrzewając się”: leżąc w łóżku i śpiąc, unikać kąpieli i zimnych napojów, spożywając rozgrzewające zupy i napary. W tym czasie noworodkiem zajmuje się zazwyczaj któraś z babci dziecka. Zgodnie z przekonaniem chińskiej medycyny ludowej, czas ten pozwala kobiecie na odbudowę fizycznego i psychicznego zdrowia. Tradycja ta liczy ponad 2000 lat i nazywana jest „zuoyuezi” czyli „przesiedzieć miesiąc”(77).

9.5.6 Podsumowanie

W opinii pracowników badanych placówek medycznych bariery kulturowe nie stanowią istotnej przeszkody w opiece nad cudzoziemcami. Powszechnie jest pomijanie wpływu kwestii związanych z kulturą na zdrowie i opiekę medyczną, przy czym charakterystyczna była postawa łączenia dostrzegania różnic pomiędzy pacjentami z dyskryminacją. Odnosząc się do koncepcji Campinha – Bacote znajdują się oni na etapie nieświadomej niekompetencji, nie zdając sobie sprawy z wpływu czynników kulturowych na zdrowie i proces terapeutyczny.

Może to wynikać z małej ekspozycji na cudzoziemców i w większości powierzchowny kontakt pracowników opieki medycznej z pacjentami – migrantami. Wskazywałby na to fakt, iż zdecydowanie więcej kwestii związanych z różnicami kulturowymi, zauważane zostało przez osoby na co dzień pracujące w środowisku Wietnamczyków i Chińczyków. Jedynie te osoby zwróciły uwagę na niuanse związane m.in. z różnicami dotyczącymi diety i jej wpływu na zdrowie czy medycyną tradycyjną.

Postawa tych pracowników zbliżała się do kolejnego etapu wyróżnionego przez Campinha – Bacote – świadomej niekompetencji. Dla tego etapu charakterystyczne jest zauważanie, iż czynniki kulturowe są istotne, ale brak jest wiedzy i umiejętności uwzględnienia różnic kulturowych w trakcie opieki nad konkretnym pacjentem. Taką postawę w pełni prezentowała jedna z respondentek, która miała wcześniejszy kontakt z informacjami dotyczącymi opieki nad cudzoziemcami. W postawie tej badanej można było zauważyć nie tylko świadomość istnienia różnic międzykulturowych, ale także motywację do poszerzania swojej wiedzy w tym zakresie i uwzględnienia zdobytych umiejętności w pracy zawodowej.

Kwestie związane z różnicami kulturowymi są wyraźnie zauważalne przez osoby badane dopiero, kiedy pacjenci aktywnie nie zgadzali się na określony sposób postępowania sprzeczny z ich kulturą – np. rozebranie się do badania czy udział w opiece pracowników odmiennej płci. Kolejnym obszarem, w jakim pojawiają się konflikty to opieka udzielana pacjentom pochodzenia romskiego. W tym przypadku konflikt kulturowy wynikał ze sprzeczności pomiędzy regulaminami placówek dotyczącymi odwiedzin a zwyczajami obowiązującymi w kulturze romskiej. Dodatkowo konflikt mogą potęgować negatywne uprzedzenia w stosunku do tej mniejszości.

9.6 Dotychczasowe działania dotyczące ułatwienia opieki nad cudzoziemcami

W czasie badania zadawano respondentom pytanie dotyczące dotychczas podejmowanych działań, których celem byłoby ułatwienie opieki medycznej nad cudzoziemcami – organizowanych w ramach danej placówki lub przez instytucje zewnętrzne. Część działań została opisana w odpowiednich rozdziałach (opracowanie procedury porozumienia z pacjentami obcojęzycznymi czy organizacja tłumacza języka wietnamskiego w przychodni).

Ponadto najczęstszą spotykaną formą przygotowania do obsługi cudzoziemców były szkolenia językowe z języka angielskiego dedykowane przede wszystkim osobom zatrudnionym w rejestracji. W dwóch badanych szpitalach (12 i 14) organizowane były szkolenia z medycznego języka angielskiego finansowane funduszy unijnych (w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki), dedykowane chętnym pracownikom z określonych grup wiekowych (dla osób 45+). Ponadto w dwóch placówkach takie dodatkowe szkolenia dla rejestratorek przeprowadzono w związku z przygotowaniem placówek do zabezpieczenia Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej (tzw. EURO 2012)⁷⁷.

Pozostałe działania miały charakter incydentalny: jedna z badanych osób (Dyrektor ds. pielęgniarstwa z przychodni) otrzymała na szkoleniu broszurę „Być mamą w Polsce” skierowaną do cudzoziemek w ciąży, wydawaną przez Polskie Forum Migracyjne i przekazała ją położnym pracującym w przychodni.

W niektórych z badanych placówek organizowane były także szkolenia wewnętrzne związane z wprowadzeniem kart EKUZ w 2004 roku.

Poza tym w jednej z badanych przychodni (1), która była wyznaczona, jako placówka dedykowana pielgrzymom udającym się na Światowe Dni Młodzieży w 2016 roku, przeprowadzono dodatkowe szkolenia dla lekarzy z postępowania w przypadku wystąpienia tropikalnych chorób zakaźnych.

Ciekawą inicjatywę skierowaną do cudzoziemców podjęto w przychodni 3, w której dużą część pacjentów stanowiły osoby o pochodzeniu wietnamskim. Wspólnie z tłumaczem

⁷⁷ Spośród badanych placówek w skład systemu zabezpieczającego kibiców w trakcie EURO 2012 wchodziły dwie z badanych przychodni (1 i 2) oraz dwa szpitale (9 i 16).

zatrudnionym w ramach pomocy gminy przygotowano tam informację w formie ulotki dla pacjenta, w języku wietnamskim o zasadach ubezpieczenia i sposobach zapisu do lekarza.

Prócz wyżej wymienionych działań, osoby badane nie posiadały wiedzy o żadnych działaniach związanych z opieką medyczną nad cudzoziemcami – ani skierowanych do pracowników medycznych ani do migrantów.

9.7 Oczekiwania pracowników badanych placówek dotyczące działań mających na celu ułatwienie udzielania świadczeń cudzoziemcom

Na zakończenie wywiadów badani proszeni byli o wskazanie czy i ewentualnie, jakie oczekiwania mają względem różnych podmiotów (władz placówki, prawodawców, systemu kształcenia kadr medycznych, organizacji pozarządowych) w zakresie przygotowania do udzielania świadczeń cudzoziemcom. Przedstawiane przez pracowników rekomendacje zależały od stanowiska, na którym pracowali. Pracownicy rejestracji i administracji najczęściej zwracali uwagę na brak informacji dotyczącej zasad korzystania z opieki medycznej przez cudzoziemców. Prócz tego osoby pracujące w administracji zwracały uwagę na potrzebę rozwiązania problemu finansowania świadczeń udzielonych nieubezpieczonym obcokrajowcom. Z kolei rejestratorzy i lekarze częściej oczekiwali wsparcia w komunikacji z pacjentami obcojęzycznymi. Najbardziej respondenci wyrażali zainteresowanie uczestnictwem w kursach i szkoleniach (poza kursami językowymi), choć trzy osoby stwierdziły, że korzystne byłyby zajęcia dotyczące kontaktów z pacjentem pochodzącym z innej kultury.

Wśród respondentów zdarzyli się też pracownicy, którzy uważali, że nie ma potrzeby rozwiązywania problemów związanych z obsługą pacjentów – cudzoziemców. Osoby te najczęściej argumentowały, że w systemie ochrony zdrowia są inne obszary wymagające pilnej poprawy. Wprost taka opinia została wyrażona przez trzy osoby.

Najczęściej pojawiającą się rekomendacją było zwiększenie dostępności informacji dotyczącej zasad korzystania z opieki medycznej przez cudzoziemców. Informacja taka przekazywana w postaci ulotek lub informacji internetowej powinna być dostępna dla obcokrajowców w znanych im językach. Kilku respondentów zwróciło uwagę, że warto by

uruchomić infolinię, pod którą obcokrajowcy będą mogli uzyskać informacje dotyczące ubezpieczenia.

Równocześnie osoby zajmujące się kwestią ubezpieczenia pacjenta (czyli rejestratorki i pracownicy administracji) wyrażały potrzebę dostępu do informacji skierowanych do świadczeniodawców, w postaci stron internetowych lub przewodników uwzględniających bieżące zmiany prawne w zakresie warunków udzielania świadczeń obcokrajowcom.

Nawet wystarczyłoby żeby NFZ opracował konkretną instrukcję. Są takie rozporządzenia, ale one są o wszystkim i o niczym. Wszystkie informacje są zbierane indywidualne. Powinna być taka instrukcja postępowania: jest obywatel taki a taki to bierzemy to i to. (5.3 Administracja, POZ)

Osoby zatrudnione przy rozliczaniu świadczeń udzielanych obcokrajowcom w szpitalach, zwracały uwagę na konieczność rozwiązania problemu braku ubezpieczeń przez pacjentów. Podkreślały one z jednej strony oczekiwanie lepszego egzekwowania posiadania ubezpieczenia przez cudzoziemców, a z drugiej finansowego wsparcia placówek udzielających pomocy osobom nieubezpieczonym.

Kolejnym obszarem oczekiwań pracowników badanych placówek, była pomoc przy obsłudze pacjentów obcojęzycznych. W zakresie pomocy tłumacza częściej od oczekiwania bezpośredniej obecności tłumacza, respondenci opowiadali się za tłumaczeniem telefonicznym lub za pośrednictwem tabletu. Szczególnie w jednym ze szpitali, gdzie funkcjonował pilotażowy program wsparcia komunikacji z osobami posługującymi się językiem migowym, pracownicy zauważali, że analogiczne rozwiązanie mogłoby pomóc w przypadku pacjentów obcojęzycznych. Ponadto powtarzała się także sugestia dotycząca dostępu do wzorów dokumentów (takich jak zgoda na hospitalizację, zabieg, regulamin szpitala etc.) w najpopularniejszych językach obcych.

Ponadto szczególnie pracownicy rejestracji wyrażali zainteresowanie kursami językowymi przybliżającymi podstawy języka angielskiego i rosyjskiego, z uwzględnieniem słownictwa medycznego. Zwracali jednak uwagę na konieczność takiego dostosowania trybu szkolenia, aby można było połączyć to w wygodny sposób z dyżurami w pracy.

Jedna osoba zwróciła także uwagę, że według niej wsparcie tłumaczeniowe nie powinno ograniczać się jedynie do osoby pacjenta, ale także do informowania członków rodziny –

nawet znajdujących się za granicą. Źródłem takiego przekonania były własne doświadczenia związane z chorobą męża, w trakcie pobytu za granicą:

Potrzebna jakaś komunikacja szpitala z rodziną, która jest gdzieś tam, poza granicą Polski (...) Mam taki przykład mojego męża. On wyjechał do pracy do Niemiec i się rozchorował wyładował na OIOM, był nieprzytomny. Ze względu na to, że pracodawca miał jego dane, numer telefonu, przekazał to w szpitalu i co drugi dzień ze szpitala dzwoniono do mnie i informowano o stanie zdrowia mojego męża. W języku polskim, tam, ze szpitala z Niemiec, dzwoniła do mnie pani w języku polskim, informując mnie o stanie zdrowia mojego męża, gdzie ja, dzwoniąc po prostu bym się w żaden sposób nie skomunikowała. (12.2 Rejestracja Szpital)

Niektórzy z respondentów uważali, że problem pacjentów obcojęzycznych rozwiązałyby wyznaczenie odrębnych placówek, w których chorzy ci mogliby mieć kontakt z lekarzami posługującymi się językami obcymi. Takie rozwiązanie dotyczyć miałyby przede wszystkim podstawowej opieki zdrowotnej. Z kolei w placówce, w której większość migrantów stanowili pacjenci pochodzący z Wietnamu lekarz wyraziła wątpliwość, czy obcokrajowcy korzystaliby z tego rodzaju dedykowanych im zakładów, biorąc pod uwagę dotychczasowe doświadczenia z placówką prowadzoną dla Wietnamczyków:

Przy centrum chińskim jest przychodnia, gdzie są tłumacze. Ich przychodnia - chińsko-wietnamska. (...) Ci, co nie są ubezpieczeni to też często wolą do nas przyjść i to z różnych przyczyn, ja kiedyś słyszałam wersję, że Wietnamczycy tam się boją chodzić bo uważają, że to wywiad wietnamski. (4.1 Lekarz POZ)

Na zakończenie warto jeszcze dodać o problemie poruszonym przez lekarza w jednej z przychodni – tj. wydłużenia czasu wizyty. Jak stwierdziła lekarz, obsługa pacjentów cudzoziemców zajmuje więcej czasu niż obsługa Polaków, co nie jest uwzględniane w obecnym systemie:

Na normalne przyjęcie pacjenta to jest teoretycznie 15 minut. Często to jest dużo, dużo za mało na pacjenta, który jest, przepraszam, że tak powiem, kumaty. (...) Często te 15 minut na osobę mówiącą szybko po polsku, szybko się rozbierającą, szybko się ubierającą, to jest dużo za mało. Więc myślę, że taka wizyta dla osoby niemówiącej po polsku, po pierwsze powinna być dłuższa, od tego zacznijmy. Bo 15 minut to już sama bariera językowa, o bariery kulturowej nie będę wspominać, chociażby utrudnione badanie przez ubranie. (1.1 Lekarz POZ)

Warto zwrócić uwagę na tę ostatnią wypowiedź – aby pokonać bariery pojawiające się w trakcie udzielania świadczeń cudzoziemcom konieczne jest poświęcenie odpowiedniego czasu na rozmowę i kontakt z chorym i jego rodziną. Rozmowa, w trakcie, której prowadzone jest tłumaczenie, zajmuje więcej czasu niż rozmowa prowadzona bezpośrednio. Zrozumienie

kultury pacjenta wymaga zbudowania zaufania i zebrania informacji wykraczających poza standardowy wywiad lekarski. Przeprowadzenie badania i zaproponowanie adekwatnego leczenia zgodnego z wymogami kultury i religii chorego może wymagać poprowadzenia negocjacji z pacjentem i jego rodziną. Może się okazać, iż brak czasu pracowników medycznych jest jednym z kluczowych czynników ograniczających możliwości pokonania barier w opiece nad cudzoziemcami. Z tego powodu konieczne jest uwzględnienie tego czynnika przy przygotowywaniu rekomendacji.

9.8 Podsumowanie wyników badań jakościowych

Celem prowadzonych badań jakościowych było odtworzenie przebiegu opieki nad pacjentami – cudzoziemcami w placówkach medycznych. W badaniu uwzględniono trzy podstawowe etapy udzielania świadczeń pacjentom: rejestrację, konsultację medyczną i rozliczenie świadczenia. Dzięki wyborowi respondentów obsługujących chorych na tych trzech etapach stało się możliwe dokładne przeanalizowanie najważniejszych barier w opiece nad migrantami oraz sposobów, w jaki pracownicy i instytucje próbują na nie odpowiedzieć.

W ocenie pracowników rejestracji ZOZ uwzględnionych w badaniu, cudzoziemcy korzystają z usług placówek co najmniej kilka razy w miesiącu (wszyscy pracownicy rejestracji ocenili częstość kontaktu z obcokrajowcami na kilka razy w miesiącu lub częściej). Zgodnie z opinią rejestratorek w szpitalach w Warszawie, świadczenia udzielane takim pacjentom są codziennością – wszystkie stwierdziły, że na każdym dyżurze obsługują pacjentów - migrantów.

Chociaż w Polsce brakuje systemowych odpowiedzi na wyzwania związane z udzielaniem świadczeń cudzoziemcom, badanie wskazuje na poszukiwanie rozwiązań oraz wypracowywanie schematów postępowania w sytuacji konieczności udzielania świadczeń obcokrajowcom na poziomie pracowników oraz poszczególnych placówek. Systemowo prowadzone były także działania związane z przygotowaniem do wydarzeń, w czasie których spodziewano się zwiększenia liczby obcokrajowców (np. EURO 2012). Rozwiązania te mogą stanowić interesujący przyczynek do szukania możliwych odpowiedzi systemowych w przyszłości.

Prowadzone wśród personelu placówek medycznych badanie wskazuje, że główne obszary trudności w udzielaniu świadczeń obcokrajowcom w percepcji pracowników ZOZ to porozumienie z pacjentami obcojęzycznymi (takie opinie wyraziło 29 badanych osób) oraz dostęp cudzoziemców do ubezpieczenia (w tym refundacja świadczeń udzielanych osobom nieubezpieczonym) (ten obszar został określony jako generujący największe problemy przez 10 badanych).

Umożliwienie porozumienia językowego jest niezbędne do zapewniania bezpieczeństwa pacjenta, poprawnego zebrania wywiadu z chorym, przekazania zaleceń medycznych a także realizacji jego praw: zwłaszcza prawa do informacji i wyrażenia świadomej zgody na prowadzone procedury medyczne. W opinii rejestratorek medycznych i lekarzy bariera komunikacyjna stanowi największą trudność w czasie udzielania świadczeń.

Wyniki badania wskazują na niedostateczne przygotowania placówek opieki medycznej w województwie mazowieckim do udzielania świadczeń pacjentom obcojęzycznym – brak jest funkcjonujących na poziomie placówek lub ogólnosystemowych skutecznych propozycji rozwiązania problemów pojawiających się w trakcie udzielania pomocy medycznej. Niektóre szpitale posiadają sformalizowaną procedurę dotyczącą postępowania w przypadku chorych nieporozumiewających się w języku polskim, jednak jej praktyczne wykorzystanie przez personel nie zawsze jest możliwe. O ile, według relacji badanych, zazwyczaj można znaleźć w placówce (szczególnie w przypadku szpitali) osobę porozumiewającą się w najczęstszych językach – angielskim, ukraińskim i rosyjskim – komunikacja w pozostałych językach jest bardzo utrudniona. Większość tłumaczeń w placówkach medycznych prowadzona jest przez tzw. tłumaczy *ad hoc*, a więc przez osoby nieprzygotowane do wypełniania tego rodzaju roli – rodzinę i znajomych pacjenta. Rodzi to wątpliwości związane z jakością tego rodzaju tłumaczeń oraz problemy z zachowaniem poufności.

Obowiązek organizacji tłumaczenia najczęściej zostaje przerzucony na osobę pacjenta. Pracownicy placówek medycznych – zwłaszcza przychodni – wręcz wymagają od pacjentów przyprowadzenia tłumacza. Obecna sytuacja rodzi nierówność pacjentów w dostępie do świadczeń – ubezpieczony pacjent obcojęzyczny nie ma zagwarantowanego bezpłatnego dostępu do świadczeń - zgłaszając się do placówki medycznej nie może mieć pewności, czy

otrzyma należyte świadczenia, czy będzie mógł się skomunikować z personelem przychodni nawet w popularnych językach - angielskim czy rosyjskim.

Potwierdzają to badania prowadzone wśród studentów ED MUW, również dla pacjentów – nawet biegle posługujących się językiem angielskim - porozumienie z personelem medycznym stanowi problem. 31% studentów stwierdziło, iż nie było zadowolonych z komunikacji z pracownikami placówek, z którymi mieli kontakt. Ponadto wśród badanych znalazła się osoba, której odmówiono świadczenia właśnie z powodu braku możliwości porozumienia.

Wyrażane przez pracowników placówek trudności związane z dostępem do ubezpieczenia medycznego koncentrują się wokół dwóch przeszkód – niedostatecznej informacji dotyczącej zasad ubezpieczenia obcokrajowców oraz refundacji świadczeń dla osób nieubezpieczonych.

Warunki ubezpieczenia cudzoziemców różnią się od warunków ubezpieczeń pacjentów obywatelstwa polskiego, a wiedza dotycząca zasad ubezpieczenia jest niewystarczająca zarówno wśród personelu jak i pacjentów. Może to prowadzić do sytuacji, w którym migranci nie będą otrzymywać należytej im pomocy (np. skierowania na dodatkowe badania lub możliwości wizyty kontrolnej). Wskazuje to na konieczność ciągłej edukacji w zakresie praw i zasad dotyczących ubezpieczenia migrantów. W opinii uczestników badania, pomocne byłoby ułatwienie dostępu do rzetelnych informacji dotyczących zasad ubezpieczenia skierowanych zarówno do świadczeniodawców i świadczeniobiorców. Jednocześnie szansą na pozytywną zmianę dotyczącą weryfikacji uprawnień do świadczeń jest upowszechnienie posiadania numeru PESEL przez cudzoziemców, co umożliwia weryfikację ich uprawnień w systemie eWUŚ.

Uzyskane wyniki są spójne z wynikami badań prowadzonych wśród pacjentów – studentów ED MUW. Dostęp do informacji dotyczącej korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej był dla nich także istotną barierą. Aż 65% studentów oceniło swoją wiedzę o systemie opieki zdrowotnej, jako niewystarczającą by wiedzieć, jaką pomoc i gdzie mogą uzyskać, a 55% stwierdziło, iż miało w przeszłości trudności z otrzymaniem pomocy medycznej z powodu braku znajomości sposobu funkcjonowania polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Istotnym problemem zgłaszanym przez pracowników administracyjnych szpitali była refundacja świadczeń udzielanych w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia pacjentom

nieubezpieczonym. Konieczność podjęcia intensywnych działań diagnostycznych lub wdrożenia zaawansowanych procedur medycznych, może nieść za sobą znaczne koszty dla placówek. Windykacja zaległych płatności w przypadku obcokrajowców jest bardzo trudna, a często niemożliwa. W takich wypadkach szpitale często nie mają możliwości uzyskania zwrotu poniesionych wydatków. Brak ubezpieczenia dotyczy także grup, których zdrowie powinno być objęte szczególną opieką – dzieci i kobiet w ciąży.

Pozostałe problemy poruszane w analizie – czyli specjalne potrzeby medyczne cudzoziemców oraz różnice kulturowe – nie były w znacznym stopniu postrzegane jako bariera w udzielaniu świadczeń medycznych. Powszechnie jest pomijanie wpływu kwestii związanych z kulturą na zdrowie i opiekę medyczną. Oceniając kompetencje badanych pracowników zgodnie z koncepcją nabywania kompetencji kulturowych Josephy Campinhy-Bacote większość badanych była na etapie nieświadomej niekompetencji, nie dostrzegając wpływu kultury na sprawowanie opieki medycznej i nie odczuwając konieczności uwzględnienia różnic międzykulturowych w opiece. W niektórych placówkach pracownicy wyrażali postawy charakterystyczne dla kolejnego etapu zdobywania kompetencji kulturowych według Campinha'y-Bacote - świadomej niekompetencji.

Większość pracowników placówek medycznych zauważała wpływ kultury na udzielanie świadczeń dopiero w sytuacji, kiedy pacjenci aktywnie nie zgadzali się na określony sposób postępowania sprzeczny z ich kulturą – np. rozebranie się do badania czy udział w opiece pracowników odmiennej płci, lub (jak w przypadku pacjentów pochodzenia romskiego) zachowanie zgodne z normami danej społeczności stoi w sprzeczności z zasadami panującymi w placówce. Jedynie w ośrodku, w którym znaczna część pacjentów miała pochodzenie wietnamskie lub chińskie, pracownicy mieli świadomość szerszego wpływu kultury na zachowania związane ze zdrowiem.

Także ewentualne różnice dotyczące potrzeb zdrowotnych nie były powszechnie zauważane przez badanych. W trakcie rozmów pojawiły się jednak pewne problemy, które na podstawie doświadczenia klinicznego osób biorących udział w badaniu, częściej występują wśród migrantów – tj. urazy (zwłaszcza urazy przy pracy) oraz zaburzenia psychiczne. Odrębnym problemem pozostaje kwestia szczepień, które wymagają uwzględnienia konieczności

tłumaczeń dokumentacji medycznej jak również odmiennych kalendarzy szczepień obowiązkowych w krajach pochodzenia pacjentów.

ROZDZIAŁ 10. DYSKUSJA

Statystyki ostatnich lat dotyczące migracji w Polsce i na świecie wskazują, że liczba osób podróżujących z różnych przyczyn do innych krajów stale się zwiększa. Oszacowanie dokładnej liczby cudzoziemców przebywających czasowo i stale w Polsce nie jest możliwe. Według danych UdSC, w 2018 r. prawie 400 tyś. cudzoziemców posiadało ważne karty pobytu w Polsce(2). Z kolei w badaniach prowadzonych przez NBP szacuje się, że w 2017 r. liczba pracowników z zagranicy przebywająca w Polsce wyniosła około miliona osób, z czego prawie 90% stanowili obywatele Ukrainy(6). Obecne trendy demograficzne pozwalają przypuszczać, iż liczba cudzoziemców w ogólnej populacji w następnych latach będzie się zwiększać, choć zmiany społeczne i ekonomiczne wywołane epidemią SARS-CoV-2 mogą przełożyć się na statystyki dotyczące migracji. Obecnie za wcześnie jednak by stwierdzić jak pandemia wpłynie na globalne przepływy ludności i czy wpływ ten okaże się trwały w nadchodzących latach.

Cudzoziemcy przyjeżdżający do Polski to wyzwanie dla polskiego systemu opieki zdrowotnej. Konieczność zapewnienia im odpowiedniego dostępu do świadczeń wynika z kilku czynników. Po pierwsze wielu z nich posiada prawo do korzystania z publicznego systemu opieki zdrowotnej np. na podstawie ubezpieczenia w NFZ lub uprawnień wynikających z porozumień międzynarodowych, a w związku z tym powinni mieć zapewniony dostęp do opieki medycznej i możliwość realizacji praw pacjenta jak inne osoby ubezpieczone. Po drugie w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia zakłady lecznicze i pracownicy opieki medycznej są ustawowo zobligowane do udzielenia pomocy medycznej każdemu potrzebującemu^{78, 79}. Wreszcie jak wskazują analizy i badania, objęcie opieką zdrowotną – przynajmniej w pewnym zakresie - wszystkich przebywających na danym terenie jest racjonalnym rozwiązaniem z punktu widzenia interesu ekonomicznego systemu opieki oraz zdrowia publicznego (8,28–30). Ten ostatni argument stał się szczególnie ważny w kontekście doświadczeń wynikających z rozwoju epidemii wirusa SARS-CoV-2. Rozprzestrzenienie się choroby zakaźnej takiej jak COVID-19, wskazuje jak istotne jest zapewnienie dostępu do skutecznej opieki zdrowotnej wszystkim osobom przebywającym na

78 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 z późn. zm.)

79 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn.zm.)

danym terenie – bez względu na ich pochodzenie czy obywatelstwo. Rozszerzenie profilaktyki i podstawowej opieki zdrowotnej na osoby nieubezpieczone, przekłada się na poprawę ich stanu zdrowia ograniczając tym samym konieczność udzielania najbardziej kosztownych świadczeń w sytuacji zagrożenia życia. Umożliwia także wcześniejszą diagnozę chorób zakaźnych i ochronę pozostałej części populacji (24,31). Warto zauważyć, że zapewnienie powszechnej opieki zdrowotnej dla wszystkich ludzi do 2030 roku jest także jednym z Celów Zrównoważonego Rozwoju ONZ⁸⁰.

W celu zagwarantowania kompleksowej opieki medycznej migrantom, system opieki zdrowotnej powinien przygotować się na pokonanie szeregu przeszkód związanych z zapewnieniem możliwości wejścia do systemu opieki, pokonania bariery komunikacyjnej związanej z różnicami językowymi, przygotowania personelu medycznego do uwzględniania w opiece specyficznych potrzeb medycznych cudzoziemców, jak również różnic kulturowych i religijnych.

Zwiększenie liczby migrantów to stosunkowo nowe zjawisko w Polsce, a więc i nowe wyzwania stojące przed systemem opieki zdrowotnej. Kwestia przygotowania systemu do udzielania świadczeń obcokrajowcom nie była kompleksowo badana (zarówno, jeśli chodzi o cały kraj jak i poszczególne regiony). Z tego powodu opisane w pracy badania miały charakter eksploracyjny i nie ma innych wyników dotyczących tego zagadnienia, co uniemożliwia przeprowadzenie porównania uzyskanych rezultatów do innych analiz. Przeprowadzenie dwóch badań – ilościowego w specyficznej, uprzywilejowanej względem dostępu do opieki zdrowotnej grupie migrantów, jaką są studenci – cudzoziemcy oraz jakościowego wśród pracowników placówek publicznego systemu opieki medycznej umożliwiło zestawienie dwóch perspektyw – świadczeniodawców i świadczeniobiorców opieki. Poniżej zaprezentowano rozważania nad rekomendacjami, które można sformułować na podstawie zebranych wyników.

10.1 Rekomendacje płynące z badań

Badania wskazują, że pracownicy podmiotów medycznych spotykają się z swojej pracy z koniecznością udzielania świadczeń obcokrajowcom. W prowadzonych wywiadach

80 Zgonie z Agendą 2030 ONZ: Cel 3.8 *Zapewnić powszechną opiekę zdrowotną, w tym zabezpieczenie przed ryzykiem finansowym, dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej wysokiej jakości oraz bezpiecznych, skutecznych, wysokiej jakości, przystępnych cenowo lekarstw i szczepionek*(211).

większość pracowników rejestracji podmiotów ochrony zdrowia w województwie mazowieckim stwierdziła, że cudzoziemcy korzystają ze świadczeń placówek codziennie lub kilka razy w tygodniu.

10.1.1 Rekomendacje dotyczące dostępu migrantów do systemu opieki zdrowotnej

Z przeprowadzonych badań wynika, iż w zakresie formalnego dostępu migrantów do systemu opieki zdrowotnej pojawiają się dwa główne obszary problemów. Pierwszym jest brak informacji dotyczącej zasad ubezpieczenia i udzielania świadczeń cudzoziemcom. Dotyczy to zarówno wśród świadczeniobiorców jak i świadczeniodawców. Badania prowadzone wśród studentów ED wskazują, że nawet grupy uprzywilejowane, jeśli chodzi o dostęp do opieki zdrowotnej, oceniają swoją wiedzę dotyczącą tego, jaką i gdzie pomoc można uzyskać, jako niewystarczającą. Brak znajomości zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce może prowadzić do braku ubezpieczenia zdrowotnego lub odpowiednich dokumentów potwierdzających ubezpieczenie. Brak wiedzy dotyczącej funkcjonowania systemu opieki powoduje także, że w sytuacji problemów zdrowotnych, pacjenci nie będą podejmować właściwych decyzji dotyczących tego gdzie szukać pomocy (np. w przypadku problemów zdrowotnych niebędących stanami nagłymi zamiast do poradni POZ skierują się na SOR).

Z drugiej strony brak wiedzy pracowników placówek opieki zdrowotnej dotyczących ubezpieczenia migrantów może doprowadzić do sytuacji, w której pacjent nie otrzyma należnych mu prawem świadczeń. Jak wynika z badań szczególnie istotną rolę mają w tym zakresie pracownicy rejestracji, którzy faktycznie weryfikują uprawnienia pacjentów. Dlatego ważne jest prowadzenie działań edukacyjnych skierowanych do tej grupy pracowników. W kontekście weryfikacji uprawnień do świadczeń warto także docenić ułatwienia dotyczące nadawania numeru PESEL obcokrajowcom – jak wskazują prowadzone badania brak numeru PESEL stanowi poważny problem dla pracowników rejestracji uniemożliwiając odnalezienie pacjenta w systemie eWUŚ. Należy rozważyć dalsze ułatwienia dotyczące jak dostępu do numeru PESEL dla wszystkich przebywających w Polsce jak najszybciej od momentu przekroczenia granic kraju (np. poprzez możliwość wprowadzenia do bazy PESEL przy wydawaniu wiz lub innych dokumentów pobytowych).

Z wyżej wymienionych powodów istotne jest, aby stworzyć **system udzielania aktualnych informacji dotyczących zasad ubezpieczenia cudzoziemców poprzez przygotowanie rzetelnych i zrozumiałych opracowań skierowanych zarówno do migrantów jak również pracowników placówek opieki zdrowotnej (dostępnych np. na stronie internetowej)**. Istotne by informacja dla migrantów była dostępna przynajmniej w kilku najpopularniejszych językach.

Ciekawym pomysłem wydaje się też uruchomienie infolinii podobnej do działającej w Wielkiej Brytanii NHS24, pod którą oprócz informacji dotyczącej systemu opieki zdrowotnej pacjent może także zasięgnąć porady dotyczącej właściwego sposobu działania w przypadku wystąpienia problemów medycznych. Tego rodzaju pomoc może nie tylko wesprzeć cudzoziemców (w szczególności dzięki zapewnieniu anonimowości porady - osoby nieudokumentowane), ale także być użyteczna dla Polaków, zmniejszając liczbę osób zgłaszających się bez potrzeby na SOR.

Drugim istotnym obszarem jest refundacja świadczeń udzielanych w stanie zagrożenia życia i zdrowia osobom nieubezpieczonym oraz związana z tym konieczność upowszechnienia ubezpieczenia zdrowotnego. Obecna sytuacja, kiedy koszt interwencji medycznych w sytuacji nagłej ponoszą placówki medyczne, jest niesprawiedliwa dla zakładów opieki decydujących się zrealizować świadczenia i może prowadzić do opóźnień w udzielaniu pomocy, a co za tym idzie zagrożenia dla zdrowia i życia chorych. Pozostaje także wątpliwa pod względem prawnym (m.in. w kontekście wyroków Sądu Najwyższego).

Aby zmniejszyć częstotliwość występowania takich przypadków należy przede wszystkim **ograniczyć liczbę osób nieubezpieczanych poprzez popularyzację ubezpieczeń w publicznym systemie ochrony zdrowia**. Warto zauważyć, iż działania, których celem było upowszechnienie włączenia migrantów w publiczny system (niezależnie od ewentualnych prywatnych ubezpieczeń) wprowadzono m.in. w Wielkiej Brytanii w 2015 r.(150). Działania, jakie warto podjąć w tym zakresie w Polsce, to przede wszystkim **zwiększenie kontroli dotyczącej legalności zatrudnienia oraz realizacji obowiązku ubezpieczeniowego wobec osób pracujących** (w tym edukacja migrantów dotycząca praw pracowniczych). Informacje dotyczące ubezpieczeń powinny być dostępne w najpopularniejszych językach obcych. Ponadto zasadne byłoby wprowadzenie ułatwień i popularyzacja ubezpieczeń dobrowolnych

w NFZ. Obecnie składka ubezpieczenia dobrowolnego wyliczana jest na podstawie przeciętnego wynagrodzenia, co ogranicza dostęp do ubezpieczenia dla osób zarabiających poniżej tej stawki⁸¹. Prócz **obniżenia składki** warto rozważyć w celach promocyjnych „amnestię” dla osób, które posiadają przerwę w ubezpieczeniu. Konieczne jest także **uregulowanie sytuacji grup, których zdrowie powinno podlegać szczególnej ochronie – dzieci i kobiet w ciąży**.

Drugim istotnym elementem jest **wsparcie finansowe placówek udzielających nieubezpieczonym świadczeń w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia**. Jak wskazują prowadzone badania oraz analizy NIL, problem ten jest poważny i wymaga podjęcia odpowiednich działań. W apelu wystosowanym 10 sierpnia 2018 r. przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zaproponowano m.in. utworzenie funduszu gwarancyjnego na pokrycie kosztów związanych z udzielaniem świadczeń migrantom w sytuacji, gdy podmiot leczniczy nie ma możliwości ich uzyskania(25). Wydaje się, że właściwym kierunkiem zmian byłoby **pokrywanie kosztów w takich sytuacjach przez ośrodki centralne**(24).

Ponadto należy przywrzeć się kwestii ubezpieczeń prywatnych, które są obowiązkowe dla cudzoziemców przekraczających granice. Jak wskazują badania często mimo posiadania przez migrantów tego typu ubezpieczeń nie jest możliwe wyegzekwowanie opłaty za świadczenia. Należałoby wobec tego zastanowić się, w jaki sposób można by ograniczyć działalność nieuczciwych ubezpieczycieli lub **zastąpić ubezpieczenia prywatne obowiązkiem ubezpieczenia w ramach NFZ** (podobnie jak to funkcjonuje w Wielkiej Brytanii, gdzie wymagane jest od cudzoziemców wykupienie ubezpieczenia NHS(150)).

10.1.2 Rekomendacje dotyczące pokonywania bariery komunikacyjnej

Istotną trudnością, z którą mierzą się zarówno pracownicy opieki medycznej jak i obcokrajowcy jest pokonanie bariery komunikacyjnej. Jak wskazują wyniki badań prowadzonych wśród studentów ED nawet osoby posługujące się płynnie językiem angielskim napotykały problemy z komunikacją w placówkach medycznych.

81 Warto zaznaczyć, iż wartości średniego wynagrodzenia publikowane przez GUS są często krytykowane jako nieodzwierciedlające stanu zarobków w Polsce – na wartość średniej mają znaczny wpływ wartości skrajne (w tym przypadku najlepiej zarabiający pracownicy). Z tego powodu część ekonomistów zwraca uwagę, iż lepszym wskaźnikiem dotyczącym wynagrodzeń jest mediana.

Obecnie w sytuacjach wizyt planowych obowiązek zapewnienia tłumacza zostaje najczęściej przerzucony na osobę pacjenta. Jest to ograniczenie dostępu do opieki medycznej dla tej grupy świadczeniobiorców i może powodować, iż aby skorzystać z przysługujących mu świadczeń pacjent musi ponieść dodatkowe koszty związane z wynajęciem tłumacza. W sytuacjach nagłych możliwość zapewnienia tłumaczenia zależna jest od przypadku: czy akurat w placówce znajdzie się pracownik znający dany język lub czy będzie możliwość kontaktu z konsulem.

Może to doprowadzić do sytuacji takich, jak opisywana przez pielęgniarkę anesteziologiczną z jednego z warszawskich szpitali, kiedy w wyniku braku możliwości organizacji tłumacza, lekarze byli zmuszeni wykonać zabieg bez zgody pacjenta. W dokumentacji pacjenta zapisano, że nie było możliwe uzyskanie zgody ze względu na brak możliwości porozumienia się – jednak w istocie jedyną przeszkodą w realizacji prawa pacjenta był brak pomocy tłumaczeniowej⁸². Stanowi to zagrożenie dla realizacji praw pacjentów – w szczególności prawa do informacji dotyczącej swojego stanu zdrowia oraz prawa do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych⁸³.

Z wyżej wymienionych powodów zasadne jest, aby podjąć rozważania dotyczące możliwości **zapewnienia ogólnokrajowych standardów dotyczących postępowania w przypadkach pacjentów obcojęzycznych**. Jednolita dla całego kraju procedura umożliwi odciążenie pracowników medycznych, którzy nie muszą szukać *ad hoc* metody porozumienia z pacjentem oraz zapewni wszystkim pacjentom równy dostęp do opieki medycznej.

Punktem wyjścia do analiz mogą być np. procedury obecnie funkcjonujące w placówkach lub rozwiązania wprowadzone w innych krajach. Należy poddać ewaluacji sposób ich funkcjonowania a ewentualne zmiany systemowe wprowadzać programami pilotażowymi. Jak pokazuje przykład Wielojęzycznego Wywiadu Lekarskiego opracowanego przez NIL⁸⁴, samo przygotowanie narzędzi nie wystarcza do ich upowszechnienia. Warto w tym kontekście zauważyć, że w niektórych przypadkach trudności odczuwane przez migrantów mogą nie być zauważalne, jako bariera przez pracowników opieki medycznej.

Na przykład w opinii większości badanych pracowników placówek porozumienie z osobami mówiącymi po ukraińsku czy rosyjsku nie stanowi bariery. Jednocześnie wyniki badań

82 Marta Kotomska, wystąpienie na konferencji Poznań, grudzień 2017

83 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.), Rozdział 3 i 5

84 Materiały do ściągnięcia ze strony <https://nil.org.pl/aktualnosci/promobox/wielojezyczny-wywiad-lekarski> (dostęp 08.10.2019)

prowadzonych przez Alexandrę Levitas wśród Ukrainek wskazują, iż nawet osoby posługujące się w sposób biegły językiem polskim mogą odczuwać trudności związane np. ze słownictwem specjalistycznym(19). Należy zwrócić uwagę, że treści przekazywane lekarzowi przez pacjenta są często łatwiejsze do zrozumienia niż treści przekazywane przez lekarza pacjentowi, ze względu na używaną terminologię i omawianie kwestii związanych z diagnozą i leczeniem, które mogą być dla pacjenta nowe. Z tego powodu należałoby zweryfikować, czy rzeczywiście większość Ukraińców nie odczuwa bariery językowej w kontakcie z pracownikami polskiego systemu opieki zdrowotnej. Nie dostrzeganie problemów pacjentów związanych np. z niepełnym rozumieniem przekazywanych treści czy z trudnościami związanymi z organizacją tłumacza, mogą powodować mniejsze wykorzystanie dostępnych narzędzi ułatwiających porozumienie z tymi pacjentami.

Oczywiście przy poszukiwaniu rozwiązań istotna jest także optymalizacja kosztów. Przykład Wielkiej Brytanii wskazuje, że **racjonalne wprowadzenie rozwiązań dotyczących przystosowania do obsługi pacjenta obcojęzycznego może zminimalizować wydatki z tym związane** – na przykład dzięki wprowadzeniu oficjalnych tłumaczeń dokumentów dotyczących pomocy medycznej i programów profilaktycznych można uniknąć tłumaczenia tych samych treści przez różne placówki(51)⁸⁵.

Jednocześnie istotne jest, aby problemy komunikacyjne pojawiające się w systemie ochrony zdrowia zauważyć w szerszym kontekście strategii integracji migrantów. Warto skutecznie **wspierać naukę języka polskiego przez cudzoziemców** – umożliwi to nie tylko ograniczenie kosztów tłumaczeń (np. możliwość rezygnacji z tłumaczeń przynajmniej w niektórych przypadkach), ale także pełną integrację mniejszości. Dzięki znajomości języka polskiego będą mieli oni dostęp do informacji i materiałów skierowanych do ogółu populacji – takich jak kampanie profilaktyczne czy informacje dotyczące działalności placówek. Jak wskazują badania prowadzone wśród studentów - obcokrajowców istnieje zależność pomiędzy znajomością języka polskiego a nauką sposobu funkcjonowania opieki zdrowotnej.

85 Warto zauważyć, że także w Polsce niektóre instytucje decydują się na udostępnianie tłumaczeń na swoich stronach – na przykład ze strony Biura Prewencji Komendy Głównej Policji można ściągać oficjalne tłumaczenie wzorów pouczeń(19). Podobnie można by wprowadzić oficjalne wzory dokumentów potrzebnych w trakcie leczenia pacjentów obcojęzycznych.

10.1.3 Kompetencje kulturowe i specjalne potrzeby medyczne cudzoziemców

Badania wskazują, że pracownicy placówek medycznych w większości nie mają świadomości różnic w potrzebach pacjentów - obcokrajowców – zarówno w zakresie odrębności dotyczących leczenia jak i wynikających z innej kultury pacjentów. Należy zauważyć, że choć różnice te w wielu przypadkach mogą nie mieć znaczenia dla diagnozy i terapii, w określonych sytuacjach mogą odrywać kluczową rolę.

Warto także podkreślić, że obecnie w Polsce nie prowadzono jeszcze **kampanii profilaktycznych skierowanych do mniejszości narodowych i etnicznych**. Najprawdopodobniej jednak w przyszłości właściwe będzie rozpoczęcie ich prowadzenia. Jest to ważne zarówno z punktu widzenia epidemiologicznego oraz ekonomicznego. Choroby przenoszone z innych krajów mogą stanowić zagrożenie dla populacji społeczeństwa przyjmującego – co pokazuje wzrost przypadków odry, jaki miał miejsce w Polsce na przełomie 2018 i 2019 roku; jak również rozwój epidemii COVID-19 w 2020 roku. Jednocześnie należy pamiętać, że koszty leczenia ubezpieczonych cudzoziemców obciążają budżet NFZ podobnie jak koszty leczenia Polaków, a więc profilaktyka skierowana do tej grupy (np. dotycząca zapobiegania urazom przy pracy czy promocji zdrowia psychicznego) będzie stanowiła oszczędność dla płatnika publicznego. Warto pamiętać, iż z powodów społeczno- kulturowych grupy migrantów mogą nie skorzystać z programów skierowanych do ogółu populacji i konieczne będzie ich właściwe dopasowanie do ich potrzeb.

Wobec obecnych tendencji demograficznych związanych z migracją **temat różnic kulturowych powinien być szerzej poruszany w trakcie studiów medycznych**(85). Szczególnie ważne aby wszystkie grupy pracowników medycznych były uwrażliwieni na te tematy – zarówno pielęgniarki jak i lekarze, ratownicy i rejestratorzy medyczne. Jak wskazują koncepcje dotyczące kształtowania kompetencji międzykulturowych, budowanie świadomości istnienia różnic pomiędzy kulturami jest pierwszym krokiem do kompetentnej kulturowo opieki zdrowotnej.

Warto podkreślić także, że uwrażliwienie na odrębne problemy związane z pochodzeniem kulturowym można wpisać w szerszy postulat **medycyny personalizowanej oraz narracyjnej**. Medycyna personalizowana jest to podejście w naukach medycznych

zwracające szczególną uwagę na indywidualne cechy pacjenta warunkujące efekty leczenia – przede wszystkim czynniki genetyczne. Stanowi to swoiste odejście od paradygmatu „medycyny opartej na faktach” pokładającej ufność w standardach medycznych wynikających z kontrolowanych badań prowadzonych na często wielotysięcznych grupach pacjentów. Przy szacunku do wyników badań klinicznych, medycyna personalizowana skupia się na właściwym dopasowaniu leczenia do konkretnego chorego. Jest to podejście zyskujące popularność w wielu dziedzinach medycyny (92,212,213). Z kolei medycyna narracyjna zwraca uwagę na konieczność właściwej komunikacji z pacjentem oraz upodmiotowienie przez poznanie „historii choroby” z jego perspektywy. Dzięki rozwojowi empatii pracowników medycznych i umiejętności słuchania możliwe jest tworzenie relacji opartej na wzajemnym zrozumieniu i szacunku (92).

Wyżej wymienione podejścia rozwijają kompetencje, które są kluczowe do objęcia skuteczną opieką migrantów. Oczywiście, jak zauważono w części 9.5.6 do właściwego udzielania świadczeń tej grupie chorych konieczne jest także przekazanie specyficznej wiedzy dotyczącej obszarów różnic kulturowych, umiejętności zbierania informacji o kulturze, jak również informacji dotyczących kultur pacjentów, z którymi dany pracownik medyczny ma najczęściej kontakt.

10.1.4 *Dalsze badania dotyczące cudzoziemców w opiece medycznej*

Ze względu na dynamiczny wzrost liczby cudzoziemców korzystających z opieki medycznej w Polsce konieczne jest **prowadzenie dalszych badań dotyczących dostępu do opieki medycznej tej grupy pacjentów, ich stanu zdrowia oraz zachowań podejmowanych zarówno w sytuacji zdrowia jak i choroby**. Badania te pozwolą obserwować zachodzące zmiany w tym obszarze jak również projektować i ewaluować podejmowane działania.

Badania te są tym bardziej istotne, iż obecnie w Polsce brak jest oficjalnych statystyk dotyczących leczenia cudzoziemców(214). Zbierane przez podmioty medyczne informacje zawierają błędy i braki w zakresie narodowości pacjentów korzystających ze świadczeń(27). Biorąc pod uwagę wzrost liczby cudzoziemców w przyszłości tego rodzaju dane mogą okazać się bardzo istotne, dlatego **ważne jest żeby jak najszybciej rozpocząć ich zbieranie**.

Opisane w pracy badania wskazują ponadto, że technika badania winietowego może być skutecznie wykorzystywana w badaniach jakościowych dotyczących sposobu zachowania pracowników placówek medycznych w kontakcie z określoną grupą pacjentów. Zastosowanie scenariuszy przy prowadzeniu wywiadu pogłębionego, umożliwia uwzględnienie wielu cech pacjentów oraz pozwala na zbiorczą analizę wyników uzyskanych od różnych grup zawodowych zaangażowanych w opiekę nad chorymi. Istotne jest, iż dzięki użyciu scenariuszy, respondentom łatwiej jest przywoływać określone sytuacje z przeszłości. Jednocześnie dzięki celowemu doborowi winiet z uwzględnieniem różnych opisów, unika się odnoszenia jedynie do sytuacji najbardziej dostępnej poznawczo dla respondenta.

Należy podkreślić, iż przy prowadzeniu badań dotyczących opieki medycznej nad migrantami, w celu kompleksowego ujęcia pojawiających się problemów, trzeba uwzględniać perspektywę obu stron interakcji – pacjentów i pracowników opieki zdrowotnej. Przy badaniach dotyczących personelu medycznego należy uwzględniać przedstawicieli różnych zawodów zajmujących się udzielaniem świadczeń – w tym także pracowników rejestracji, którzy pierwsi mają kontakt z pacjentami, udzielają im informacji dotyczących warunków leczenia i weryfikują uprawnienia do świadczeń. Warto również zestawiać ze sobą badania prowadzone różnymi metodami (jakościowymi i ilościowymi) oraz w różnych grupach, co umożliwia zastosowanie strategii triangulacji i weryfikację uzyskanych rezultatów.

ROZDZIAŁ 11. WNIOSKI

- Pracownicy zakładów opieki zdrowotnej w województwie mazowieckim spotykają się w swojej pracy z cudzoziemcami. Szczególnie licznie migranci zdarzają się, jako pacjenci **oddziałów ratunkowych warszawskich szpitali oraz przychodni** znajdujących się blisko skupisk społeczności cudzoziemców. We wszystkich badanych szpitalach w Warszawie oraz połowie przychodni pracownicy rejestracji stwierdzili, iż codziennie mają kontakt z cudzoziemcami (tj. na każdym dyżurze).
- Nawet cudzoziemcy uprzywilejowani w zakresie dostępu do opieki medycznej (czyli studenci ED MUW) **odczuwają trudności z otrzymaniem opieki zdrowotnej w sytuacji choroby i w komunikacji z personelem medycznym**. 65% badanych studentów oceniło swoją wiedzę dotyczącą polskiego systemu opieki zdrowotnej za niewystarczającą, aby wiedzieć, jaki rodzaj pomocy i gdzie mogą uzyskać w sytuacji problemów zdrowotnych. 31% badanych, którzy korzystali z opieki medycznej w Polsce, oceniło sposób porozumiewania się z personelem medycznym, jako niesatysfakcjonujący.
- Głównymi barierami w opiece nad cudzoziemcami zauważanymi przez badanych pracowników zakładów opieki zdrowotnej w województwie mazowieckim są **bariera komunikacyjna** oraz **refundacja kosztów świadczeń udzielanych cudzoziemcom nieubezpieczonym**.
- **Brak jest systemowych rozwiązań**, które umożliwiłyby pokonanie **bariery językowej** w trakcie udzielania świadczeń pacjentom obcojęzycznym. Obecnie w niektórych placówkach w województwie mazowieckim procedury nie gwarantują skutecznego i szybkiego otrzymania pomocy tłumaczeniowej. W tej sytuacji ciężar zapewniania tłumaczenia spoczywa przede wszystkim na pacjentach – obcokrajowcach.
- W przypadku nieubezpieczonych pacjentów – migrantów **próby uzyskania zwrotu kosztów świadczeń są często nieskuteczne** a koszty udzielonych świadczeń obciążają placówki. nierozwiązanym problemem jest dostęp do bezpłatnej opieki medycznej dzieci i kobiet w ciąży.

- **W związku z prognozowanym wzrostem liczby migrantów zasadne jest rozpoczęcie prac nad opracowaniem i wdrożeniem rozwiązań** dotyczących pokonania bariery językowej (np. w postaci badań pilotażowych), jak również podjęcie działań, które z jednej strony zmniejszą liczbę nieubezpieczonych cudzoziemców (m.in. ułatwienie dostępu do ubezpieczeń dobrowolnych w NFZ) a z drugiej przeniosą ciężar kosztów leczenia pacjentów nieubezpieczonych w stanie zagrożenia życia i zdrowia z podmiotów medycznych na jednostki centralne.
- **Brakuje aktualizowanych i przystępnych źródeł wiedzy** dotyczących zasad ubezpieczenia cudzoziemców. O ile w dużych szpitalach, w których migranci są częstymi pacjentami personel pracujący w rejestracji zna zasady dotyczące ubezpieczeń, wiedza może być niższa w placówkach, w których obcokrajowcy zdarzają się rzadziej.
- Kwestie związane z zapewnieniem **opieki dostosowanej do pochodzenia kulturowego pacjenta** są w małym stopniu zauważane przez personel badanych placówek. Wyjątek stanowią sytuacje, w których pacjenci nie zgadzają się np. na odsłonięcie ciała czy udzielenie świadczeń przez osoby odmiennej płci.
- Wśród badanego personelu **niska jest świadomość dotycząca specyficznych potrzeb medycznych** cudzoziemców. W placówkach o większej liczbie obcokrajowców pojawiają się problemy dotyczące szczepień dzieci cudzoziemców (konieczność dostosowania programu szczepień do tych wykonywanych w kraju pochodzenia, tłumaczenie książeczek szczepień).
- Analizując rozwiązania dotyczące opieki nad cudzoziemcami, które mogłyby być w przyszłości wprowadzane w Polsce warto przyglądać się doświadczeniom brytyjskim, pamiętając jednak o konieczności dostosowania działań do realiów polskiego systemu opieki medycznej i sytuacji migracyjnej. Szczególnie wartościowe wydają się działania dotyczące **umożliwienia wszystkim przebywającym na terenie kraju korzystania z konsultacji lekarskich oraz podstawowej opieki zdrowotnej oraz wprowadzenie tłumaczeń telefonicznych.**
- Technika **badania winietowych może być skutecznym sposobem badania** zachowania personelu medycznego w trakcie udzielania świadczeń. W trakcie prowadzenia analiz dotyczących tego tematu należy uwzględnić **perspektywę różnych grup zawodowych** sprawujących opiekę nad pacjentami. Warto także

zestawiać **perspektywę pacjentów i personelu medycznego** – co umożliwia pełniejsze zrozumienia pojawiających się w trakcie udzielania świadczeń. Jednocześnie badanie różnych grup jak również łączenie różnych metod i technik badawczych umożliwia zastosowanie **strategii triangulacji**.

STRESZCZENIE

Statystyki ostatnich lat pokazują stały wzrost liczby migrantów przebywających na terenie Polski, których szczególnie intensywny napływ można zaobserwować od 2014 roku. Wraz ze wzrostem liczby cudzoziemców, coraz częściej stają się oni pacjentami systemu opieki zdrowotnej. W trakcie korzystania ze świadczeń napotykają na szereg barier systemowych, komunikacyjnych, kulturowych oraz wynikających ze specyficznych potrzeb zdrowotnych migrantów. Ich pokonanie przez system opieki medycznej jest warunkiem świadczenia skutecznej opieki z poszanowaniem praw pacjentów - cudzoziemców. Konieczność zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń migrantom wynika z kilku czynników – zobowiązań Narodowego Funduszu Zdrowia wobec osób ubezpieczonych, uprawnień wynikających z porozumień międzynarodowych, obowiązku udzielania pomocy w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia a także interesu ekonomicznego systemu opieki oraz zdrowia publicznego. Ten ostatni argument stał się szczególnie ważny w kontekście doświadczeń wynikających z rozwoju epidemii wirusa SARS-CoV-2. Rozprzestrzenienie się choroby zakaźnej takiej jak COVID-19, wskazuje jak istotne jest zapewnienie dostępu do skutecznej opieki zdrowotnej wszystkim osobom przebywającym na danym terenie – bez względu na ich pochodzenie czy obywatelstwo.

Celem pracy było opisanie przygotowania publicznego systemu opieki zdrowotnej na terenie województwa mazowieckiego, do udzielania świadczeń migrantom. W pracy, jako publiczny system ochrony zdrowia przyjęto system świadczeń udzielanych na podstawie umowy z NFZ. W ramach pracy przeprowadzono dwa odrębne badania – jedno eksplorujące sytuację pacjentów- cudzoziemców, a drugie skupiające się na perspektywie pracowników zakładów opieki zdrowotnej. Umożliwiło to zestawienie dwóch perspektyw – świadczeniodawców i świadczeniobiorców opieki.

Material i metodologia

Badanie dotyczące cudzoziemców

Badanie cudzoziemców miało charakter ilościowy. Jako narzędzie badawcze opracowany został autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 27 pytań (otwartych, zamkniętych i półotwartych). Ankieta została zamieszczona w Internecie (link do ankiety został

upubliczniony na stronie Samorządu Studentów ED MUW), a wśród studentów lat I-III ankieta w formie papierowej została przeprowadzona w trakcie wybranych zajęć dydaktycznych. W sumie zebranych zostało 138 wypełnionych kwestionariuszy ankiet, co stanowiło 24% wszystkich studentów studiujących w roku akademickim 2017/2018 na kierunku 6-letnim w języku angielskim II Wydziału Lekarskiego WUM. Większość studentów (66%) stanowiły kobiety. 87% respondentów w momencie badania miało pomiędzy 19 a 26 lat. Rezultaty ankiety zostały poddane analizie statystycznej z wykorzystaniem programu Statistica.

Badanie pracowników placówek opieki zdrowotnej

Badaniem objętych zostało 16 placówek – 8 przychodni oraz 8 szpitali na terenie województwa mazowieckiego. Placówki zostały wybrane w sposób celowy, aby reprezentowały różne rodzaje zakładów opieki zdrowotnej. W każdej placówce wybranych zostało po trzech pracowników reprezentujących trzy etapy, przez które przechodzi każdy pacjent: rejestrację, udzielenie świadczenia oraz rozliczenie świadczenia. W sumie w badaniu wzięło udział 50 pracowników.

Badanie przeprowadzone zostało metodą jakościową z wykorzystaniem techniki wywiadu prowadzonego w oparciu winiety. W trakcie badania pracownikom przedstawiane było sześć opisów przypadków pacjentów- migrantów a następnie w trakcie pogłębionego wywiadu omawiano, jak na podstawie doświadczeń lub wyobrażeń respondenta, przebiegałaby opieka nad danym przypadkiem. Scenariusze winiety oparte zostały o specjalnie opracowaną macierz uwzględniającą różne czynniki mogące mieć wpływ na proces udzielania opieki.

Wyniki

Wyniki badań dotyczących cudzoziemców

Badanie przeprowadzone wśród studentów ED MUW wskazuje doświadczane przez nich trudności w dostępie do opieki zdrowotnej. Głównymi barierami napotykanymi przez studentów jest brak wiedzy o systemie opieki medycznej w Polsce oraz problemy językowe, które utrudniają komunikację z personelem medycznym.

Jedynie 17% badanych określiło swoją wiedzę dotyczącą system opieki zdrowotnej w Polsce, jako wystarczającą, aby wiedzieć, jaki rodzaj pomocy medycznej można uzyskać i gdzie.

Zgodnie z wynikami badań, kluczową rolę w poznaniu systemu opieki zdrowotnej odgrywa znajomość języka polskiego przez cudzoziemców.

Większość studentów biorących udział w badaniu zadeklarowała, że w sytuacji choroby preferuje leczenie w swoim kraju pochodzenia. 66% badanych stwierdziło, że niekiedy przekłada wizytę u lekarza, aby móc skorzystać z pomocy lekarskiej w swojej ojczyźnie. Równocześnie aż 67% studentów biorących udział w badaniu, korzystało z pomocy medycznej w Polsce.

Studenci ED MUW korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie różnych typów ubezpieczeń. Największa grupa (30% badanych) zadeklarowała, że jako osoby ubezpieczone w innym europejskim kraju używają karty EKUZ. 29% wykupiło samodzielnie ubezpieczenie zdrowotne. Aż 17% respondentów nie jest objętych ubezpieczeniem lub nie wie czy jest ubezpieczona.

Większość studentów w kontaktach z pracownikami opieki zdrowotnej posługiwała się językiem angielskim. 50% studentów oceniło swój sposób porozumiewania się z personelem, jako satysfakcjonujący, podczas gdy 31% stwierdziło, że nie byli z niego zadowoleni.

Na podstawie uzyskanych wyników można przypuszczać, iż inni studenci - a szerzej - inni cudzoziemcy, napotykają jeszcze większe przeszkody w dostępie do opieki medycznej niż studenci uniwersytetu medycznego.

Wyniki badań dotyczących pracowników placówek opieki zdrowotnej

Większość pracowników rejestracji w badanych placówkach stwierdziła, że cudzoziemcy korzystają ze świadczeń placówek codziennie lub kilka razy w tygodniu. Najczęściej z migrantami mieli kontakt pracownicy szpitali w Warszawie – we wszystkich szpitalach stwierdzono, że codziennie obsługuje się takich pacjentów. Najczęściej są to obywatele Ukrainy, krajów UE oraz migranci z Wietnamu i Chin. W jednej przychodni, która znajduje się w regionie o wysokiej populacji migrantów z Azji Wschodniej, w przychodni pediatrycznej leczyło się na tyle dużo dzieci osób pochodzących z Wietnamu, że wyznaczono specjalny dzień na szczepienia dla tej grupy pacjentów.

Podstawy ubezpieczenia obcokrajowców różnią się od tych obowiązujących obywateli Polski. Brakuje jednak kompletnych i szczegółowych źródeł informacji na temat zasad ubezpieczeń

i wymaganych dokumentów. Problemem jest refundacja świadczeń udzielanych w stanie zagrożenia życia i zdrowia osobom nieubezpieczonym. Obecnie koszty te obciążają w całości placówki, które przyjmują pacjenta. Nierozwiązaną kwestią pozostaje dostęp do bezpłatnej opieki medycznej dla dzieci i kobiet w ciąży.

Barierą najczęściej wskazywaną, jako główna trudność w opiece nad cudzoziemcami była komunikacja. Na zauważenie tego problemu wskazują kroki podjęte w celu odpowiedzi na pojawiające się trudności, m.in. wprowadzenie zapisu dotyczącego istnienia procedury porozumienia się w różnych językach wśród standardów akredytacyjnych dla szpitali. Jednak obowiązujące obecnie w placówkach w województwie mazowieckim procedury nie gwarantują skutecznego pokonania bariery językowej. W tej sytuacji często to na pacjencie spoczywa obowiązek organizacji tłumaczenia. Większość tłumaczeń w placówkach medycznych prowadzona jest przez tzw. tłumaczy ad hoc, a więc przez osoby nieprzygotowane do wypełniania tego rodzaju roli.

Prowadzone badania własne wskazują, iż pracownicy opieki medycznej mają niewielką świadomość różnic dotyczących potrzeb zdrowotnych cudzoziemców. Problemy, które były wskazywane, jako częściej występujące wśród obcokrajowców dotyczyły przede wszystkim częstszego występowania urazów (w szczególności urazów przy pracy) oraz zaburzeń psychicznych związanych przede wszystkim z trudnościami adaptacyjnymi.

Podobnie, większość pracowników opieki medycznej nie ma świadomości wpływu kwestii związanych z kulturą na zdrowie i opiekę medyczną. Różnice kulturowe są zauważalne dopiero, kiedy pacjenci wyraźnie nie zgadzają się na określony sposób postępowania sprzeczny z ich kulturą – np. rozebranie się do badania.

Wnioski

- Pracownicy zakładów opieki zdrowotnej w województwie mazowieckim spotykają się w swojej pracy z cudzoziemcami. Szczególnie licznie migranci zdarzają się jako pacjenci oddziałów ratunkowych warszawskich szpitali oraz przychodni znajdujących się blisko skupisk społeczności cudzoziemców. We wszystkich badanych szpitalach w Warszawie oraz połowie przychodni pracownicy rejestracji stwierdzili, iż codziennie mają kontakt z cudzoziemcami (tj. na każdym dyżurze).

- Nawet cudzoziemcy uprzywilejowani w zakresie dostępu do opieki medycznej (czyli studenci ED MUW) odczuwają trudności z otrzymaniem opieki medycznej w sytuacji choroby i w komunikacji z personelem medycznym. 65% badanych studentów oceniło swoją wiedzę dotyczącą polskiego systemu opieki zdrowotnej za niewystarczającą, aby wiedzieć, jaki rodzaj pomocy i gdzie mogą uzyskać w sytuacji problemów zdrowotnych. 31% badanych, którzy korzystali z opieki medycznej w Polsce, oceniło sposób porozumiewania się z personelem medycznym jako niesatysfakcjonujący.
- Głównymi barierami w opiece nad cudzoziemcami zauważanymi przez badanych pracowników zakładów opieki zdrowotnej w województwie mazowieckim są bariera komunikacyjna oraz refundacja kosztów świadczeń udzielanych cudzoziemcom nieubezpieczonym.
- Brak jest systemowych rozwiązań, które umożliwiłyby pokonanie bariery językowej w trakcie udzielania świadczeń pacjentom obcojęzycznym. Obecne w niektórych placówkach w województwie mazowieckim procedury nie gwarantują skutecznego i szybkiego otrzymania pomocy tłumaczeniowej. W tej sytuacji ciężar zapewniania tłumaczenia spoczywa przede wszystkim na pacjentach – obcokrajowcach.
- W przypadku nieubezpieczonych pacjentów – migrantów próby uzyskania zwrotu kosztów świadczeń są często nieskuteczne a koszty udzielonych świadczeń obciążają placówki. nierozwiązanym problemem jest dostęp do bezpłatnej opieki medycznej dzieci i kobiet w ciąży.
- W związku z prognozowanym wzrostem liczby migrantów zasadne jest rozpoczęcie prac nad opracowaniem i wdrożeniem rozwiązań dotyczących pokonania bariery językowej (np. w postaci badań pilotażowych), jak również podjęcie działań, które z jednej strony zmniejszą liczbę nieubezpieczonych cudzoziemców (m.in. ułatwienie dostępu do ubezpieczeń dobrowolnych w NFZ) a z drugiej przeniosą ciężar kosztów leczenia pacjentów nieubezpieczonych w stanie zagrożenia życia i zdrowia z podmiotów medycznych na jednostki centralne.
- Brakuje aktualizowanych i przystępnych źródeł wiedzy dotyczącej zasad ubezpieczenia cudzoziemców. O ile w dużych szpitalach, w których migranci są częstymi pacjentami personel pracujący w rejestracji zna zasady dotyczące ubezpieczeń, wiedza może być niższa w placówkach, w których obcokrajowcy zdarzają się rzadziej.

- Kwestie związane z zapewnieniem opieki dostosowanej do pochodzenia kulturowego pacjenta są w małym stopniu zauważane przez personel badanych placówek. Wyjątek stanowią sytuacje, w których pacjenci nie zgadzają się np. na odsłonięcie ciała czy udzielenie świadczeń przez osoby odmiennej płci.
- Wśród badanego personelu niska jest świadomość dotycząca specyficznych potrzeb medycznych cudzoziemców. W placówkach o większej liczbie obcokrajowców pojawiają się problemy dotyczące szczepień dzieci cudzoziemców (konieczność dostosowania programu szczepień do tych wykonywanych w kraju pochodzenia, tłumaczenie książeczek szczepień).
- Analizując rozwiązania dotyczące opieki nad cudzoziemcami, które mogłyby być w przyszłości wprowadzane w Polsce warto przyglądać się doświadczeniom brytyjskim, pamiętając jednak o konieczności dostosowania działań do realiów polskiego systemu opieki medycznej i sytuacji migracyjnej. Szczególnie wartościowe wydają się działania dotyczące umożliwienia wszystkim przebywającym na terenie kraju korzystania z konsultacji lekarskich oraz podstawowej opieki zdrowotnej oraz wprowadzenie tłumaczeń telefonicznych.
- Technika badań winietowych może być skutecznym sposobem badania zachowania personelu medycznego w trakcie udzielania świadczeń. W trakcie prowadzenia analiz dotyczących tego tematu należy uwzględniać perspektywę różnych grup zawodowych sprawujących opiekę nad pacjentami. Warto także zestawiać perspektywę pacjentów i personelu medycznego – co umożliwi pełniejsze zrozumienie interakcji pojawiającej się w trakcie udzielania świadczeń. Jednocześnie badanie różnych grup jak również łączenie różnych metod i technik badawczych umożliwi zastosowanie strategii triangulacji.

SUMMARY

The statistics of recent years show a constant increase in the number of migrants residing in Poland, particularly since 2014. As the number of foreigners grows, they increasingly become patients of the healthcare system. When using the services, they face a number of systemic, communication, cultural barriers, and barriers connected with the specific health needs of migrants. The medical care system overcoming these barriers is essential for providing effective care with respect for the rights of patients - foreigners. There are several reasons for the need to ensure adequate access to services for migrants - the obligations of the National Health Fund, international agreements, the obligation to provide assistance in situations of threat to life or health as well as the economic interest of the care system and public health. The last reason has become particularly important in the context of the experience of SARS-CoV-2 epidemic. The spread of an infectious disease such as COVID-19 shows how important it is to ensure access to effective healthcare for everyone - regardless of their origin or nationality.

The study aimed to describe the preparation of the public health care system in the Mazowsze Province to provide services for migrants. In the thesis, the public health care system is interpreted as the service provided on the basis of an agreement with the National Health Fund. Two separate studies were carried out - one exploring the situation of foreign patients, and the other focusing on the perspective of health care workers. It enabled a comparison of two perspectives - service providers and care recipients.

Material and methodology

Study of foreigners

The study of foreigners was conducted in quantitative methodology. An original questionnaire was developed as a research tool, consisting of 27 questions (open, closed, and semi-open). The questionnaire was published on the Internet (the link to the questionnaire was published on the website of the Students' Self-Government of ED MUW). Among students of years 1-3, the paper questionnaire was conducted during selected classes. In total, 138 completed questionnaires were collected, which constituted 24% of all students studying in the academic year 2017/2018 of The English Division of the Second Faculty of Medicine of the Medical

University of Warsaw. The majority of students (66%) were women. 87% of respondents were between 19 and 26 years old at the time of the survey. The survey results were statistically analyzed using the Statistica software.

Study of employees of health care facilities

16 facilities were included in the study - 8 primary health clinics and 8 hospitals in the Mazowsze Province. The facilities were selected to represent different types of health care facilities. In each facility, three employees were selected representing three steps that each patient goes through: registration, caregiver, and administrative procedure required for covering the costs of medical care. In total, 50 employees took part in the study.

The research was carried out with the qualitative method using the interview technique based on vignettes. During the study, employees were presented with six cases of migrant patients, followed by an in-depth interview. During the interview expected way of taking care of patients was explored based on the respondent's experiences or imagination. Vignette scenarios were based on a specially prepared matrix that included various factors that may affect the process of providing health care.

Study of employees of health care facilities

16 facilities were included in the study - 8 primary health clinics and 8 hospitals in the Mazowsze Province. The facilities were selected to represent different types of health care facilities. In each facility, three employees were selected representing three steps that each patient goes through: registration, caregiver, and administrative procedure required for covering the costs of medical care. In total, 50 employees took part in the study.

The research was carried out with the qualitative method using the interview technique based on vignettes. During the study, employees were presented with six cases of migrant patients, followed by an in-depth interview. During the interview, the expected way of taking care of patients was explored based on the respondent's experiences or imagination. Vignette scenarios were based on a specially prepared matrix that included various factors that may affect the process of providing health care for migrants.

Results

The results of research on foreigners

The survey conducted among students of ED MUW indicates the difficulties they experience in accessing healthcare. The main barriers faced by students are the lack of knowledge about the health care system in Poland and language problems that hinder communication with medical staff.

Only 17% of the respondents described their knowledge of the healthcare system in Poland as sufficient to know what kind of medical assistance can be received and where. According to the research results, the knowledge of Polish by foreigners plays a key role in getting to know the healthcare system.

Most of the students participating in the study declared that in case of illness they prefer taking treatment in their country of origin. 66% of respondents stated that they sometimes postpone the visit to the doctor in order to be able to get medical help in their home country. At the same time, as many as 67% of students participating in the study used medical care system in Poland.

ED MUW students use health care services on the basis of various types of insurance. The largest group (30% of respondents) declared that they are insured in another European Union country and in Poland they use the EHIC. 29% purchased health insurance by themselves. As many as 17% of respondents are not covered by insurance or do not know if they are insured.

Most of the students spoke English in contacts with healthcare professionals. 50% of students rated their communication with the staff as satisfactory, while 31% said they were not satisfied with it.

On the basis of the results, it can be assumed that other students - and more broadly - other foreigners, face even greater barriers in accessing medical care than medical university students.

Results of research on employees of health care facilities

Most of the registration employees at the institutions included in the study stated that foreigners use their services every day or several times a week. Employees of hospitals in

Warsaw had contact with migrants most often - in all hospitals it was stated that such patients are treated daily. Most often they are citizens of Ukraine, EU countries, and migrants from Vietnam and China. In one clinic, which is located in the area with a high number of migrants from East Asia, a pediatric clinic treated so many Vietnamese children that a special day was designated for vaccinations for this group of patients.

The basis for insurance for foreigners differs from those applicable to Polish citizens. However, there is a lack of complete and detailed sources of information about insurance and required documents. The problem is covering the cost of treatment provided in a life-threatening condition to uninsured persons. Currently, these costs are borne fully by the facilities that took care of the patient. Access to free medical care for children and pregnant women without Polish citizenship remains an unresolved issue.

The barrier most often shown as the main difficulty in taking care of foreigners was communication. The steps taken to respond to the emerging difficulties indicate that this problem was noticed, e.g. one of the accreditation standards for hospitals is the existence of the procedure for communication in different languages. However, the procedures currently implemented in facilities in the Mazowsze Province do not guarantee an effective overcoming of the language barrier. In this situation, it is often the patient's responsibility to organize the translation. Most translations in medical facilities are conducted by the so-called translators ad hoc, i.e. by people who are not professionally prepared.

The research shows that medical care workers have little awareness of the differences regarding the health needs of foreigners and Polish patients. The problems that were indicated as more frequent among foreigners concerned mainly on injuries (in particular, work-related injuries) and mental disorders related to adaptation difficulties.

Likewise, most healthcare professionals are unaware of the impact of cultural differences on health and medical care. Cultural barriers become noticeable only when patients openly disagree with a specific behavior that is against their culture - for example, undressing for examination.

Conclusions

- Employees of health care facilities in the Mazowsze Province are providing services for foreigners. Migrants are especially often patients of emergency departments in Warsaw hospitals and primary health clinics located close to the centers of the foreign community. In all surveyed hospitals in Warsaw and in half of the clinics, registration employees stated that they have contact with foreigners every day (i.e. at every duty).
- Even foreigners privileged in access to medical care (i.e. ED MUW students) experience difficulties in receiving medical care in case of illness and in communication with medical staff. 65% of the surveyed students assessed their knowledge of the Polish health care system as insufficient to know what kind of help and where they can go in case of health problems. 31% of respondents who used medical care in Poland assessed the way of communicating with medical staff as unsatisfactory.
- The main barriers in the care of foreigners noticed by the employees of health care institutions in the Mazowsze Province are the communication barrier and covering the costs of services provided to uninsured migrants.
- There are no systemic solutions enabled to overcome the language barrier when providing services to patients with low Polish proficiency. The procedures implemented in some institutions in the Mazowsze Province do not guarantee effective and quick translation assistance. In this situation, the burden of providing translation rests primarily with patients - foreigners.
- In the case of uninsured migrant patients, attempts to cover the costs of services are often ineffective and the costs of provided services are borne by the medical facilities. Access to free medical care for children and pregnant women without Polish citizenship remains an unresolved issue.
- It is necessary to start working on the development and implementation of solutions for overcoming the language barrier (e.g. in the form of pilot studies), as well as to take actions which, on the one hand, will reduce the number of uninsured foreigners (e.g. facilitating access to voluntary insurance in the National Health Fund) and, on the other hand, will shift the burden of costs of treatment of uninsured patients in a life and health-threatening condition from medical entities to central units.

- There is a lack of updated and accessible sources of knowledge on the rules of insurance of foreigners. While in large hospitals, where migrants are frequent patients, the staff working in registration know the conditions of insurance, knowledge in facilities that foreigners use less frequent may be lower.
- The issues related to adapting the care to the patient's cultural background are hardly noticed by the staff of the institutions included in the study. The exception of this is situations when patients openly disagree with a specific behavior that is against their culture - for example, undressing for the examination of health care provider opposite gender.
- There is low awareness among the examined personnel regarding the specific medical needs of foreigners. In institutions with a greater number of foreigners, there are problems regarding the vaccination of migrants children (the need to adapt the vaccination program to those carried out in the country of origin, translation of vaccination records).
- When analyzing solutions for the care of foreigners that could be introduced in Poland in the future, it is worth looking at the British experience, bearing in mind, however, the need to adapt activities to the Polish medical care system and the migration situation in Poland. Enabling all persons staying in the country free medical consultations and basic health care as well as introducing telephone interpreting seem particularly valuable.
- The vignette test technique can be an effective method of examining the behavior of medical personnel during health care. Analysis on this topic should take into account the perspective of different professional groups caring for patients. It is also worth comparing the perspective of patients and medical staff - which enables a more complete understanding of the interactions during the provision of services. At the same time, the study of different groups as well as the use of various research methods and techniques enables the use of a triangulation strategy.

BIBLIOGRAFIA

1. Castles S, Miller MJ, Gąsior-Niemiec A. Migracje we współczesnym świecie. Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011.
2. UdSC (2007-2019) Urząd do Spraw Cudzoziemców. Raporty okresowe. Zestawienia roczne [Internet]. [cytowane 30 czerwiec 2020]. Dostępne na: <http://UdSC.gov.pl/statystyki/raporty-okresowe/zestawienia-roczne/>
3. Wortal Publicznych Służb Zatrudnienia prowadzony przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej - aktualna strona: Zatrudnianie cudzoziemców w Polsce [Internet]. [cytowane 26 czerwiec 2020]. Dostępne na: <https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/statystyki-i-analizy/zatrudnianie-cudzoziemcow-w-polsce>
4. Górny A, Kaczmarczyk P, Szulecka M, Bitner M, Okólski M, Siedlecka U, i in. Imigranci w Polsce w kontekście uproszczonej procedury zatrudniania cudzoziemców. Uniwersytet Warszawski, Warszawa. 2018;
5. Cudzoziemcy w polskim systemie ubezpieczeń społecznych [Internet]. Warszawa: Zakład Ubezpieczeń Społecznych; 2019 [cytowane 8 marzec 2019]. Dostępne na: <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/cudzoziemcy>
6. Chmielewska I, Dobroczycki G, Puzyńkiewicz J. Obywatele Ukrainy pracujący w Polsce – raport z badania. Departament Statystyki NBP Warszawa. 2018;
7. Barber BR. Dżihad kontra McŚwiat. Warszawa: Muza SA; 1997 s.19.
8. Jabecka B. Strukturalne i kulturowe bariery w dostępie imigrantów do ochrony zdrowia [Internet]. Instytut Spraw Publicznych; 2012 [cytowane 28 grudzień 2019] s. 1–31. Dostępne na: <https://www.isp.org.pl/uploads/drive/oldfiles/B.JabeckaStrukturalneikulturowebarieryw dostpieimigrantwdoochronyzdrowia.pdf>
9. Zgliczyński W, Cianciara D. Pacjenci obcokrajowcy w opiniach polskich lekarzy. Hygeia. 2013;48(1):120–124.
10. Książak M. Dostęp do pomocy medycznej i psychologicznej osób ubiegających się o status uchodźcy w Polsce. W: Poza systemem Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej; 2011. s. 116.
11. Zezwolenia na pobyt w 2017 r. – podsumowanie | Urząd do Spraw Cudzoziemców [Internet]. [cytowane 15 marzec 2019]. Dostępne na: <https://udsc.gov.pl/zezwolenia-na-pobyt-w-2017-r-podsumowanie/>

12. Urząd do Spraw Cudzoziemców [Internet]. [cytowane 8 marzec 2019]. Dostępne na: <https://udsc.gov.pl/statystyki/raporty-okresowe/raport-roczny-legalizacja-pobytu/2017-2/>
13. Gierańczyk W. Zezwolenia na pracę cudzoziemców w Polsce w 2019 r. [Internet]. Główny Urząd Statystyczny; [cytowane 20 czerwiec 2020]. Dostępne na: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/opracowania/zezwolenia-na-prace-cudzoziemcow-w-2019-roku,18,2.html>
14. Statystyka - Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej [Internet]. [cytowane 3 styczeń 2020]. Dostępne na: <https://psz.praca.gov.pl/web/urząd-pracy/-/8180211-oswiadczenia-o-powierzeniu-wykonywania-pracy-cudzoziemcowi-wpisane-do-ewidencji-oswiadczen-obowiazujace-od-2018-r->
15. Denzin N. Strategies of multiple triangulation. *The research act in sociology: A theoretical introduction to sociological method*, 1970;297:313.
16. Ferenc A, Mendelt M. Wykluczenie systemowe a integracja. Sytuacja Romów rumuńskich mieszkających we Wrocławiu [Internet]. Wrocław; 2014 [cytowane 28 grudzień 2019] s. 6–7. Dostępne na: <http://nomada.info.pl/publikacje>
17. Raporty Polskiej Służby Konsularnej (2008-2017) [Internet]. Ministerstwo Spraw Zagranicznych; [cytowane 31 styczeń 2019]. Dostępne na: www.msz.gov.pl/pl/informacje_konsularne/raporty_konsularne
18. Czubkowska S. Smartfony policzyły Ukraińców. Ile Ukrainek planuje mieć dzieci? *Gazeta Wyborcza* [Internet]. 7 marzec 2019 [cytowane 4 styczeń 2020]; Dostępne na: <https://wyborcza.pl/7,156282,24522397,smartfony-policzyly-ukraincow-ile-ukrainek-planuje-miec-dzieci.html?disableRedirects=true>
19. Levitas A. Understanding health-seeking behaviors and barriers to healthcare access among Ukrainian domestic migrant workers in Warsaw, Poland (a qualitative study) - nieopublikowana praca magisterska London School of Higinie&Tropical Medicine. 2019.
20. Kędzierska K. Dostęp cudzoziemców do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce. *Prawo i Medycyna*. 2/2012(47, t.14): s.17–31.
21. Jak ubezpieczyć się dobrowolnie / Załatw sprawę krok po kroku / Dla Pacjenta / Narodowy Fundusz Zdrowia [Internet]. [cytowane 7 październik 2019]. Dostępne na: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/zalatw-sprawe-krok-po-kroku/jak-ubezpieczyc-sie-dobrowolnie/>
22. Finansowanie leczenia cudzoziemców w Polsce [Internet]. Ministerstwo Zdrowia. [cytowane 31 styczeń 2019]. Dostępne na: [/web/zdrowie/finansowanie-leczenia-cudzoziemcow-w-polsce](http://web/zdrowie/finansowanie-leczenia-cudzoziemcow-w-polsce)

23. Straż Graniczna. Informacja statystyczna za 2018 r. [Internet]. Warszawa: Komenda Główna Straży Granicznej; 2019 [cytowane 4 styczeń 2020] s. 24. Dostępne na: <https://www.strazgraniczna.pl/pl/granica/statystyki-sg/2206,Statystyki-SG.html>
24. Chrzanowska A, Klaus W. Poprawa dostępu migrantów do opieki zdrowotnej. Rekomendacje wynikające z przeprowadzonych badań. W: Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej; 2011. s. 9–12.
25. Naczelna Izba Lekarska. Stanowisko i Apel podjęte na Prezydium NRL 10 sierpnia 2018 r. [Internet]. 2018 [cytowane 21 luty 2019]. Dostępne na: <https://www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowisko-i-apel-podjete-na-prezydium-nrl-10-sierpnia-2018-r>.
26. Polityka Zdrowotna. NIL: Szpitale zadłużają się m.in. przez pomoc nieubezpieczonym cudzoziemcom [Internet]. 2019 [cytowane 7 październik 2019]. Dostępne na: <https://www.politykazdrowotna.com/48428,nil-szpitala-zadluzaja-sie-min-przez-pomoc-nieubezpieczonym-cudzoziemcom>
27. Cianciara D, Goryński P, Seroka W. Hospitalizacja migrantów w Polsce. Problemy Higieny i Epidemiologii. 2011;92(3):497–503.
28. Moreno-Serra R, Smith PC. Does progress towards universal health coverage improve population health? *The Lancet*. 2012;380(9845):917–923.
29. World Health Organization, Arguing for universal health coverage. 2013 [cytowane 25 lipiec 2020] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204355>;
30. Frenk J, De Ferranti D. Universal health coverage: good health, good economics. *The Lancet*. 2012;380(9845):862–864.
31. Jaroszewska E. Migracje a zdrowie. Uwarunkowania kondycji zdrowotnej migrantów oraz bariery w korzystaniu z opieki medycznej. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Aspra-JR; 2013.
32. UdSC Komentarz do danych za pierwsze półrocze 2015 roku. [Internet]. 2015a [cytowane 17 maj 2017]. Dostępne na: <http://UdSC.gov.pl/statystyki/raporty-okresowe/zestawienia-roczne/>
33. Curyła J, Tołkacz A, Skrzecz I. System opieki medycznej świadczonej cudzoziemcom ubiegającym się o udzielenie ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej koordynowany przez Urząd do spraw Cudzoziemców. W: Nowe wyzwania związane z migracją ludności. Warszawa: BEL Studio; 2017. s. 75–83.
34. „Filtr epidemiologiczny” rozpoczął działalność | Urząd do Spraw Cudzoziemców [Internet]. [cytowane 23 luty 2020]. Dostępne na: <https://udsc.gov.pl/filtr-epidemiologiczny-rozpoczal-dzialalnosc/>

35. Pomoc socjalna w trakcie procedury uchodźczej | Urząd do Spraw Cudzoziemców [Internet]. [cytowane 31 styczeń 2019]. Dostępne na: <https://udsc.gov.pl/pomoc-socjalna-dla-osob-ubiegajacych-sie-o-ochrone-miedzynarodowa/>
36. Raport Pomoc społeczna dla uchodźców. Naczelna Izba Kontroli; 2014.
37. Kosowicz A, Piegat-Kaczmarczyk M. Jestem mamą w Polsce. Informator dla migrantek, które oczekują dziecka w Polsce. Fundacja Polskie Forum Migracyjne, Fundacja Rodzić po Ludzku; 2014.
38. Włodarczyk J, Wójcik Sz. Dzieci cudzoziemskie bez opieki w kontekście systemu ochrony dzieci w Polsce. Dziecko Krzywdzone Teoria Badania Praktyka. 13(2).
39. Laskowski K, Krajewska-Kułak E, Fiłon J. Uchodźcy jako przyszli odbiorcy usług medycznych z perspektywy studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne. 2015;5(2): s. 159–171.
40. Kłorek N. Ochrona zdrowia nieudokumentowanych migrantów i osób ubiegających się o ochronę międzynarodową w opinii cudzoziemców. W: Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej. 2011; s.45–112.
41. Strzelczyk J, Brykowska D, Bączyk G. Opieka nad pacjentem odmiennym kulturowo w praktyce pielęgniarskiej. Pielęgniarstwo Polskie. 2018;71(1).
42. Grzymała-Moszczyńska H, Nowicka E. Goście i gospodarze: problem adaptacji kulturowej w obozach dla uchodźców oraz otaczających je społecznościach lokalnych. Nomos Verlagsgesellschaft; 1998.
43. Ku L, Flores G. Pay now or pay later: providing interpreter services in health care. Health Aff (Millwood). 2005;24(2): s. 435–444.
44. Lindholm M, Hargraves JL, Ferguson WJ, Reed G. Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates. Journal of General Internal Medicine. 2012;27(10): s. 1294–1299.
45. Karliner LS, Pérez-Stable EJ, Gregorich SE. Convenient access to professional interpreters in the hospital decreases readmission rates and estimated hospital expenditures for patients with limited English proficiency. Med Care. 2017;55(3):199.
46. Dudzik-Urbaniak E, Kutaj-Wąsikowska H, Kutryba B, Piotrowski M. Zestaw standardów akredytacyjnych. Szpitale. Centrum monitorowania jakości w ochronie zdrowia; 2009 s. 27.
47. Zestaw standardów akredytacyjnych. Podstawowa Opieka Zdrowotna. Kraków: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia; 2016.

48. Całodobowa Infolinia TIP już od 2 września [Internet]. Narodowy Fundusz Zdrowia [cytowane 3 lipiec 2020]. Dostępne na: /aktualnosci/aktualnosci-centrali/calodobowa-infolinia-tip-juz-od-2-wrzesnia,7418.html
49. Telefoniczna Informacja Pacjenta / Kontakt / Narodowy Fundusz Zdrowia [Internet]. Narodowy Fundusz Zdrowia [cytowane 3 lipiec 2020]. Dostępne na: <http://www.nfz.gov.pl/kontakt/telefoniczna-informacja-pacjenta/>
50. Nápoles AM, Santoyo-Olsson J, Karliner LS, O'Brien H, Gregorich SE, Pérez-Stable EJ. Clinician ratings of interpreter mediated visits in underserved primary care settings with ad hoc, in-person professional, and video conferencing modes. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2010;21(1):301.
51. Schapira L, Vargas E, Hidalgo R, Brier M, Sanchez L, Hobrecker K, i in. Lost in translation: integrating medical interpreters into the multidisciplinary team. *The oncologist*. 2008;13(5): s.586–592.
52. Squires A. Strategies for overcoming language barriers in healthcare. *Nursing management (Harrow)*. 2018;49(4): s.20–27.
53. Garcia EA, Roy LC, Okada PJ, Perkins SD, Wiebe RA. A comparison of the influence of hospital-trained, ad hoc, and telephone interpreters on perceived satisfaction of limited English-proficient parents presenting to a pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*. 2004;2(6): s.373–378.
54. Tryuk M. Przekład ustny środowiskowy. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.
55. Flores G, Abreu M, Barone CP, Bachur R, Lin H. Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences: A Comparison of Professional Versus Ad Hoc Versus No Interpreters. *Annals of Emergency Medicine*. 2012;60(5): s.545–553.
56. Zendedel R, Schouten BC, van Weert JC, van den Putte B. Informal interpreting in general practice: the migrant patient's voice. *Ethnicity & Health*. 2018;23(2): s.158–173.
57. Do pobrania - Koronawirus: informacje i zalecenia - Portal Gov.pl [Internet]. Koronawirus: informacje i zalecenia. [cytowane 3 lipiec 2020]. Dostępne na: <https://www.gov.pl/web/koronawirus/do-pobrania>
58. Matsumoto DR, Juang L. *Psychologia międzykulturowa*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007.
59. Gruchoła M. Kultura w ujęciu socjologicznym. *Rocz Kult*. 2010;1(1): s.95–114.
60. Kroeber AL, Kluckhohn C. *Culture: A critical review of concepts and definitions*. Papers. Peabody Museum of Archaeology & Ethnology, Harvard University. 1952;

61. Szczepański J. Elementarne pojęcia socjologii. Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1970.
62. Leininger MM, McFarland MR. Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory. Jones & Bartlett Learning; 2006.
63. Grzymała-Moszczyńska H. Uchodźcy jako wyzwanie dla polskiego systemu opieki zdrowotnej. Klaus (red.), Migranci na polskim rynku pracy. Rzeczywistość, problemy, wyzwania, Warszawa. 2007;
64. Pareek M, Bangash MN, Pareek N, Pan D, Sze S, Minhas JS, i in. Ethnicity and COVID-19: an urgent public health research priority. *The Lancet*. 2020;395(10234):1421–1422.
65. Gelfand Mi, Jackson JC, Pan X, Nau D, Dagher M, Chiu C-Y. Cultural and Institutional Factors Predicting the Infection Rate and Mortality Likelihood of the COVID-19 Pandemic. 2020;
66. Dheer R, Egri C, Treviño LJ. COVID-19 A Cultural Analysis to Understand Variance in Infection Rate Across Nations. 2020;
67. Gelfand MJ, Jackson JC, Pan X, Nau D, Dagher MM, Lange PV, i in. The Importance of Cultural Tightness and Government Efficiency For Understanding COVID-19 Growth and Death Rates. 2020.
68. Śledź J. Nowotwory jamy ustnej - dane epidemiologiczne i czynniki ryzyka zachorowania. *Biuletyn Wydziału Farmaceutycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*. 2015;2: s.6–12.
69. Mizgier M, Jeszka J, Jarząbek-Bielecka G. Rola diety śródziemnomorskiej w zapobieganiu nadwadze i otyłości, niektórym chorobom dietozależnym oraz jej wpływ na długość życia. *Nowiny Lekarskie*. 2010;79(6): s.451–454.
70. Leiper JB, Molla AM. Effects on health of fluid restriction during fasting in Ramadan. *European journal of clinical Nutrition*. 2003;57(2): s.30.
71. Ünalacak M, Kara IH, Baltacı D, Erdem Ö, Bucaktepe PGE. Effects of Ramadan fasting on biochemical and hematological parameters and cytokines in healthy and obese individuals. *Metabolic syndrome and related disorders*. 2011;9(2): s.157–161.
72. Kaprański S. Sytuacja kobiet romskich w Polsce i na Słowacji z punktu widzenia romskich aktywistek. Wstępne rezultaty badania pilotażowego. 2014;
73. Królikowska S. Rola stereotypów płci w kształtowaniu postaw kobiet i mężczyzn wobec zdrowia. *Nowiny Lekarskie*. 2011;80.5: s.387–393.
74. Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K. Problemy wielokulturowości w medycynie. PZWL; 2010.

75. Wróbel-Knybel P, Flis M, Dubiel R, Karakuła-Juchnowicz H. What do we know about sleep paralysis? *Current Problems of Psychiatry*. 2018;19(3): s. 174–84.
76. Czerniak J. Naprotechnologia – dobra diagnostyka i skuteczne leczenie. *Teologia i Moralność*. 2017;12(2 (22)): s. 141–161.
77. Callister LC, Eads MN, Diehl JPSY. Perceptions of giving birth and adherence to cultural practices in Chinese women. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2011;36(6): s.387–394.
78. Cianciara D, Nowicka J, Sitarek M. Pomoc społeczności romskiej w Polsce. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2012;93(1): s.189–194.
79. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR. Institute of Medicine, Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care. *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in healthcare*. Washington, DC: National Academies Press; 2003.
80. Goyal MK, Kuppermann N, Cleary SD, Teach SJ, Chamberlain JM. Racial disparities in pain management of children with appendicitis in emergency departments. *JAMA Pediatrics*. 2015;169(11): s.996–1002.
81. Majda A, Zalewska-Puchała J, Barczyk E. Stereotypy i uprzedzenia wobec osób odmiennych kulturowo w świadomości studentów pielęgniarstwa. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2013;21(2): s.187–194.
82. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cytowane 27 wrzesień 2019]. Dostępne na: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
83. Jaroszewska E. Bariery w komunikacji z zagranicznym pacjentem. W: *Pacjent inny wyzwaniem opieki medycznej*. s. 353–370.
84. Hall E. *Poza kulturą*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2001.
85. Głodowska K, Bendowska A. Transkulturowa opieka medyczna niezbędnym elementem w programach nauczania na uniwersytetach medycznych w Polsce. W: *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Silva rerum; 2016. s. 791–788.
86. Szkup-Jabłońska M, Schneider-Matyka D, Kubiak J, Grzywacz A, Jurczak A, Augustyniak K, i in. Ocena kompetencji kulturowych wśród pracowników ochrony zdrowia. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2013;3: s.394–396.
87. Ogórek-Tęcza B, Kamińska A, Matusiak M, Skupnik R. Wpływ poziomu empatii na postrzeganie relacji pielęgniarka-pacjent z innego obszaru kulturowego. *Pielęgniarstwo XXI Wieku*. 2012;41(4): s.61–65.
88. Zdziebło K, Nowak-Starz G, Makiela E, Stępień R, Wiraszka G. Kompetencje międzykulturowe w pielęgniarstwie. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2014;22(3): s.367–372.

89. Duda A. Wiedza pielęgniarek w Polsce i Wielkiej Brytanii na temat świadczenia kulturowo zgodnej opieki nad umierającym pacjentem wyznającym islam i postępowania z jego ciałem po śmierci. *Pielęgniarstwo*. 2017; s.263.
90. Campinha-Bacote J. A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing education*. 1999;38(5): s.203–207.
91. Rudawska I, Krot K. Obsługa pacjenta w usługach medycznych–podejście relacyjne. Gdańsk 2010;125.
92. Karkowski TA, Karkowska D, Skoczylas P. Medycyna personalizowana a medycyna narracyjna. *Przedsiębiorczość Zarządzanie*. 2016;17(12, cz. 3 Ekonomiczne, medyczne i prawne aspekty zdrowia publicznego): s.85–96.
93. Razum O, Zeeb H, Akgün HS, Yilmaz S. Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect? *Tropical Medicine & International Health*. 1998;3(4): s.297–303.
94. Abraido-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak DS, Turner JB. The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses. *American journal of public health*. 1999;89(10): s.1543–1548.
95. Markides KS, Eschbach K. Hispanic paradox in adult mortality in the United States. W: *International handbook of adult mortality*. Springer; 2011. s. 227–240.
96. Razum O, Twardella D. Time travel with Oliver Twist– Towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. *Tropical Medicine & International Health*. 2002;7(1): s.4–10.
97. Zalewska-Puchała J, Majda A, Antończyk A. Zachowania zdrowotne studentów pochodzenia wietnamskiego studiujących w Polsce. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2013;21(3): s.367–373.
98. Zalewska-Puchała J, Majda A, Śmiałek D. Zachowania zdrowotne studentów pochodzących z Tajwanu studiujących w Polsce. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2013;21(3): s.374–381.
99. Nahorski W, Wroczyńska A, Kuna A, Myjak P, Knap J. Wybrane choroby tropikalne i pasożytnicze - aspekty epidemiologiczno-kliniczne. W: *Nowe wyzwania związane z migracją ludności*. Warszawa: BEL Studio; 2017. s. 11–21.
100. Kazimierzczak J, Górnicka-Wilczyńska M, Hanke W, Wągrowaska-Koski E. Zachorowalność na gruźlicę w Polsce i innych krajach UE oraz w Rosji, na Białorusi i Ukrainie - implikacje dla działań profilaktycznych. *Medycyna Praktyczna*. 2007;58(4):353–360.
101. Nowicka PM. Zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego Ukrainy. *Nowa Polityka Wschodnia*. 2018;2.

102. Korzeniewska - Koseła M, Augustynowicz- Kopeć E. Gruźlica w aspekcie migracji ludności- dane epidemiologiczne i metody badań przesiewowych. W: Nowe wyzwania związane z migracją ludności. Warszawa: BEL Studio; 2017. s. 23–32.
103. Pavlenko E, Barbova A, Hovhannesyanyan A, Tsenilova Z, Slavuckij A, Shcherbak-Verlan B, i in. Alarming levels of multidrug-resistant tuberculosis in Ukraine: results from the first national survey. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2018;22(2): s.197–205.
104. WHO. Migration and health: key issues [Internet]. 2019 [cytowane 8 marzec 2019]. Dostępne na: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>
105. Kocik J. Opieka zdrowotna nad cudzoziemcami: rekomendacje dla pracowników i instytucji odpowiedzialnych za integrację i ochronę zdrowia. W: Nowe wyzwania związane z migracją ludności. Warszawa: BEL Studio; 2017. s. 115–121.
106. Erkiert-Polguj A, Rotsztejn H. Wybrane problemy dermatologiczne u osób innego pochodzenia niż kaukaskie. *Forum Dermatologicum* 2016. s. 105–110.
107. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA [Internet]. European Centre for Disease Prevention and Control. 2018 [cytowane 8 marzec 2019]. Dostępne na: <http://ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-guidance-screening-and-vaccination-infectious-diseases-newly>
108. Winnicka I, Kubiak L, Borecka A, Kocik J. Szczepienia uchodźców. W: Nowe wyzwania związane z migracją ludności. Warszawa: BEL Studio; 2017. s. 109–14.
109. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie przypadków odry na świecie i w kraju (aktualizacja z dnia 19.11.2018r.) [Internet]. GIS. 2018 [cytowane 15 luty 2019]. Dostępne na: <https://gis.gov.pl/zdrowie/komunikat-glownego-inspektora-sanitarnego-w-sprawie-przypadkow-odry-na-swiecie-i-w-kraju/>
110. The Lancet. Measles, war, and health-care reforms in Ukraine. *Lancet*. 01 2018;392(10149):711.
111. A monthly summary of the epidemiological data on selected Vaccine-preventable diseases in the European Region [Internet]. [cytowane 15 luty 2019]. Dostępne na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/378602/epi-data-jul2017-jun2018-eng.pdf?ua=1
112. Dykxhoorn J, Hollander A-C, Lewis G, Magnusson C, Dalman C, Kirkbride JB. Risk of schizophrenia, schizoaffective, and bipolar disorders by migrant status, region of origin, and age-at-migration: A national cohort study of 1.8 million people. *Psychological medicine*. 2018; s.1–10.

113. Levecque K, Van Rossem R. Depression in Europe: does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethnicity & health*. 2015;20(1): s.49–65.
114. Simon J, Kiss N, Łaszewska A, Mayer S. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for labour migrants in the European Region. World Health Organisation Regional Office for Europe; 2015.
115. Moyce SC, Schenker M. Migrant workers and their occupational health and safety. *Annual review of public health*. 2018;39: s.351–365.
116. Smoleń A. Problemy zdrowotne polskich emigrantów poakcesyjnych. Implikacje dla systemów opieki zdrowotnej. *Problemy Zarządzania*. 2013;(1/2013 (41) t. 2): s.227–239.
117. MacKian S. A review of health seeking behaviour: problems and prospects. *Health Systems Development Programme*. 2003;
118. Thompson AE, Anisimowicz Y, Miedema B, Hogg W, Wodchis WP, Aubrey-Bassler K. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC family practice*. 2016;17(1):38.
119. Maneze D, DiGiacomo M, Salamonson Y, Descallar J, Davidson PM. Facilitators and Barriers to Health-Seeking Behaviours among Filipino Migrants: Inductive Analysis to Inform Health Promotion [Internet]. *BioMed Research International*. 2015 [cytowane 10 listopad 2019]. Dostępne na: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/506269/>
120. Main I. Medical Travels of Polish Female Migrants in Europe. *Sociologicky Casopis*. 2014;50(6): s.897–918.
121. Osipovič D. ‘If I get ill, It’s onto the plane, and off to Poland.’ use of health care services by polish migrants in London. *Central and Eastern European Migration Review* 2(2): s.98-114.
122. Aakerman E, Essén B, Westerling R, Larsson E. Healthcare-seeking behaviour in relation to sexual and reproductive health among Thai-born women in Sweden: A qualitative study. *Culture, health & sexuality*. 2017;19(2): s.194–207.
123. Lee JY, Kearns RA, Friesen W. Seeking affective health care: Korean immigrants’ use of homeland medical services. *Health & Place*. 2010;16(1): s.108–115.
124. Osipovič D. ‘If I Get Ill, it’s onto the Plane, and off to Poland.’ Use of Health Care Services by Polish Migrants in London. *Central and Eastern European Migration Review* 2(2): s.98-114.
125. Choi JY. Negotiating old and new ways: contextualizing adapted health care-seeking behaviors of Korean immigrants in Hawaii. *Ethnicity & health*. 2013;18(4):350–366.

126. Burroughs VJ, Maxey RW, Levy RA. Racial and ethnic differences in response to medicines: towards individualized pharmaceutical treatment. *Journal of the National Medical Association*. 2002;94(10 Suppl):1.
127. Ogedegbe G, Shah NR, Phillips C, Goldfeld K, Roy J, Guo Y, i in. Comparative effectiveness of angiotensin-converting enzyme inhibitor-based treatment on cardiovascular outcomes in hypertensive blacks versus whites. *Journal of the American College of Cardiology*. 2015;66(11): s.1224–1233.
128. Green CR, Anderson KO, Baker TA, Campbell LC, Decker S, Fillingim RB, i in. The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain medicine*. 2003;4(3): s.277–294.
129. Ibrahim SA, Whittle J, Bean-Mayberry B, Kelley ME, Good C, Conigliaro J. Racial/ethnic variations in physician recommendations for cardiac revascularization. *American journal of public health*. 2003;93(10): s.1689–1693.
130. File:Non-national population by group of citizenship, 1 January 2019.png - Statistics Explained [Internet]. [cytowane 10 lipiec 2020]. Dostępne na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Non-national_population_by_group_of_citizenship,_1_January_2019.png
131. GDP ranking [Internet]. World Bank. 2020 [cytowane 10 lipiec 2020]. Dostępne na: <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/gdp-ranking>
132. Population of the UK by country of birth and nationality - Office for National Statistics 2019 [Internet]. [cytowane 10 lipiec 2020]. Dostępne na: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/internationalmigration/datasets/populationoftheunitedkingdombycountryofbirthandnationality>
133. Citizenship [Internet]. GOV.UK. [cytowane 3 luty 2019]. Dostępne na: <https://www.gov.uk/government/publications/immigration-statistics-october-to-december-2016/citizenship>
134. Population of the UK by country of birth and nationality - Office for National Statistics [Internet]. 2019 [cytowane 1 luty 2019]. Dostępne na: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/internationalmigration/datasets/populationoftheunitedkingdombycountryofbirthandnationality>
135. Skawińska M. Analiza funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej (na przykładzie Szwecji, Wielkiej Brytanii, Polski i Niemiec). *Studia Medyczne*. 2009;13: s.69–77.
136. Wielicka K. Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie / Politechnika Śląska*. (70 (2014)): s.491–504.

137. Tataro T, Słoniewski R, Dera P. Systemy opieki zdrowotnej. Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny; 2010. s. 249
138. How much is the NHS prescription charge? [Internet]. nhs.uk. 2018 [cytowane 10 lipiec 2020]. Dostępne na: <https://www.nhs.uk/common-health-questions/nhs-services-and-treatments/how-much-nhs-prescription-charge/>
139. Get help with prescription costs [Internet]. nhs.uk. 2018 [cytowane 31 styczeń 2020]. Dostępne na: <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/help-with-health-costs/get-help-with-prescription-costs/>
140. Harker R. NHS Expenditure. 17 styczeń 2020 [cytowane 10 lipiec 2020]; Dostępne na: <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/sn00724/>
141. Eurostat - Data Explorer [Internet]. [cytowane 27 grudzień 2019]. Dostępne na: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
142. Participation E. Equality Act 2010 [Internet]. [cytowane 9 październik 2017]. Dostępne na: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/contents>
143. NHS entitlements: migrant health guide - GOV.UK [Internet]. [cytowane 23 czerwiec 2017]. Dostępne na: <https://www.gov.uk/guidance/nhs-entitlements-migrant-health-guide>
144. Collantes S. Access to Health Care for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries: Law and Practice. HUMA Network; 2009.
145. Registration refused: A study on access to GP registration in England [Internet]. Doctors of the World; Dostępne na: <https://www.doctorsoftheworld.org.uk/Handlers/Download.ashx?IDMF=a65a22a3-5a74-40c5-af49-34cd1c7b2953>
146. Visitor & Migrant NHS Cost Recovery Programme. Guidance on implementing the overseas visitor hospital charging regulations 2015. Ways in which people can be lawfully resident in the UK. [Internet]. 2016 [cytowane 14 lipiec 2017]. Dostępne na: <https://www.gov.uk/government/publications/guidance-on-overseas-visitors-hospital-charging-regulations>
147. Ordinary Resident Tool [Internet]. [cytowane 14 lipiec 2017]. Dostępne na: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/430967/OR_Tool__1_.pdf
148. The National Health Service (Charges to Overseas Visitors) Regulations 2015 [Internet]. National Health Service; [cytowane 20 lipiec 2017]. Dostępne na: http://www.legislation.gov.uk/uksi/2015/238/pdfs/uksi_20150238_en.pdf
149. Informacja nt. konsekwencji uporządkowanego Brexitu [Internet]. Ministerstwo Zdrowia. 2020 [cytowane 30 styczeń 2020]. Dostępne na:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacja-nt-konsekwencji-uporzadkowanego-brexitu>

150. Pay for UK healthcare as part of your immigration application: When you need to pay - GOV.UK [Internet]. [cytowane 20 lipiec 2017]. Dostępne na: <https://www.gov.uk/healthcare-immigration-application/when-you-need-to-pay>
151. Simonnot N, Rodriguez A, Nuenberg M, Fille F, Aranda-Fernandez P-E, Chauvin P. Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities in 12 countries [Internet]. 2016. Dostępne na: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01493906/>
152. Information sharing with the Home Office: Guidance for overseas patients. Department of Health; 2014.
153. Vernon G. Denunciation: a new threat to access to health care for undocumented migrants. *British Journal of General Practice*. 2012;62(595): s.98–99.
154. Migranci o nieuregulowanym statusie pobytu. Dostęp do opieki zdrowotnej w 10 krajach członkowskich Unii Europejskiej [Internet]. Luksemburg: Agencja Praw Podstawowych Unii Europejskiej; 2011 [cytowane 24 styczeń 2020]. Dostępne na: <https://op.europa.eu/pl/publication-detail/-/publication/04af6ab7-34e3-404d-8c9b-6668b421491e>
155. Language Line Solutions Translation Services | LanguageLine Solutions [Internet]. [cytowane 23 czerwiec 2017]. Dostępne na: <https://www.language.com>
156. Telephone Interpreting Service. Language Identification Card [Internet]. [cytowane 23 czerwiec 2017]. Dostępne na: <https://www.language.com/hubfs/LIC%20A4%200845.pdf?t=1491859701720>
157. Korzystanie z usług tłumacza ustnego – co należy wiedzieć [Internet]. Mental Welfare Commission of Scotland; 2013 [cytowane 23 czerwiec 2017]. Dostępne na: <http://www.mwscot.org.uk/media/138001/polish.pdf>
158. NHS 24 Opieka zdrowotna w sytuacjach nagłych w języku pacjenta [Internet]. NHS; [cytowane 23 czerwiec 2017]. Dostępne na: <http://www.nhs24.com/contactus/otherlanguages/~-/media/nhs24/leaflets/languages/language%20line%20polish%20v3.ashx>
159. Gan S. Lost in translation. How much is translation costing the NHS, and how can we both cut costs and improve service provision? 2012.
160. Van Damme-Ostapowicz K. Kontekst kultury w opiece zdrowotnej na świecie. W: Krajewska-Kułak E, Guzowski A, Bejda G, Lankau A, redaktorzy. Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej. Białystok: Poznań: Wydawnictwo Naukowe Silva Rerum; 2016. s. 229–39.

161. Zeh P, S HK, hu, Cannaby AM, Sturt JA. Cultural barriers impeding ethnic minority groups from accessing effective diabetes care services: a systematic review of observational studies. *Divers Equal Health Care*. 12 marzec 2015;11(1).
162. Thomas VN, Saleem T, Abraham R. Barriers to effective uptake of cancer screening among Black and minority ethnic groups. *International Journal of Palliative Nursing*. 2005;11(11):562, 564–71.
163. Nazroo JY. The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism. *American Journal of Public Health*. 2003;93(2): s.277–284.
164. NHS England» NHS Equality and Diversity Council [Internet]. [cytowane 27 lipiec 2017]. Dostępne na: <https://www.england.nhs.uk/about/equality/equality-hub/edc/>
165. A refreshed Equality Delivery System for the NHS [Internet]. NHS; 2013 [cytowane 28 wrzesień 2017]. Dostępne na: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/11/eds-nov131.pdf>
166. A refreshed Equality Delivery System for the NHS [Internet]. NHS; 2013 [cytowane 28 wrzesień 2017]. Dostępne na: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/11/eds-nov131.pdf>
167. NHS Equality and Diversity Council - Annual Report 2016/2017. NHS; 2017.
168. Sashidharan S. From Outside to Inside: Improving Mental Health Services for Black and Minority Ethnic Communities in England. *Mental Health Review Journal*. 2003;8(3): s.22–25.
169. Salway S, Mir G, Turner D, Ellison GTH, Carter L, Gerrish K. Obstacles to “race equality” in the English National Health Service: Insights from the healthcare commissioning arena. *Social Science & Medicine* 1982. 2016;152: s.102–110.
170. Szczepura A. Access to health care for ethnic minority populations. *Postgraduate Medical Journal*. 4 marzec 2005;81(953):141.
171. Saunders CL, Abel GA, Turabi AE, Ahmed F, Lyratzopoulos G. Accuracy of routinely recorded ethnic group information compared with self-reported ethnicity: evidence from the English Cancer Patient Experience survey. *BMJ Open*. 1 czerwiec 2013;3(6)
172. WHO | Female genital mutilation [Internet]. WHO. [cytowane 20 kwiecień 2018]. Dostępne na: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>
173. Female Genital Mutilation Act 2003 [Internet]. [cytowane 20 kwiecień 2018]. Dostępne na: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2003/31/contents>
174. McVeigh T. Female circumcision growing in Britain despite being illegal [Internet]. *the Guardian*. 2010 [cytowane 20 kwiecień 2018]. Dostępne na:

<http://www.theguardian.com/society/2010/jul/25/female-circumcision-health-child-abuse>

175. Female Genital Mutilation (FGM) Enhanced Dataset [Internet]. NHS Digital; 2017 [cytowane 20 kwiecień 2018]. Dostępne na: <https://files.digital.nhs.uk/publication/g/c/fgm-apr-2016-mar-2017-exp-rep.pdf>
176. Forward - (Foundation for Women's Health Research and Development) [Internet]. Forward. [cytowane 20 kwiecień 2018]. Dostępne na: <http://forwarduk.org.uk/>
177. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet*. 2013;381(9873): s.1235–1245.
178. Hnilicová H, Dobiášová K. Migrants' Health and Access to Healthcare in the Czech Republic. *Central European Journal of Public Health*. 1 wrzesień 2011;19(3):134.
179. Włodarczyk D, Łazarewicz M, Winiarska A. Medical University of Warsaw International Students' Satisfaction, Needs and Well-Being– SUPP Study 2015. Warsaw; 2015.
180. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, World Health Organization, redaktorzy. *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013.
181. Iwanowicz E. „Health literacy” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego. *Medycyna Pracy*. 2009;60(5): s.427–437.
182. Mirczak A. Health literacy level among elderly and chronic disease self-management. *Journal of Education, Health and Sport* 2017;7(3): s.72–85.
183. Silverman D, Konecki K, Ostrowska J. *Prowadzenie badań jakościowych*. Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011.
184. Leydon GM, Boulton M, Moynihan C, Jones A, Mossman J, Boudioni M, i in. Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *Bmj*. 2000;320(7239): s.909–913.
185. Smith DM, Donnelly PJ, Howe J, Mumford T, Campbell A, Ruddock A, i in. A qualitative interview study of people living with well-controlled Type 1 diabetes. *Psychology & health*. 2018;33(7): s.872–887.
186. Sampson R, Barbour R, Wilson P. The relationship between GPs and hospital consultants and the implications for patient care: a qualitative study. *BMC family practice*. 2016;17(1):45.
187. Goffman E. *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Routledge; 2017.

188. Stodolak A. Metodologia badań w pielęgniarstwie. Legnica: Wydawnictwo Wyższa Szkoła. 2011;
189. Pasikowski S. Czy wielkość jest niezbędna? O rozmiarze próby w badaniach jakościowych. *Przegląd Badań Edukacyjnych*. 2016;2(21): s.195–211.
190. Urbaniak-Zajac D. O łączeniu badań ilościowych i jakościowych—oczekiwania i wątpliwości. *Przegląd Badań Edukacyjnych*. 2018;1(26): s.121–138.
191. Rzeszutek I. Triangulacja w badaniach społecznych. *Młoda Humanistyka*. 2018;12(2).
192. Tłuściak-Deliowska A. Wykorzystanie epizodów (vignettes) jako metody zbierania danych w badaniach dotyczących przemocy rówieśniczej w szkole. *Przegląd Badań Edukacyjnych*. 2018;1(26): s.195–214.
193. Jenkins N, Bloor M, Fischer J, Berney L, Neale J. Putting it in context: the use of vignettes in qualitative interviewing. *Qualitative Research*. 1 kwiecień 2010;10(2):175–98.
194. Evans SC, Roberts MC, Keeley JW, Blossom JB, Amaro CM, Garcia AM, i in. Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 1 maj 2015;15(2): s.160–170.
195. Ross S, Moffat K, McConnachie A, Gordon J, Wilson P. Sex and attitude: a randomized vignette study of the management of depression by general practitioners. *British Journal of General Practice*. 1 styczeń 1999;49(438): s.17–21.
196. Abrahamowicz M, Fortin PR, Du RB, Nayak V, Neville C, Liang MH. The relationship between disease activity and expert physician's decision to start major treatment in active systemic lupus erythematosus: a decision aid for development of entry criteria for clinical trials. *The Journal of rheumatology*. luty 1998;25(2): s.277–284.
197. Werner P. Family physicians' perceptions and predictors regarding the competence of a person with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 25 październik 2006;22(4): s.320–326.
198. Atzmüller C, Steiner PM. Experimental vignette studies in survey research. *Methodology*. 2010;
199. Barter C, Renold E. The use of vignettes in qualitative research. *Social research update*. 1999;25(9):1–6.
200. Hughes R, Huby M. The application of vignettes in social and nursing research. *Journal of advanced nursing*. 2002;37(4): s.382–386.
201. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresselhaus TR, Lee M. Comparison of Vignettes, Standardized Patients, and Chart Abstraction: A Prospective Validation Study of 3 Methods for Measuring Quality. *JAMA*. 5 kwiecień 2000;283(13): s.1715–1722.

202. Sieć Szpitali – Ministerstwo Zdrowia [Internet]. [cytowane 31 sierpień 2018]. Dostępne na: <http://siecszpitali.mz.gov.pl/>
203. Grzeszkiewicz-Radulska K. Jak w Polsce rozwija się zjawisko niedostępności respondentów? Analiza na przykładzie badań CBOS 1993–2011. *Przegląd Socjologiczny*. 2012;61(1): s.83–111.
204. Biuro Spraw Studenckich | Warszawski Uniwersytet Medyczny [Internet]. [cytowane 18 styczeń 2019]. Dostępne na: <http://dos.wum.edu.pl/content/ubezpieczenia>
205. European Consortium for Emergency Contraception [Internet]. ECEC. [cytowane 21 czerwiec 2018]. Dostępne na: <http://www.ec-ec.org/emergency-contraception-in-europe/country-by-country-information-2/norway/>
206. Dąbrowska K. W jakim kierunku zmierzają relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem w Polsce? *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*. 2008;4(4): s.278–281.
207. Dokumenty uprawniające | Portal instytucji łącznikowej [Internet]. [cytowane 2 grudzień 2018]. Dostępne na: <https://www.ekuz.nfz.gov.pl/informacje-dla-swiadczeniodawcow/dokumenty-uprawnijace>
208. Main I. Lepsze światy medyczne? Zdrowie, choroba i leczenie polskich migrantek w perspektywie antropologicznej, [Internet]. Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2018 [cytowane 5 listopad 2019]. Dostępne na: <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-4a75d7f4-ffd1-41ba-a0fa-93327d6802da>
209. Danielewicz M. Sprawa Oksany: Są zarzuty dla biznesmena, który nie pomógł Ukraince [Internet]. *Głos Wielkopolski*. 2018 [cytowane 11 listopad 2019]. Dostępne na: <https://gloswielkopolski.pl/sprawa-oksany-sa-zarzuty-dla-biznesmena-ktory-nie-pomogl-ukraince/ar/12957682>
210. Dembiński A. Ciało Ukrainca pod Skokami. Zatrzymano właścicielkę firmy produkującej trumny, gdzie pracował. Kobieta miała wywieźć go do lasu. Tam zmarł [Internet]. *Głos Wielkopolski*. 2019 [cytowane 11 listopad 2019]. Dostępne na: <https://gloswielkopolski.pl/cialo-ukrainca-pod-skokami-zatrzymano-wlascicielke-firmy-produkujacej-trumny-gdzie-pracowal-kobieta-miala-wywiezc-go-do-lasu/ar/c1-14232663>
211. Cel 3: Zapewnić wszystkim ludziom w każdym wieku zdrowe życie oraz promować dobrobyt [Internet]. [cytowane 16 październik 2019]. Dostępne na: <http://www.un.org/cel3>
212. Gaciong Z. Medycyna personalizowana–nowa era diagnostyki i farmakoterapii. *Biotechnologia*. Monografie. 2009;5: s.11–17.
213. Fronczak A, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Oficyna Wydawnicza. *Medycyna personalizowana: mity, fakty, rekomendacje*. Łódź; Warszawa: Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; 2016.

214. Kiszka J, Ozga D, Mach A, Krajewski R. Udzielanie pomocy pacjentom odmiennym kulturowo na tle współczesnych migracji ludności w Europie. *Pielęgniarstwo XXI Wieku*. 2018;17 (1 (62)):30–6.

SPIS AKTÓW PRAWNYCH

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 2009 r., poz. 946)
2. Konwencja dotycząca statusu uchodźców, sporządzona w Genewie dnia 28 lipca 1951 r.
3. Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r.
4. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego
5. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego
6. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej
7. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 604/2013 z dnia 26 czerwca 2013 r. w sprawie ustanowienia kryteriów i mechanizmów ustalania państwa członkowskiego odpowiedzialnego za rozpatrzenie wniosku o udzielenie ochrony międzynarodowej złożonego w jednym z państw członkowskich przez obywatela państwa trzeciego lub bezpaństwowca.
8. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2017/850 z dnia 17 maja 2017 r. zmieniające rozporządzenie nr 539/2001 wymieniające państwa trzecie, których obywatele muszą posiadać wizy podczas przekraczania granic zewnętrznych, oraz te, których obywatele są zwolnieni z tego wymogu.
9. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady 2018/1806 z dnia 14 listopada 2018 r. wymieniające państwa trzecie, których obywatele muszą posiadać wizy podczas przekraczania granic zewnętrznych, oraz te, których obywatele są zwolnieni z tego wymogu
10. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/32/UE z dnia 26 czerwca 2013 r. w sprawie wspólnych procedur udzielania i cofania ochrony międzynarodowej;

11. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/33/UE z dnia 26 czerwca 2013 r. w sprawie ustanowienia norm dotyczących przyjmowania wnioskodawców ubiegających się o ochronę międzynarodową;
12. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 z późn. zm.)
13. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1666 z późn. zm).
14. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm).
15. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882)
16. Ustawa z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. z 2019 r. poz. 1598)
17. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2009 poz. 418)
18. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.)
19. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 z późn. zm.).
20. Ustawa z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (Dz. U. z 2019 r. poz. 1397 z późn. zm.)
21. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn.zm.)
22. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 czerwca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. poz. oz. 1066)
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2015 poz. 1400, z późn. zm.)
24. Zarządzenie nr 69/2016/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć

25. Zarządzenie nr 71/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne

SPIS TABEL I WYKRESÓW

Spis tabel

Tabela 1. Liczba zezwoleń na pracę cudzoziemców wydanych w latach 2015-2019 w Polsce i woj. mazowieckim. Zestawienie własne wg danych GUS(13)

Tabela 2. Liczba obywateli UE i ich rodzin, którzy posiadają ważne dokumenty potwierdzające prawo pobytu na terytorium RP w 2019. Zestawienie własne na podstawie danych UdSC(2)

Tabela 3. Liczba obywateli państw trzecich, którzy posiadają ważne dokumenty potwierdzające prawo pobytu na terytorium RP – bez osób w ochronie międzynarodowej oraz osób posiadających wizy. Zestawienie własne na podstawie danych Urzędu do Spraw Cudzoziemców (stan na 1.01.2020 r.)(2)

Tabela 4. Osoby ubiegające się o ochronę międzynarodową w 2019 roku (zestawienie własne na podstawie danych UdSC. Raporty okresowe. Zestawienia roczne(2))

Tabela 5. Liczba osób, wobec których w 2019 r. wydano decyzje w sprawie o udzielenie ochrony międzynarodowej w RP w 2018 roku. Zestawienie własne na podstawie danych Urzędu do Spraw Cudzoziemców(2)

Tabela 6. Porównanie liczby cudzoziemców oraz ich udziału w ogólnej populacji w Polsce i Wielkiej Brytanii (zestawienie własne na podstawie danych Eurostat, dane 1 stycznia 2019 roku(130))

Tabela 7. Mieszkańcy niebędący obywatelami Wielkiej Brytanii według narodowości w okresie styczeń – grudzień 2019 – 10 najliczniej występujących obywatelstw (zestawienie własne na podstawie danych ONS(132))

Tabela 8. Macierz wykorzystana przy konstrukcji scenariuszy winiet

Tabela 9. Dobór placówek POZ do badania na terenie Miasta Stołecznego Warszawa

Tabela 10. Dobór placówek POZ do badania na terenie województwa mazowieckiego

Tabela 11. Dobór szpitali biorących udział w badaniu - podział ze względu na klasę kwalifikacji

Tabela 12. Dobór szpitali biorących udział w badaniu - podział ze względu na lokalizację geograficzną

Tabela 13. Odpowiedzi udzielone na pytanie: Co zwykle robisz, kiedy podczas pobytu w Polsce poczujesz się chory? (respondenci mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

Tabela 14. Podsumowująca tabela dwudzielcza: Częstości obserwowane wraz z procentami odpowiedzi udzielonych na pytanie o wiedzę dotyczącą system opieki zdrowotnej i znajomość języka polskiego.

Tabela 15. Podsumowanie wyników odpowiedzi na pytania: „Czy kiedykolwiek czuleś, że pracownicy opieki zdrowotnej traktują Cię GORZEJ od pacjentów, którzy są Polakami?” i „Czy kiedykolwiek czuleś, że pracownicy opieki zdrowotnej traktują cię LEPIEJ od pacjentów, którzy są Polakami?”

Tabela 16. Ocena pracowników rejestracji dotycząca częstości zgłaszania się pacjentów-cudzoziemców. Na szaro zaznaczone zostały placówki znajdujące się na terenie Warszawy (Kolejność placówek zmieniona ze względu na lokalizację)

Tabela 17. Obszary rozpoznawane przez poszczególne kategorie respondentów biorących udział w badaniu, jako główne obszary problemów w trakcie udzielania świadczeń cudzoziemcom (na podstawie pytań o najtrudniejsze przypadki oraz główne problemy występujące w trakcie opieki). Niektórzy z badanych podawali więcej niż jeden obszar trudności.

Tabela 18. Liczba osób deklarujących znajomość języka angielskiego w stopniu umożliwiającym obsługę pacjenta angielskojęzycznego w badanych placówkach. Respondenci oznaczeni „*” zadeklarowali, iż mimo znajomości języka angielskiego woleliby skorzystać z pomocy tłumacza.

Tabela 19. Zestawienie dotyczące poprawnego opisu zasad rozliczania świadczeń udzielonych pacjentom ligitymujących się kartą EKUZ przez pracowników rejestracji i administracji w badanych placówkach.

Tabela 20. Zestawienie dotyczące poprawnego opisu zasad rozliczania świadczeń udzielanych cudzoziemcom studiującym w Polsce, przez pracowników rejestracji i administracji w badanych placówkach.

Tabela 21. Postawy wyrażane przez pracowników poszczególnych placówek związane z wpływem różnic kulturowych na opiekę nad cudzoziemcami. W jednej placówce różni

pracownicy mogli wyrażać różne postawy (niekiedy jedna i ta sama osoba mogła wyrażać dwie postawy).

Spis wykresów

Wykres 1. Liczba cudzoziemców posiadających ważne karty pobytu w poszczególnych latach. Liczby te nie uwzględniają cudzoziemców przebywających na podstawie wizy albo w ruchu bezwizowym. Zestawienie własne na podstawie danych UdSC(2)

Wykres 2. Liczba wiz (krajowych i Schengen) wydanych przez polskie urzędy konsularne w poszczególnych latach. Zestawienie własne na podstawie Raportów Polskiej Służby Konsularnej oraz danych przekazanych przez MSZ(17). Od 2017 roku można zauważyć spadek wydawanych wiz, co ma związek ze zniesieniem w czerwcu 2017 r. obowiązku posiadania wizy przez obywateli Ukrainy podróżujących do UE w określonych przypadkach.

Wykres 3. Liczba osób, które złożyły wniosek o udzielenie ochrony międzynarodowej w RP w poszczególnych latach. Zestawienie własne na podstawie danych UdSC(2)

Wykres 4. Liczba respondentów biorących udział w badaniu studentów ED MUW w podziale na poszczególne lata urodzenia.

Wykres 5. Procent odpowiedzi na pytanie o ocenę znajomości języka polskiego w skali od 1 do 5. (Gdzie poziom 1 oznaczał „Nie znam języka polskiego”, poziom 5 oznaczał „Znam polski w stopniu biegłym w mowie i piśmie”)

Wykres 6. Odsetek odpowiedzi udzielonych na pytanie “Czy zdarza się, że czasem przekładasz wizytę u lekarza, tak aby skorzystać z pomocy medycznej w swoim kraju pochodzenia?”

Wykres 7. Odpowiedzi studentów udzielone na pytanie o podstawę ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce.

Wykres 8. Procent odpowiedzi udzielonych na pytanie: „Czy uważasz, że Twoja wiedza o polskim systemie opieki zdrowotnej jest wystarczająca (jeśli masz problemy zdrowotne, wiesz jaki rodzaj pomocy medycznej możesz uzyskać i gdzie)”.

Wykres 9. Odpowiedzi na pytanie czy studenci mieli kiedykolwiek w przeszłości trudności z otrzymaniem pomocy medycznej z powodu braku znajomości sposobu funkcjonowania polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Wykres 10. Podsumowanie wyników pytań dotyczących działań, które powinny być podjęte według studentów ED MUW

Spis rysunków

Rysunek 1. Pochodzenie respondentów biorących udział w badaniu studentów ED MUW - liczba osób pochodzących z poszczególnych kontynentów

Rysunek 2. Główne kategorie osób pełniących rolę tłumaczy w trakcie korzystania przez cudzoziemców z opieki zdrowotnej , na podstawie wywiadów prowadzonych w ramach badań własnych.

Rysunek 3. Najczęściej wymieniane strategie wybierane przez pracowników systemu ochrony zdrowia w przypadku braku możliwości porozumienia się z pacjentem obcojęzycznym w jego języku

Rysunek 4. Pokonywanie bariery językowej – schemat postępowania w badanych placówkach.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1. Ankieta wykorzystania w czasie badania dostępu do opieki medycznej studentów wydziału English Division WUM

A survey for ED and EDD students of the Medical University of Warsaw, about using medical care in Poland

The following questions regard your experiences with healthcare in Poland. It will broaden our knowledge about the functioning of the medical care system in Poland. Thanks to the survey we will propose recommendations how to improve the medical care services for foreign students. The results are going to be presented to the management of The Medical University of Warsaw. The survey is fully anonymous, does not require giving personal data.

It will take less than 10 minutes to fill it.

Thank you for your help
Maria Strzemieczna

maria.strzemieczna@wum.edu.pl

1. What do you usually do when you feel ill (when you are in Poland)? (You can select more than one answer)

- I try to cure my condition by myself
- I use the help of friends who are physicians/health care providers
- I use public health care
- I use a private insurance package
- I go privately to a doctor/clinic
- Other:

.....

2. Do you sometimes postpone visits to a doctor so that you can use medical care while you are in your country of origin?

- Definitely yes
- Rather yes
- Difficult to say
- Rather no

Definitely no

3. If you sometimes postpone visits to a doctor so that you can use medical care while you are in your country of origin, what is the reason (you can select more than one answer):

a) I have more confidence in medical care in my country of origin (I can get better treatment in my country of origin)

b) Using medical care in my country of origin is easier for me due to language

c) In my country of origin I go to a doctor who knows my medical history

d) I am not sure how to enroll in a clinic or make medical tests in Poland

e) I do not have health insurance in Poland

Other:

4. On what basis are you insured in Poland:

a) I have voluntarily purchased health insurance from National Health Fund (pl. NFZ - Narodowy Fundusz Zdrowia)

b) I have voluntarily purchased other health insurance, what is its name:

.....

c) I am insured by Medical University of Warsaw – MUW

d) I am insured by another institution, what is the name of the institution:

.....

e) I am insured by a family member (eg parent, spouse)

f) I am insured in another EU country – I use European Health Insurance Card (EHIC)

g) I am not insured

h) I do not know

5. What are your main sources of information about health care in Poland? (Eg what kind of help you can get, how you can sign up for a doctor / clinic, what documents are required for medical care)? (you can select more than one answer)

a) From health care workers

b) From other foreigners

c) Non-governmental organizations for foreigners

d) From friends/ relatives who are Polish

e) From the Internet, what kind of websites:

f) From the staff of the Warsaw Medical University

g) Hard to say / I do not know

Other:

6. Do you think that your knowledge of the Polish healthcare system is sufficient (if you have health problems, do you know what kind of help you can get and where you can get it)?

Definitely yes

Rather yes

Difficult to say

Rather no

Definitely no

7. Did you ever have a problem getting health care due to a lack of knowledge of the Polish healthcare system?

Definitely yes

Rather yes

Difficult to say

Rather no

Definitely no

8. Have you used medical care in Poland?

I used medical care in Poland

I have not had any health issues during my stay in Poland and I have never used medical care in Poland -- please skip to question number 17

I do not use medical care in Poland but I experienced health issues during my stay in Poland. Please describe briefly, what was the reason you did not use medical care when you experienced health issues in Poland?

.....

9. What kind of the health care institutions have you used in Poland? (You can select more than one answer):

Primary Care Outpatient Clinic (pl. przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej) -

including GP / Family doctor

- Medical Specialist
- Hospital (I was hospitalized)
- Other:

10. Have you ever delayed going for medical help because you did not know where to go or what kind of help you can get?

- Yes
- Difficult to say
- No

11. Did the healthcare staff you have had contact with ever not know if you had the right to health care in Poland or what the conditions of your insurance were?

- Yes
- Difficult to say
- No

12. What language did you use for communication with the clinic/ hospital staff? (you can select more than one answer)

- a) In Polish (I know the Polish language in a level that allows me to communicate)
- b) In English (health care workers with whom I had contact with, was able to communicate in English)
- c) Someone from the clinic/hospital staff was translating
- d) A friend of mine, who knows Polish and the language I know, was translating
- e) I paid someone for translation in the clinic/hospital
- f) There was someone from non-governmental organization or other institution, who was

helping, what was the name of this organization:

- Other:

13. Was this way of communication satisfactory to you?

- Definitely yes
- Rather yes
- Difficult to say
- Rather no

Definitely no

14. If no, please, explain briefly why this way of communication was not satisfactory for you:

.....
.....
.....

15. Did you experience any discomfort associated with cultural/religious differences while using the health care system in Poland?

- Definitely yes
- Rather yes
- Difficult to say
- Rather no
- Definitely no

16. Have you had any of the following problems during your use of healthcare in Poland: (You can select more than one answer)

- a) I felt uncomfortable because the medical staff that took care of me was of opposite gender
- b) Medical advice was not suitable for my culture or religion
- c) Discriminatory comments or behaviour from medical staff
- d) Discriminatory comments or behaviour from other patients
- e) I never had problems like the above
- Other:

.....
.....

17. Have you ever felt that the healthcare staff treated you WORSE than the patients who are Polish?

- Definitely yes
- Rather yes
- Difficult to say
- Rather no
- Definitely no

18. Have you ever felt that the healthcare staff treated you BETTER than the patients who are Polish?

- Definitely yes
- Rather yes
- Difficult to say
- Rather no
- Definitely no

19. Do you think that the Medical University of Warsaw should take some actions to make it easier for students - foreigners to get medical care?

- Definitely yes
- Rather yes
- Difficult to say
- Rather no
- Definitely no

20. If yes, what actions should the Medical University of Warsaw take to make it easier for students - foreigners to get medical care? (You can select more than one answer)

- a) Available personal consultation in MUW about using the medical system in Poland
- b) Leaflets for first-year students about the conditions of medical insurance and ways to enroll in the medical system
- c) Website dedicated to foreign students with updated information about medical insurance
- d) Assistance while enrolling in a clinic
- e) Translation services during medical visits
- f) Improve access to medical insurance for Medical University of Warsaw students
- Other:

.....
.....
.....

21. Do you think there is a need to take some actions in Poland to make it easier for foreigners (not only students of MUW) to use the medical system?

- Definitely yes
- Rather yes
- Difficult to say
- Rather no
- Definitely no

22. If yes, what actions should be taken to make it easier for foreigners to get medical care? (You can select more than one answer)

- a) Information programs dedicated for foreigners about the medical system in Poland (eg leaflets, online website, phone line)
- b) Special health care centers prepared for serving foreigners (with translators or multilingual staff members)
- c) Language line enabling translation via phone in clinic and hospitals
- d) Translating services during medical visits
- e) Improve access to medical insurance for foreigners
- f) Information programs dedicated for medical staff about the conditions of health insurance for foreigners
- g) Improving cultural competence of medical staff in Poland
- h) Improving language competence of medical staff in Poland
- Other:

.....

.....

.....

Demographics

Please provide us some basic information about you which will be helpful in the analysis of your answers to this survey

23. What is your gender?

- Female
- Male
- Other

24. Year of birth:

25. Country of your citizenship:

26. Faculty:

a) English Division of the Second Faculty of Medicine

b) English Dentistry Division

c) I am student on Erasmus Programme

Other:

.....

27. Year of study:

28. How would you rate your level of competence with the Polish language from 1 to 5?

1 2 3 4 5

29. Your comments regarding access to medical health care for students of MUW who are foreigners or this survey:

.....

.....

Thank you for completing the survey!!

Załącznik nr 2. Scenariusze winiet wykorzystane w badaniu placówek w województwie mazowieckim

- Przypadek 1

Do placówki trafia 50-letni obywatel Niemiec. Ma przy sobie niemiecki dowód osobisty. Mówi tylko w języku niemieckim, ale jest z nim kobieta, która mówi, że będzie tłumaczyć na język polski. Chory skarży się na gorączkę, wymioty i biegunkę utrzymującą się od trzech dni.

- Przypadek 2

Do placówki przychodzi kobieta, obywatelka Ukrainy, 38 lat. Ma przy sobie paszport z wizą pracowniczą oraz dokumentację medyczną w języku rosyjskim. Posługuje się językiem ukraińskim. Kobieta ma kłopoty w poruszaniu się. Widać, że przy ruchu odczuwa silny ból w odcinku lędźwiowym. Pomaga jej towarzysząca jej koleżanka, także Ukrainka niemówiąca po polsku.

- Przypadek 3

Do placówki przyprowadzają kobietę, 65 lat. Jest obywatelką Czeczeni, ma przy sobie Tymczasowe Zaświadczenie Tożsamości Cudzoziemca. Kobieta jest pobudzona, splątana, nie odpowiada na pytania, ale mówi cały czas coś po czeczeńsku i rosyjsku. Z relacji świadków wynika, że jest osobą oczekującą w ośrodku na przyznanie statusu uchodźcy.

- Przypadek 4

Do placówki przychodzi obywatelka Nigerii, 24 lata. Mówi w języku angielskim. Legitymuje się kartą pobytu i legitymacją studencką. Ma przy sobie kartę wypisu ze szpitala z Nigerii sprzed pół roku, w języku angielskim. Pokazuje, że boli ją brzuch i chce się widzieć z lekarzem pierwszego kontaktu.

- Przypadek 5

Do placówki trafia 5-letni chłopiec, obywatel Wietnamu. Jest pod opieką rodziców mówiących jedynie w języku wietnamskim, widocznie bardzo zestresowanych. Na migi pokazują, że dziecko uderzyło się w głowę i wymiotowało. Chłopiec jest przytomny, podsypiający.

Rodzice mają przy sobie paszport dziecka z wizą turystyczną oraz książeczkę zdrowia dziecka w języku wietnamskim. W paszport włożone jest zaświadczenie o wykupieniu podróznego ubezpieczenia zdrowotnego.

- Przypadek 6

Do placówki przychodzi mężczyzna 80 lat, obywatel Syrii, posługujący się językiem arabskim. Po polsku zna podstawowe zwroty. Ma przy sobie kartę pobytu świadczącą o tym, że w Polsce ma status ochrony międzynarodowej. Pokazuje, że bolą go kolana obu nóg.

Załącznik nr 3. Scenariusz wywiadu pogłębianego wraz z pytaniami:

Informacje dotyczące zasad badania

Bardzo dziękuję za zgodę na rozmowę. Badanie jest prowadzone na potrzeby pracy doktorskiej dotyczącej opieki medycznej nad cudzoziemcami w województwie mazowieckim. Badanie jest anonimowe, to znaczy w analizie wyników zostaną wykorzystane jedynie informacje, które mi Pani/ Pani przekaże oraz cytaty z Pani/ Pana wypowiedzi, ale bez podania Pani/ Pana danych lub placówki, w której było prowadzone badanie. Za Pani/ Pana zgodą wywiad zostanie nagrany. Nagranie to nie będzie nigdzie upubliczniane, a wykorzystane zostaną tylko podane informacje i zanonimizowane cytaty.

Pytania wstępne

- 1) Jaka jest Pani/ Pana rola w placówce?
- 2) Od jak dawna pracuje Pani/ Pan w tej placówce?
- 3) Jaki ma Pani/ Pan kontakt z pacjentami przyjmowanymi do placówki?
- 4) Czy według Pani/ Pana opinii, z pomocy placówki korzysta dużo pacjentów cudzoziemców?
 - Jak często ma Pani/ Pan kontakt z takimi pacjentami w tygodniu/ miesiącu?

Opis przebiegu badania:

Opis badania: Przedstawię Pani/ Panu teraz po kolei sześć przypadków pacjentów. To hipotetyczne, nieprawdziwe przypadki osób - cudzoziemców, które mogłyby trafić do Państwa placówki. Poproszę Pana/ Panią o przeczytanie opis pacjenta a następnie o odpowiedzenie na kilka pytań związanych z tym, jak by Pani/ Pan postąpił w takiej sytuacji.

Pytania do przypadków:

- 5) W opisanej sytuacji jak pokierowaliby Państwo udzieleniem opieki medycznej temu pacjentowi?
- 6) Jakich wyzwań związanych z opieką nad takim pacjentem by Państwo się spodziewali?
- 7) Czy, a jeśli tak, w jaki sposób zweryfikowaliby Państwo, czy pacjent ma prawo do świadczeń?
- 8) W sytuacji, w której zgłosiłby się do Państwa opisany pacjent, w jaki sposób staraliby Państwo pokonać problemy związane z komunikacją z tym pacjentem?
- 9) Jakiej i w jaki sposób udzieliliby Państwo pacjentowi informacji, co do dalszego sposobu postępowania?
- 10) Czy mieli kiedyś Państwo podobnego pacjenta jak opisywanego w opisanej sytuacji?

Pytania na zakończenie badania:

- 11) Jakie trudności mogą według Pana/ Pani pojawić się w czasie udzielania świadczeń takim cudzoziemcom?
- 12) Czy zna Pan/ Pani jakieś organizacje pozarządowe, czy inne jednostki, które mogłyby pomóc w takiej sytuacji?
- 13) Co według Pana/ Pani mogłoby pomóc w udzielaniu świadczeń takim pacjentom? Jakie działania mogłyby podjąć:

- Władze placówki?
 - Ministerstwo Zdrowia?
 - Ośrodki kształcące kadrę medyczną?
 - Organizacje pozarządowe?
 - Inne podmioty?
- 14) Czy może jakieś rozwiązania czy procedury dotyczące innych typów pacjentów (np. z niepełnosprawnością) można by adaptować do zajmowania się pacjentami – cudzoziemcami?
- 15) Czy według Pana/ Pani warto by prócz przytoczonych przypadków podać jakiś inny przypadek? Może nie uwzględniono jakiegoś aspektu opieki nad takimi cudzoziemcami?

Załącznik nr 4. Lista kodów użyta do analizy badań winietowych:

- 11. Informacje o respondencie
 - 11.1. Informacje o respondencie
 - 11.2. Liczba cudzoziemców – pacjentów w placówce, w opinii respondenta
- 12. Weryfikacja ubezpieczenia i rozliczenie pacjenta - cudzoziemca
 - 12.1. Brak numeru PESEL jako trudność w obsłudze pacjenta
 - 12.2. Pozostałe kwestie związane z ubezpieczeniem zdrowotnym
 - 12.3. Udział lekarza w weryfikacji czy pacjent jest uprawniony do świadczeń
 - 12.4. Podstawy ubezpieczenia dla różnych grup pacjentów
 - 12.5. Pacjenci UE (EKUZ)
 - 12.6. Pacjenci ubezpieczeni z krajów trzecich
 - 12.7. Pacjenci nieubezpieczeni
 - 12.8. Osoby w procedurze azylowej
 - 12.9. Studenci cudzoziemcy
 - 12.10. Ubezpieczenie podrózne
 - 12.11. Osoba o przyznanym statusie
 - 12.12. Prywatne ubezpieczenie
 - 12.13. Dzieci cudzoziemskie
 - 12.14. Pacjenci komercyjni
 - 12.15. Inne kwestie dotyczące ubezpieczenia
 - 12.16. Dostęp do informacji dotyczącej podstaw ubezpieczenia
 - 12.17. Wiedza pacjentów na temat systemu ubezpieczeń
 - 12.18. Wiedza personelu na temat systemu ubezpieczeń
 - 12.19. Wiedza pracodawców i innych podmiotów dotycząca systemu ubezpieczeń
 - 12.20. Uwagi dotyczące zbytnej biurokratyzacji systemu
 - 12.21. Kontakt z NFZ w celu uzyskania informacji
 - 12.22. Kontakt z osobami w placówce w celu uzyskania informacji
 - 12.23. Pacjenci nieudokumentowani
 - 12.24. Ustalenie tożsamości pacjentów bez dokumentów
 - 12.25. Rozliczanie świadczeń udzielonych pacjentom nieubezpieczonym
 - 12.26. Nieubezpieczeni pacjenci na SOR

- 12.27. Nieubezpieczeni pacjenci planowi
 - 12.28. Nieubezpieczeni pacjenci hospitalizacja
 - 12.29. Płatności w kasie
 - 12.30. Wystawianie faktur
 - 12.31. Pomoc z załatwieniem ubezpieczenia w trakcie hospitalizacji
 - 12.32. Problem z uzyskaniem płatności od pacjenta
 - 12.33. Przykładowe koszty porad/ hospitalizacji
 - 12.34. Ułatwienia dotyczące płatności
 - 12.35. Windykacja płatności
13. Rozumienie funkcjonowania polskiego systemu opieki medycznej przez cudzoziemców
- 13.1. Konieczność asystowania choremu
 - 13.2. Poruszanie się w systemie opieki medycznej
 - 13.3. Ocena pacjentów dotycząca opieki medycznej w opinii respondentów
 - 13.4. Postawa „roszczeniowa” wobec polskiego systemu opieki medycznej
14. Komunikacja z pacjentem obcojęzycznym
- 14.1. Porozumienie w wybranych językach
 - 14.1.1. Język angielski
 - 14.1.2. Język rosyjski
 - 14.1.3. Język wietnamski
 - 14.1.4. Inne języki
 - 14.2. Znajomość języka polskiego przez cudzoziemców
 - 14.2.1. Komunikacja z pacjentami - Ukraińcami
 - 14.2.2. Pozostali pacjenci
 - 14.3. Tłumaczenie przez osobę przyprowadzoną przez pacjenta
 - 14.3.1. Tłumaczenie przez znajomego lub członka rodziny pacjenta
 - 14.3.2. Tłumacz wynajęty przez pacjenta
 - 14.3.3. Problemy związane z tłumaczem - znajomym pacjenta
 - 14.3.4. Dzieci w roli tłumaczy
 - 14.3.5. Tłumaczenie przez personel placówki
 - 14.4. Dwujęzyczny personel (cudzoziemcy zatrudnieni w szpitalu w roli tłumaczy)
 - 14.4.1. Tłumaczenie przez personel placówki znający języki obce
 - 14.4.2. Kierowanie do specjalistów mówiących w danym języku

- 14.4.3. Tłumacz spoza placówki
- 14.4.4. Tłumacz z ambasady/ konsulatu
- 14.4.5. Tłumacz z organizacji pozarządowej
- 14.4.6. Tłumacz z gminy
- 14.4.7. Inni tłumacze
- 14.5. Tłumaczenia telefoniczne
 - 14.5.1. Doświadczenia z tłumaczeniem przez telefon
 - 14.5.2. Postawa wobec tłumaczenia przez telefon
- 14.6. Procedury w instytucji
 - 14.6.1. Obecność procedury dotyczącej komunikacji z cudzoziemcem
 - 14.6.2. Lista personelu mówiącego w języku obcym
 - 14.6.3. Lista konsulatów/ ambasad
- 14.7. Postawa wobec problemów językowych
 - 14.7.1. Dostrzeganie problemu językowego
 - 14.7.2. Minimalizowanie problemów z językiem
 - 14.7.3. Oczekiwanie, że pacjent powinien przyjść z tłumaczem
 - 14.7.4. Kierowanie do innych placówek
 - 14.7.5. "Nie wiem co zrobić"
- 14.8. Występowanie sytuacji braku możliwości porozumienia się z pacjentem
- 14.9. Strategie w przypadku braku porozumienia
 - 14.9.1. Komunikacja niewerbalna
 - 14.9.2. Google translator
 - 14.9.3. Pisanie na kartce dawanej choremu
 - 14.9.4. Poleganie na innych, niż wywiad, formach diagnostyki
 - 14.9.5. Angażowanie osób spoza placówki
 - 14.9.6. Angażowanie innych pacjentów do tłumaczenia
- 14.10. Tłumaczenie dokumentacji medycznej
 - 14.10.1. Dokumentacja medyczna chorego
 - 14.10.2. Podpisy chorego pod oświadczeniami i zgodami
- 15. Różnice kulturowe pojawiające się w kontakcie z pacjentami - cudzoziemcami
 - 15.1. Brak wpływu różnic kulturowych na opiekę
 - 15.2. Dostrzeganie wpływu różnic kulturowych na opiekę

- 15.3. Niechęć do odsłaniania ciała
- 15.4. Preferowanie personelu tej samej płci
- 15.5. Udział mężczyzn w leczeniu kobiet
- 15.6. "Wchodzenie grupami"
- 15.7. Inne różnice kulturowe
- 15.8. Konflikty na tle pochodzenia
- 16. Specyficzne problemy medyczne obcokrajowców
 - 16.1. Brak zauważalnych różnic w problemach medycznych
 - 16.2. Choroby zakaźne
 - 16.3. Wypadki przy pracy
 - 16.4. Urazy
 - 16.5. Problemy psychiczne
 - 16.6. Korzystanie z medycyny alternatywnej
 - 16.7. Kwestie związane ze szczepieniami
 - 16.8. Niechęć do brania L4
 - 16.9. *Healthy Migrant*
 - 16.10. Inne problemy medyczne
- 17. Działanie w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia
 - 17.1. Postawa wobec sytuacji prawnej pacjenta w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia
 - 17.2. Problemy językowe w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia
- 18. Dotychczasowe działania podejmowane przez placówkę oraz inne instytucje
 - 18.1. Szkolenia językowe dla personelu
 - 18.2. Szkolenia dla lekarzy
 - 18.3. Szkolenia dotyczące systemu ubezpieczeń
 - 18.4. Działania prowadzone przez organizacje pozarządowe
 - 18.5. Działania skierowane do pacjentów
 - 18.6. Przygotowywania w związku z Euro 2012 lub ŚDM
 - 18.7. Inne działania
- 19. Rekomendacje dotyczące ułatwienia opieki nad cudzoziemcami
 - 19.1. Na poziomie placówki
 - 19.2. Na poziomie systemu ogólnokrajowego
 - 19.3. System edukacji

- 19.4. Organizacje pozarządowe
- 19.5. Doskonalenie językowe
- 19.6. Wsparcie w przypadku pacjentów nieubezpieczonych
- 19.7. Informacja dotycząca funkcjonowania polskiego systemu opieki medycznej
- 19.8. Kwestionariusze po angielsku dla pacjenta
- 19.9. Inne rekomendacje
- 19.10. Porozumienie z pacjentami głuchoniemymi
- 20. Komentarze na meta poziomie dotyczące badania i opieki nad cudzoziemcami
 - 20.1. Najtrudniejszy przypadek
 - 20.2. Największe problemy
 - 20.3. Brakujący przypadek
 - 20.4. Czy zdążają się takie przypadki jak opisane w winietach

Załącznik nr 5. Informacje o osobach biorących udział w badaniu winietowym

Tabela z informacjami o rozmówcach wraz z podaniem ich kodu. Numer kodu jest podawany w pracy przy konkretnych cytatach. Jako lokalizacja wpisano Warszawa lub województwo mazowieckie (kiedy wywiad odbywał się poza Warszawą).

Lp.	Kod wywiadu	Funkcja	Liczba rozmówców	Typ	Placówka	Lokalizacja	Data prowadzenia wywiadu
1	1.1	lekarz	1	publiczna	POZ	Warszawa	2-6-2017
2	1.2	rejestracja	1	publiczna	POZ	Warszawa	2-6-2017
3	1.3	administracja	3	publiczna	POZ	Warszawa	2-6-2017
4	2.1	lekarz	1	publiczna	POZ	Warszawa	3-8-2017
5	2.2	rejestracja	1	publiczna	POZ	Warszawa	3-8-2017
6	2.3	administracja	1	publiczna	POZ	Warszawa	3-8-2017
7	3.1	lekarz	1	niepubliczna	POZ	Warszawa	25-8-2017
8	3.2	rejestracja	1	niepubliczna	POZ	Warszawa	21-8-2017
9	3.3	administracja	2	niepubliczna	POZ	Warszawa	21-8-2017
10	4.1	lekarz	1	niepubliczna	POZ	Województwo mazowieckie, SE	8-9-2017
11	4.2	rejestracja	1	niepubliczna	POZ	Województwo mazowieckie, SE	8-9-2017
12	4.3	administracja	1	niepubliczna	POZ	Województwo mazowieckie, SE	8-9-2017
13	4.4	pielęgniarka	1	niepubliczna	POZ	Województwo mazowieckie, SE	8-9-2017
14	5.1	lekarz	1	publiczna	POZ	Warszawa	4-10-2017
15	5.2	rejestracja	1	publiczna	POZ	Warszawa	4-10-2017
16	5.3	administracja	1	publiczna	POZ	Warszawa	13-10-2017

17	6.1	lekarz	1	niepubliczna	POZ	Województwo mazowieckie	11-10-2017
18	6.2	rejestracja	1	niepubliczna	POZ	Województwo mazowieckie	11-10-2017
19	6.3	administracja	1	niepubliczna	POZ	Województwo mazowieckie	11-10-2017
20	7.1	lekarz	1	publiczna	POZ	Województwo mazowieckie, NE	12-10-2017
21	7.2	rejestracja	1	publiczna	POZ	Województwo mazowieckie, NE	12-10-2017
22	7.3	administracja	1	publiczna	POZ	Województwo mazowieckie, NE	12-10-2017
23	8.1	lekarz	1	publiczna	POZ	Województwo mazowieckie, SW	30-11-2017
24	8.2	rejestracja	1	publiczna	POZ	Województwo mazowieckie, SW	30-11-2017
25	8.3	administracja	1	publiczna	POZ	Województwo mazowieckie, SW	30-11-2017
26	8.4	dyrektor do spraw pielęgniarstwa	1	publiczna	POZ	Województwo mazowieckie, SW	30-11-2017
27	9.1	lekarz	1	publiczna	szpital ogólnopolski	Warszawa	20-12-2017
28	9.2	rejestracja	2	publiczna	szpital ogólnopolski	Warszawa	29-9-2017
29	9.3	administracja	1	publiczna	szpital ogólnopolski	Warszawa	29-9-2017
30	10.1	lekarz	1	publiczna	szpital I stopnia	Warszawa	8-4-2018
31	10.2	rejestracja	1	publiczna	szpital I stopnia	Warszawa	9-11-2017
32	10.3	administracja	1	publiczna	szpital I stopnia	Warszawa	9-11-2017
33	10.4	pielęgniarka koordynująca	1	publiczna	szpital I stopnia	Warszawa	9-11-2017

34	11.1	lekarz	1	publiczna	szpital ogólnopolski	Warszawa	23-11-2017
35	11.2	rejestracja	2	publiczna	szpital ogólnopolski	Warszawa	23-11-2017
36	11.3	administracja	1	publiczna	szpital ogólnopolski	Warszawa	23-11-2017
37	12.1	lekarz	1	publiczna	szpital II stopnia	Województwo mazowieckie	28-12-2017
38	12.2	rejestracja	1	publiczna	szpital II stopnia	Województwo mazowieckie	28-12-2017
39	12.3	administracja	1	publiczna	szpital II stopnia	Województwo mazowieckie	28-12-2017
40	13.1	lekarz	1	niepubliczna	szpital I stopnia	Województwo mazowieckie	26-1-2018
41	13.2	rejestracja	1	niepubliczna	szpital I stopnia	Województwo mazowieckie	26-1-2018
42	14.1	lekarz	1	publiczna	szpital I stopnia	Województwo mazowieckie	3-2-2018
43	14.2	rejestracja	1	publiczna	szpital I stopnia	Województwo mazowieckie	3-2-2018
44	15.1	lekarz	1	publiczna	szpital III stopnia	Warszawa	8-2-2018
45	15.2	rejestracja	1	publiczna	szpital III stopnia	Warszawa	8-2-2018
46	15.3	administracja	1	publiczna	szpital III stopnia	Warszawa	8-2-2018
47	16.1	lekarz	1	publiczna	szpital I stopnia	Województwo mazowieckie	4-4-2018
48	16.2	rejestracja	1	publiczna	szpital I stopnia	Województwo mazowieckie	4-4-2018
49	16.3	administracja	1	publiczna	szpital I stopnia	Województwo mazowieckie	4-4-2018