

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie Zdrowie a migracja

(2007/C 256/22)

Przyszła prezydencja portugalska w piśmie z dnia 14 lutego 2007 r. zwróciła się do Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego o opracowanie opinii rozpoznawczej w sprawie: *Zdrowie a migracja*.

Sekcja Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa, której powierzono przygotowanie prac Komitetu w tej sprawie, przyjęła swoją opinię dnia 18 czerwca 2007 r. Sprawozdawcą był Sukhdev SHARMA, a współsprawozdawcą — Agnes CSER.

Na 437. sesji plenarnej w dniach 11-12 lipca 2007 r. (posiedzenie z dnia 11 lipca) Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny stosunkiem głosów 109 do 3 — nikt nie wstrzymał się od głosu — przyjął następującą opinię:

1. Wnioski

Niniejsza opinia dotyczy związków między zdrowiem a migracją i jako taka nie stanowi debaty nad migracją *per se*. Migracja ma duże znaczenie dla gospodarki UE i jest nieustającym procesem, w którym uczestniczy znaczna i rosnąca część populacji UE i świata.

Istotne jest, aby w polityce UE i państw członkowskich zapewnić wysoki poziom ochrony zdrowia imigrantów i ich rodzin. Oznacza to działania na wielu płaszczyznach polityki, w tym w zakresie polityki zatrudnienia, zdrowia i bezpieczeństwa w pracy, kształcenia, zabezpieczenia socjalnego oraz krzewienia zdrowia i opieki zdrowotnej.

W opinii wskazano szereg zagadnień związanych ze zdrowiem, jakie dotyczą imigrantów, oraz ich skutki dla zdrowia publicznego, wymagające interwencji państw członkowskich i Unii Europejskiej.

1.1 Zalecenia

Sprawiedliwa ⁽¹⁾ globalizacja z ludzką twarzą ⁽²⁾ musi opierać się na powszechnie podzielanych wartościach, poszanowaniu praw człowieka oraz zapewnieniu wysokiego poziomu zdrowia i bezpieczeństwa żywności dla wszystkich grup społeczeństwa, zwłaszcza zaś dla grup najmniej uprzywilejowanych, a także na kulturowej i językowej różnorodności oraz dzieleniu się wiedzą i jej rozpowszechnianiu wśród wszystkich.

W odniesieniu do powszechnych praw człowieka EKES zaleca, co następuje:

1.1.1 Powinny zostać utworzone miejsca spotkań i centra informacyjne ułatwiające dostęp imigrantów do informacji na temat opieki zdrowotnej i społecznej, uzyskiwanych od osób należących do tej samej mniejszości imigracyjnej, zatrudnianych w tych centrach, a także stanowiące ogniska współpracy między władzami, organizacjami pozarządowymi zajmującymi się kwestią imigrantów oraz ich odpowiednikami w państwach przyjmujących.

⁽¹⁾ MOP, „Sprawiedliwa globalizacja”, 2004 r.

⁽²⁾ Patrz: opinia EKES-u z 31 maja 2007 r. w sprawie wyzwań i szans stojących przed UE w kontekście globalizacji (opinia rozpoznawcza), sprawozdawca Henri MALOSSE, współsprawozdawca: Staffan NILSSON, Dz.U. C 175 z 27.7.2007.

1.1.2 Państwa członkowskie, jak również Unia Europejska jako całość powinny wzmocnić współpracę z organizacjami międzynarodowymi w sprawie zdrowia imigrantów i monitorowania oraz oceny problemów i korzyści na szczeblu lokalnym, regionalnym, krajowym i międzynarodowym.

1.1.3 Krajowe programy zdrowia powinny należeć do edukacji, uwzględniając kultury mniejszości.

1.1.4 Powinien zostać utworzony specjalny fundusz kompensacyjny oraz programy w zakresie szkoleń, przesiedleń i współpracy między państwami przyjmującymi a krajami pochodzenia.

1.1.5 Wszystkim osobom mieszkającym na terytorium UE, niezależnie od ich statusu, należy zapewnić dostęp do leczenia i profilaktyki zdrowotnej, co stanowi prawo człowieka, zgodnie z Kartą Praw Podstawowych, która gwarantuje dostęp do opieki medycznej i profilaktyki.

1.1.6 Należy wprowadzić klauzulę poufności między pacjentami a ośrodkami służby zdrowia (gdzie nie są stosowane), aby zapewnić, że informacje dotyczące statusu migracyjnego pacjentów nie będą ujawniane osobom trzecim, tak aby nie zniechęcać imigrantów do korzystania z pomocy medycznej i leczenia, zwłaszcza w wypadku nieuregulowanej imigracji.

1.1.7 Państwa członkowskie i Unia Europejska powinny współpracować w celu poprawy gromadzenia danych i analizy relacji między migracją a zdrowiem w Unii Europejskiej.

1.1.8 Należy uwzględnić zdrowie jako zasadniczy wymiar zjawiska migracji.

1.1.9 Ocena oddziaływania na zdrowie powinna uwzględniać potencjalny wpływ polityki zdrowotnej i innych rodzajów polityki na zdrowie imigrantów.

1.1.10 Państwa członkowskie mające tradycje w zakresie opieki zdrowotnej w dziedzinie medycyny tropikalnej powinny udostępnić swą wiedzę wszystkim mieszkańcom UE i zachować wysoki poziom badań w zakresie leczenia chorób tropikalnych, w szczególności malarii.

1.1.11 Potrzebne są zaawansowane narzędzia do identyfikacji i zaspokojenia potrzeb zdrowotnych wszystkich imigrantów jak najwcześniej po ich przybyciu. Konieczna jest pogłębiona współpraca pomiędzy UE a państwami członkowskimi w celu niezwłocznego zaspokojenia potrzeb imigrantów przybywających z pilnymi problemami zdrowotnymi, a szczególnie zapewnienie im usług tłumacza ustnego.

1.1.12 Zdrowie imigrantów w pracy powinno stanowić priorytet. Powinno się to wiązać ze współpracą partnerów społecznych i właściwych organów władzy, zmierzającą do zapewnienia wysokich standardów bezpieczeństwa i higieny pracy w sektorach tradycyjnie zatrudniających imigrantów. Należy też dalej rozwijać programy krzewienia zdrowia w miejscu pracy we współpracy z służbami zlokalizowanymi na poziomie gminy, aby pomóc w zaspokajaniu potrzeb imigrantów i ich rodzin.

1.1.13 Również programy krzewienia zdrowia w szkołach należy uznać za sposób zaspokojenia potrzeb zdrowotnych dzieci imigrantów. Szczególny priorytet należy nadać zdrowiu dzieci imigrantów. Przedszkolna i szkolna służba zdrowia powinna zaspokajać potrzeby wszystkich dzieci niezależnie od ich pochodzenia, a więc także dzieci imigrantów, ze szczególnym uwzględnieniem nowo przybyłych.

1.1.14 Rozwijając usługi lecznicze i profilaktyczne, należy pamiętać o uwzględnieniu różnic kulturowych i dostosowaniu się do nich, nie ustępując jednak w kwestii zakazu okaleczania narządów płciowych kobiet.

1.1.15 Pracownicy służby zdrowia powinni nieustannie szkolić się i rozwijać zawodowo, aby zaspokajać zmieniające się potrzeby zdrowotne społeczności imigrantów.

1.1.16 Do rekrutacji pracowników służby zdrowia kształconych w krajach rozwijających się należy podchodzić z założeniem współrozwoju ułatwiającym im powrót po czasowym pobycie za granicą lub przewidującym odszkodowanie dla kraju pochodzenia, który zapewnił wykształcenie. Komisja powinna dokonać przeglądu dobrych praktyk etycznej rekrutacji personelu medycznego z krajów trzecich pod kątem przygotowania projektu unijnego kodeksu dobrych praktyk.

1.1.17 Należy wzmocnić rolę władz nadzorujących publiczną służbę zdrowia i zachęcać do wymiany dobrych praktyk. Władze UE powinny odgrywać tu rolę koordynatora.

1.1.18 Wzmacnianie dialogu międzykulturowego — koncentracja na stanie zdrowia i służbie zdrowia ⁽³⁾.

⁽³⁾ Patrz opinia EKES-u z 20 kwietnia 2006 r. w sprawie wniosku dotyczącego decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Europejskiego Roku Dialogu Międzykulturowego 2008 — COM(2005) 467 końcowy — 2005/0203 (COD), sprawozdawca: Agnes CSER (Dz.U. C 185 z 8.8.2006).

1.1.19 EKES podkreśla swoje wcześniejsze zalecenia, stwierdzając, że państwa członkowskie powinny wdrożyć konwencje MOP dotyczące imigrantów ⁽⁴⁾.

2. Kontekst

2.1 Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny z zadowoleniem przyjmuje ciągle zainteresowanie prezydencji portugalskiej analizą zagadnienia zdrowia publicznego w kontekście migracji. Prezydencje niemiecka, portugalska i słoweńska zgodziły się, że „polityka zdrowotna odgrywa zasadniczą rolę, jako że lepsze zapobieganie i transgraniczna opieka zdrowotna przynoszą bezpośrednie korzyści europejskim obywatelom” ⁽⁵⁾.

Trzy prezydencje zobowiązały się do aktywnego działania w zakresie istniejących nierówności, których doświadczają imigranci w dostępie do opieki zdrowotnej. Ustalono również, że wspierać się będzie szeroki wachlarz działań wspólnotowych w celu polepszenia stanu zdrowia wszystkich obywateli. Działania te będą się koncentrować na krzewieniu zdrowia, zapobieganiu chorobom, innowacjach i dostępie do opieki zdrowotnej.

2.2 Komitet przyjął szereg opinii dotyczących kwestii migracji legalnej i nieuregulowanej ⁽⁶⁾, dlatego też w niniejszej opinii skoncentruje się na zagadnieniach zdrowotnych. Prosimy prezydencję portugalską i inne zainteresowane podmioty do zapoznania się z naszymi wcześniejszymi pracami dotyczącymi migracji.

⁽⁴⁾ Międzynarodowa konwencja MOP dotycząca ochrony praw wszystkich pracowników migrujących i członków ich rodzin, przyjęta w 1990 r., weszła w życie w lipcu 2003 r. Uzupełnia ona konwencję MOP dotyczącą pracowników migrujących z 1949 r. (nr 97) i konwencję MOP dotyczącą pracowników migrujących (postanowienia uzupełniające) z 1975 r. (nr 143). Razem stanowią one ramy dotyczące praw migrujących pracowników i kwestii migracji nieuregulowanej. Stanowią one część szerszego kontekstu politycznego, obejmującego przyjęte niedawno przez ONZ traktaty dotyczące handlu ludźmi, przemytu i wykorzystywania, takie jak Konwencja ONZ o transgranicznej przestępczości zorganizowanej (2000), załączony do niej Protokół o zapobieganiu, zwalczaniu oraz karaniu handlu ludźmi, zwłaszcza kobietami i dziećmi (2000) i Protokół przeciw przemytowi migrantów drogą lądową, morską i powietrzną (2000), opcjonalny protokół do Konwencji praw dziecka w sprawie sprzedaży dzieci, prostytucji dziecięcej i pornografii dziecięcej (2000), jak również wcześniejsze konwencja 1951 i protokół 1967 dotyczące statusu uchodźców. Mimo iż jak dotąd niewiele państw i regionalnych organizacji gospodarczych (w odpowiednich kontekstach) ratyfikowało te konwencje (oprócz traktatu dotyczącego uchodźców), stanowią one ważny element szerszej strategii.

⁽⁵⁾ Rada Unii Europejskiej, 18-miesięczny program prezydencji niemieckiej, portugalskiej i słoweńskiej, Bruksela, 21 grudnia 2006 r.

⁽⁶⁾ Patrz następujące opinie EKES-u:

— Opinia z 13 września 2006 r. w sprawie: „Imigracja w UE a polityka integracji — współpraca między władzami regionalnymi i lokalnymi a organizacjami społeczeństwa obywatelskiego”, sprawozdawca Luis Miguel PARIZA CASTAÑOS (Dz.U. C 318 z 23.12.2006);

— Opinia z 15 grudnia 2005 r. w sprawie: „Komunikat Komisji do Rady i Parlamentu Europejskiego — Program haski: dziesięć priorytetów na najbliższe pięć lat — Partnerstwo na rzecz odnowy europejskiej w dziedzinie wolności, bezpieczeństwa i sprawiedliwości” — COM(2005) 184 wersja ostateczna, sprawozdawca Luis Miguel PARIZA CASTAÑOS (Dz.U. C 65 z 17.3.2006);

— Opinia z 20 kwietnia 2006 r. w sprawie wniosku dotyczącego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie statystyk Wspólnoty z zakresu migracji i ochrony międzynarodowej — COM(2005) 375 wersja ostateczna — 2005/0156 (COD), sprawozdawca Sylvia SCIBERRAS (Dz.U. C 185 z 8.8.2006).

3. Wprowadzenie

3.1 O migracji i zdrowiu napisano już wiele, a niniejszy raport oparto na dokumencie przygotowanym ostatnio dla programu badań i analiz politycznych Światowej Komisji ds. Migracji Międzynarodowych (Carballo i Mboup, wrzesień 2005 r.). W tekście opinii zaznaczono też inne materiały źródłowe.

3.2 Zgodnie z definicją WHO, „zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)”. W niniejszej opinii popiera się stwierdzenie, że tak zdefiniowane „zdrowie” należy do praw człowieka.

3.3 Zdrowie imigrantów i uchodźców jest ważne z wielu przyczyn, takich jak:

- powszechne prawa człowieka i poszanowanie ludzkiej godności;
- stopień, w jakim niektórzy, zwłaszcza nielegalni imigranci, narażeni są na utratę życia, choroby i uszczerbek na zdrowiu;
- zagrożenie dla zdrowia, jakiego doświadcza szeroka rzesza imigrantów przybywających do nowego kraju;
- zmienny dostęp do służby zdrowia i opieki społecznej;
- zagrożenie dla szerszej populacji oraz
- zagrożenie dla kraju pochodzenia związane z utratą pracowników służby zdrowia.

	2006	2005	2004	2003	2002
Wnioski o azyl w UE	266 270	350 103	421 236	532 300	640 347
Liczba wniosków rozpatrzonych pozytywnie	38 857	46 742	35 872	41 823	59 705
Odsetek przyjętych wniosków	22,71	20,55	13,36	12,4	14,73

W ostatnich latach wzrosła legalna i nieuregulowana imigracja do pewnych krajów południowej Europy, takich jak Portugalia, Hiszpania i Włochy. Duża część tych migrantów pochodzi z Afryki Północnej i Subsaharyjskiej, Ameryki Łacińskiej i Azji oraz z krajów WNP.

4.4 O ile imigranci są z reguły zdrowsi od innych mieszkańców ich kraju pochodzenia, w kraju przyjmującym mogą doświadczać większych problemów ze zdrowiem niż średnia dla osób należących do społeczności przyjmującej. Jest to spowodowane m.in.:

- stresem psychologicznym i społecznym (wynikającym z nieznaności kultury, nielegalnego statusu, zmiany środowiska, nieznaności języków obcych, braku zaufania, niedoinformowania, kwestii związanych ze zdrowiem psychicznym);
- ryzykiem zachorowania nabytym w kraju pochodzenia;
- ubóstwem i pracą w niebezpiecznych warunkach;
- trudnościami w dostępie do służby zdrowia i informacji o świadczeniach zdrowotnych oraz do służb zajmujących się krzewieniem zdrowia i profilaktyką;

4. Skala i zakres zagadnienia

4.1 Na poziomie międzynarodowym szacuje się, że co roku przeszło 200 milionów ludzi przemieszcza się w poszukiwaniu pracy i lepszego życia. Przynajmniej 30-40 (7) milionów robi to nielegalnie. Gdyby zebrać wszystkich imigrantów na całym świecie, to stanowiliby oni piąte pod względem liczby ludności państwo na świecie (8). W 2005 r. kobiety stanowiły 49,6 % ogólnej liczby migrantów. W Europie znajduje się około 7-8 milionów imigrantów o nieudokumentowanym statusie (9).

4.2 Dla potrzeb niniejszej opinii rozpoznawczej Komitet rozważa zjawisko migracji i zagadnienia związane ze zdrowiem głównie w kontekście obywateli krajów trzecich przybywających do Unii Europejskiej. Obecnie na terytorium UE przebywa około 18 milionów obywateli krajów trzecich. Jest tu także spora grupa obywateli urodzonych za granicą i imigrantów nielegalnych lub o nieuregulowanej sytuacji. Znaczna większość imigrantów wkracza na terytorium UE w sposób legalny.

4.3 Osoby ubiegające się o azyl stanowią stosunkowo mały odsetek populacji imigrantów; ich liczba spadała w ostatnich latach, raczej na skutek polityki unijnej niż w wyniku ogólnego spadku liczby osób wymagających ochrony.

— dodatkowymi zagrożeniami w kraju przyjmującym;

— warunkami mieszkaniowymi.

4.5 Wśród imigrantów z pewnych terenów występuje wyższa zachorowalność na choroby zakaźne i częściej występują u nich przewlekłe stany chorobowe, takie jak choroby psychiczne, choroba wieńcowa, choroby układu oddechowego i cukrzyca.

4.6 Stan zdrowia imigrantów o nieuregulowanym statusie, ich rodzin, a zwłaszcza dzieci, jest gorszy niż imigrantów legalnych, co może być związane z zagrożeniem zdrowia podczas wkraczania na terytorium UE, z gorszymi warunkami ekonomicznymi i społecznymi oraz z niedostatecznym dostępem do usług.

(7) United Nations' Trends in Total Migrant Stock: The 2003 Revision.

(8) US Census Bureau, IDB — Rank Countries by Population, <http://www.census.gov/ipc/www/idbrank.html>.

(9) Migration Information Source, <http://www.migrationinformation.org/Feature/display.cfm?id=336>.

5. Różne rodzaje migracji

5.1 Migracja dobrowolna

5.1.1 Czynniki ekonomiczne, obok równie istotnej chęci ucieczki z obszaru objętego konfliktem lub ucieczki przed prześladowaniami, stanowią podstawowe powody migracji do UE. Ludzie przemieszczają się z różnych przyczyn: niektórzy z zamiarem osiedlenia się i rozpoczęcia nowego życia, inni z zamiarem zarobienia pieniędzy wystarczających na powrót do domu.

5.1.2 Niektórzy przesiedlają się, posiadając legalne prawo do pracy przez pewien okres, inni przemieszczają się bez odpowiednich zezwoleń, lecz znajdują pracę i pozostają w nowym miejscu na czas nieokreślony. Obydwa rodzaje migracji mogą stanowić wyzwanie z punktu widzenia zdrowia publicznego, związane często z krajowymi strategiami wobec imigrantów i stosunkiem społeczeństwa do nich, a także z szerszymi pojętymi wyznacznikami poziomu zdrowia, jak edukacja, zatrudnienie i mieszkalnictwo.

5.1.3 Migracja o charakterze cyrkulacyjnym coraz częściej uważana jest za kluczową formę migracji⁽¹⁰⁾, która — o ile jest prawidłowo zarządzana — może pomóc w dopasowaniu światowego popytu i podaży pracy, przyczyniając się w ten sposób do bardziej wydajnego rozdziału dostępnych zasobów i do wzrostu gospodarczego. Może stanowić odpowiedź na zapotrzebowanie w UE i wiarygodną alternatywę dla imigracji nielegalnej.

5.2 Migracja przymusowa

5.2.1 Przymusowa migracja niesie za sobą poważne i daleko idące konsekwencje dla opieki zdrowotnej. Co roku ludzie zmuszeni są opuścić swój kraj i stać się uchodźcami pod ochroną ONZ; miliony zmuszone są opuścić swój dom, pozostając w swoim kraju.

5.2.2 Ludzie często zmuszeni są płacić duże kwoty pieniędzy za pomoc w przekroczeniu granic, co powoduje ich kłopoty finansowe. Migranci żyją w strachu i łatwo padają ofiarą wyzysku ze strony pracodawców. Wykorzystywanie seksualne kobiet i gwałty na nich nie należą do rzadkości.

5.2.3 Handel ludźmi jest zbrodnią, która niszczy ludzkie życie i stanowi pogwałcenie podstawowych praw człowieka. Handel ludźmi jest uważany za współczesną formę niewolnictwa. Szacuje się, że co roku na całym świecie łącznie około 12 milionów ludzi żyje w jakiejś formie przymusowego stosunku pracy (wg danych MOP), a przeszło milion osób jest sprzedawanych jako towar do prostytucji i pracy przymusowej. Według danych departamentu stanu USA 80 % tych osób to kobiety i dziewczęta, a niemal 50 % to osoby nieletnie. Z danych tych wnioskować można, że większość z tych osób sprzedawana jest w celu wykorzystywania seksualnego.

5.2.4 Handel ludźmi przynosi handlarzom ogromne zyski, według niektórych szacunków mówi się aż o 10 mld dolarów⁽¹¹⁾ rocznie (UNICEF).

⁽¹⁰⁾ Dokument COM w sprawie migracji o charakterze cyrkulacyjnym z 16 maja 2007 r.

⁽¹¹⁾ *The New Global Slave Trade*, Ethan B. Kapstein, Foreign Affairs, listopad/grudzień 2006 r.

5.3 Turystyka zagraniczna

5.3.1 Według danych Światowej Organizacji Turystyki w ostatniej dekadzie XX w. turystyka zagraniczna stanowiła 30 % światowego rynku usług; zdaniem tej organizacji do 2020 r. liczba przyjazdów z zagranicy przekroczy 1,55 miliarda, z czego 400 mln dotyczyć będzie podróży na długie dystanse z przekroczeniem stref ekologicznych.

5.3.2 Co roku około 14 mln ludzi podróżuje z krajów uprzemysłowionych do krajów tropikalnych w Afryce, Azji, Ameryce Łacińskiej i na wyspy Pacyfiku. Wielu z nich powraca z chorobami wymagającymi leczenia. Najczęściej występującym schorzeniem jest biegunka, ale powszechnie diagnozowana jest również malaria, której leczenie i koszty z tym związane ponoszą kraje, do których turyści powracają.

5.3.3 Nie stosując zabezpieczeń, turyści narażają się na ryzyko zakażenia żółtaczką typu A i chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym wirusem HIV.

6. Wpływ migracji na zdrowie i zdrowie publiczne

6.1 Strategie

6.1.1 Wiele państw UE posiada strategie dotyczące prawa do wjazdu na swoje terytorium, długości pobytu i terminu opuszczenia kraju. Ogólnie rzecz biorąc, strategie te są raczej restrykcyjne niż permissive i utrudniają migrację. Może to powodować powstanie społecznych i ekonomicznych warunków, które wpływają negatywnie na zdrowie imigrantów.

6.1.2 Podejście do zdrowia publicznego oraz badania stanu zdrowia zmienia się w zależności od kraju, podobnie jak stosunek do dostępu do służby zdrowia i opieki społecznej. Wygląda jednak na to, że nie ma wyczerpujących informacji porównujących praktyki stosowane w poszczególnych krajach.

6.2 Dane

6.2.1 Niewiele krajów UE gromadzi standardowe dane na temat stanu zdrowia imigrantów, co utrudnia pozyskiwanie wiarygodnych informacji o historii zdrowia imigrantów i ich potrzebach zdrowotnych. W wielu krajach systemy rejestrów zdrowia nie przewidują identyfikacji ludzi według ich statusu migracyjnego.

6.2.2 O ile niektóre kraje gromadzą tego typu dane, inne koncentrują się na regionie pochodzenia lub grupie etnicznej. Niejasne może być to, kto jest imigrantem, a kto potomkiem imigranta. W niektórych przypadkach ludzie opisani są jedynie za pomocą przynależności etnicznej, bez rozróżnienia między, na przykład, dziećmi, które same są imigrantami, a dziećmi imigrantów.

6.2.3 Istnieje również nieokreślona liczba imigrantów o nieregulowanym statusie, a więc nierejestrowanych, którzy mogą niechętnie sięgać po pomoc medyczną w potrzebie.

6.2.4 Ponadto migranci mogą niechętnie podawać informacje o swoim statusie służbie zdrowia w sytuacjach, kiedy mogłyby one zostać użyte na ich niekorzyść. Przyczynia się to do braku informacji dobrej jakości.

6.2.5 U źródła tej niechęci mogą leżeć powody natury religijnej lub kulturowej. Ponadto władze i służba zdrowia także nie posiadają odpowiedniej wiedzy i nie są przygotowane do zaspokojenia specyficznych potrzeb imigrantów. Dlatego też informacje dotyczące tej grupy ludności i ich stanu zdrowia są niewystarczające.

6.3 Migracje a dobre samopoczucie psychospołeczne

6.3.1 Zarówno dla imigrantów legalnych, jak i tych o nieregulowanej sytuacji takie wyzwania jak bariera językowa, kulturowa i proceduralna są potęgowane przez obawę przed nieznanym (Tizon, 1983). Inne kwestie dotyczą:

- oddzielenia od rodzin, partnerów i dzieci,
- wykorzystywania przez pracodawców,
- wykorzystywania seksualnego,
- niepokoju i tęsknoty za domem,
- braku integracji z miejscową społecznością,
- problemów ze zdrowiem psychicznym lub fizycznym.

Wszystko to wpływa na zdrowie pojedynczych osób i całych społeczności.

6.4 Migracje a zdrowie psychiczne

6.4.1 Badania ⁽¹²⁾ wykazują, że wśród pewnych grup imigrantów w Europie występuje najwyższy odsetek przypadków schizofrenii, najwyższy odsetek samobójstw, częste przypadki nadużywania alkoholu i narkotyków oraz wysokie ryzyko depresji i stanów lękowych. W opracowaniu tym sugeruje się również, że grupy te nie posiadają odpowiedniego dostępu do opieki medycznej i społecznej.

6.4.2 Wśród czynników składających się na zły stan zdrowia psychicznego imigrantów można wymienić: zmiany w sposobie odżywiania, zmiany w zakresie wsparcia ze strony rodziny i społeczności, zmianę kultury, języka i klimatu, wrogość, rasizm i ksenofobię wśród społeczności gospodarzy oraz fakt, że ludzie uciekają przed wojną i towarzyszącymi jej koszmarami tortur, utraty rodziny i wykorzystywania seksualnego.

6.4.3 W opracowaniu szacuje się, że dwie trzecie uchodźców doświadczają stanów lękowych lub depresji i objawów pourazowego rozstroju nerwowego, takich jak powszechnie występujące koszmary nocne i napady paniki.

6.4.4 Słaby dostęp do leczenia, pomocy i wsparcia w przypadku tych chorób jest szczególnie widoczny wśród osób ubiegających się o azyl i imigrantów nierejestrowanych, którzy najbardziej potrzebują usług tego typu.

⁽¹²⁾ M.G. Carta, M Bernal, M.C. Harday i J.M. Abad: *Migration and mental health in Europe 2005*.

6.5 Migracje a zdrowie fizyczne

6.5.1 Wszyscy ludzie posiadają swoisty wzorzec zdrowotny, ukształtowany w zależności od tego, skąd pochodzą i w jakim otoczeniu społecznym żyli. Migranci z przyczyn ekonomicznych przemieszczają się z zasady z krajów biedniejszych do bogatszych, zatem profil zdrowotny pewnej ich części związany jest z ubóstwem.

6.6 Choroby zakaźne

6.6.1 Wsparcie dla imigrantów zakażonych HIV lub gruźlicą jest różne i niesie za sobą trudności na tle kulturowym, językowym i religijnym, a także związane z prawnym i ekonomicznym statusem imigrantów. Młode pokolenie, kobiety i dzieci wczęta wystawione są na większe ryzyko zakażenia HIV/AIDS.

6.6.2 Nie istnieją spójne strategie dotyczące badań kontrolnych, a różnice występują nawet w lokalnie prowadzonych wstępnych badaniach kontrolnych. Nieoficjalnie wiadomo, że odpowiedzi na prowadzone lokalnie badania kontrolne są znacznie zróżnicowane. W niektórych ośrodkach przeszło 50 % badanych nie przychodzi na wizytę po badaniu, a świadczący badania wiążą to z kiepską komunikacją, obawą przed władzami i brakiem wiedzy na temat potencjalnie dostępnych świadczeń. EKES przyjmuje do wiadomości, że komisarz Markos Kyprianou zwrócił się do Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC — ang. European Centre for Disease Prevention and Control) o opracowanie unijnego planu działania w sprawie gruźlicy. Plan ma zostać opublikowany na jesieni 2007 r. i zostanie w nim uwzględniona sytuacja w poszczególnych państwach członkowskich.

6.6.3 W okresie 1995-2005 w UE odnotowano stały wzrost wykrytych przypadków gruźlicy. Najnowszy raport epidemiologiczny ECDC wskazuje, że „przypadki przywiezionej gruźlicy” stanowiły 30 % wszystkich przypadków tej choroby wykrytej w 25 krajach (*The First European Communicable Disease Epidemiological Report* [„Pierwszy europejski raport epidemiologiczny w sprawie chorób zakaźnych, Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób”], Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób). Wiadomo również, że migranci często mieszkają w niekorzystnych warunkach, żyją i pracują na zatłoczonych przestrzeniach, z czym wiąże się ryzyko rozprzestrzeniania chorób układu oddechowego. Liczba imigrantów wśród bezdomnych jest również raczej nieproporcjonalnie wysoka.

6.6.4 Jeżeli chodzi o wirus HIV, to w raporcie UE (*AIDS & Mobility — HIV/AIDS Care & Supports for Migrants and Ethnic Minority Communities in Europe* [„AIDS a mobilność — opieka i wsparcie dla dotkniętych HIV/AIDS imigrantów i społeczności mniejszości etnicznych w Europie”], K. Clark K. i G. Broring) przedstawiono sprawozdania z poszczególnych krajów zawierające:

- krajową strategię,
- dostęp do służby zdrowia i opieki społecznej,
- służby świadczące opiekę i wsparcie.

6.6.5 W raporcie tym podkreślono fakt, że sytuacja imigrantów (liczba ludzi, pochodzenie etniczne i epidemiologia) i reakcja społeczeństwa są znacznie zróżnicowane na terenie Europy.

6.6.6 Istnieje możliwość, że przybywający z regionów świata o wysokiej liczbie nosicieli HIV mogą z wysokim prawdopodobieństwem być nosicielami tej choroby. Faktycznie, w latach 1997-2005 47 % wszystkich przypadków zakażeń HIV w kontaktach heteroseksualnych w UE zdiagnozowano jako związane z krajami o dużym występowaniu wirusa HIV.

6.6.7 I odwrotnie, migranci z krajów o małym występowaniu wirusa HIV nie wydają się bardziej zagrożeni (a mogą być mniej zagrożeni) od rodzimych mieszkańców przyjmującego ich kraju.

6.7 Choroby niezakaźne

6.7.1 Długotrwałe stany chorobowe, takie jak choroba wieńcowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc, udary czy cukrzyca stanowią duże wyzwanie dla służby zdrowia w większości krajów na świecie i stanowią przyczynę około połowy zgonów każdego roku.

6.7.2 Choroba wieńcowa to podstawowa przyczyna zgonów; powoduje ona najpoważniejsze skutki związane z leczeniem, kosztami i wpływem na życie chorych, personelu medycznego i społeczności. Chorobę wieńcową u imigrantów można wiązać z predyspozycjami etnicznymi, nawykami żywieniowymi i stresem. W Wielkiej Brytanii mężczyźni pochodzenia azjatyckiego wydają się bardziej od innych podatni na tę chorobę (Baljaran i Raleigh, 1992; McKeigue i Sevak, 1994, BMJ 2003).

Zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet z Azji Południowej umieralność na chorobę wieńcową jest o 30-40 % wyższa niż u pozostałej części populacji (Baljaran, 1991).

6.7.3 Dane z Wielkiej Brytanii wskazują na to, że wśród imigrantów z rejonu Karaibów występowanie udaru jest dwukrotnie częstsze niż wśród „białej” populacji (Stewart, 1999). W Szwecji częste przypadki otyłości i choroby wieńcowej wśród imigrantów fińskich wiązano z nawykami żywieniowymi i spożyciem alkoholu (Jarhult i in., 1992).

6.8 Choroby dziedziczne

6.8.1 Migracja ludności z różnych części świata może również oznaczać przemieszczanie się chorób genetycznych. Anemia sierpowata i talasemia stały się bardziej zauważalne jako wynik migracji z Afryki, Karaibów i basenu Morza Śródziemnego. Anemia sierpowata jest dość powszechna w UE; szacuje się, że co roku dotyka ona 6 tys. dorosłych i 75-300 niemowląt w Wielkiej Brytanii (Karmi, 1995). Wysoką występowalność anemii sierpowatej zauważono również wśród imigrantów w Portugalii (Carrerio i in., 1996).

6.8.2 Talasemia jest dziedziczną chorobą krwi występującą w basenie Morza Śródziemnego, którą w Wielkiej Brytanii diagno-

zuje się u mniejszości etnicznych z Bliskiego Wschodu i Cypru, a dowody wskazują, że może być rozprzestrzeniona wśród osób pochodzących z Pakistanu, Chin i Bangladeszu.

6.8.3 Choroby te wymagają specjalistycznej diagnozy i poradnictwa, które nie zawsze są dostępne.

6.9 Choroby zawodowe

6.9.1 Migranci często świadczą prace niewymagające wysokich kwalifikacji, które nie są już atrakcyjne dla ludności miejscowej. Niektóre z nich, jak praca w górnictwie, usuwaniu azbestu, przemyśle chemicznym czy przemyśle ciężkim, wiążą się z zagrożeniem zdrowia. Narażenie na kontakt z pestycydami i innymi chemikaliami w rolnictwie wiąże się z często występującą depresją, bólami głowy czy poronieniami.

6.9.2 W przypadku imigrantów o wyższym wykształceniu i kwalifikacjach, tych, których dotyczy zjawisko „drenażu mózgow”, czy takich, których migracja ma charakter cyrkulacyjny, bardzo często pojawia się stres związany z pracą, jako że pracują oni w gorszych warunkach niż pracownicy z kraju przyjmującego (inne prawa itp.), niemniej nie mają oni wyboru, ze względu na swoją zależność ekonomiczną⁽¹³⁾.

6.10 Wypadki

6.10.1 Wypadki przy pracy wśród imigrantów w Europie zdarzają się w przybliżeniu dwukrotnie częściej niż wśród innych. (Bollini i Siem, 1995). W Niemczech częste są wypadki wśród imigrantów, zwłaszcza pracujących w branżach o słabych środkach bezpieczeństwa i higieny pracy (Huismann i in., 1997). Także dane dotyczące Niemiec wskazują na to, że dzieci imigrantów w wieku 5-9 lat są bardziej narażone na wypadki drogowe i inne uszkodzenia ciała niż dzieci niemieckie w tym samym wieku (Korporal i Geiger, 1990). W Holandii okazuje się, że dzieci pochodzenia tureckiego i marokańskiego są bardziej narażone na wypadki w domu, w tym zatrucia i poparzenia, jak również na wypadki drogowe (de Jong i Wesenbeek, 1997).

6.11 Zdrowie reprodukcyjne

6.11.1 U niektórych grup imigrantów, jak mężczyźni żyjących w oddzieleniu od żon, odnotowuje się wysokie występowanie chorób przenoszonych drogą płciową. W wielu krajach Unii Europejskiej śmiertelność związana z ciążą jest wyższa wśród imigrantek niż wśród kobiet miejscowych. Wśród imigrantek częściej odnotowuje się przerwanie ciąży. W Barcelonie imigrantki zwracają się z prośbą o przerwanie ciąży dwukrotnie częściej niż Hiszpanki. Z badania ICMH w Genewie wynika, że odsetek aborcji wśród nielegalnych imigrantek jest trzykrotnie wyższy niż wśród miejscowych kobiet w porównywalnej grupie wiekowej (Carballo i in., 2004).

⁽¹³⁾ dr Kim Van Eyck, *Who Cares? Women Health Workers in the Global Labour Market*, 2005.

6.11.2 W Wielkiej Brytanii dzieci matek pochodzenia azjatyckiego mają z reguły niższą wagę urodzeniową niż dzieci innych grup etnicznych, a ryzyko śmiertelności okołoporodowej i poporodowej też jest wyższe. Śmiertelność poporodowa wśród dzieci matek pochodzenia karaibskiego jest również wyższa od średniej. W Belgii i Niemczech notuje się wysoką śmiertelność w okolicach porodu i wśród niemowląt u imigrantek z Turcji i Maroka. Niska waga urodzeniowa i problemy z porodem zdarzają się wśród kobiet z Afryki Subsaharyjskiej i Ameryki Środkowej i Południowej.

6.11.3 Dzieci imigrantów mogą w mniejszym stopniu korzystać z takich form profilaktyki jak szczepienia.

6.12 *Przeszkody w dostępie do systemu opieki zdrowotnej i skutecznym korzystaniu z niej przez imigrantów*

6.12.1 W dostępie do opieki zdrowotnej migranci doświadczają problemów natury prawnej, psychologicznej, społecznej i ekonomicznej. Bariera językowa jest problemem oczywistym, jak również koszty opieki zdrowotnej, gdzie nawet bardzo niewielkie opłaty dzielone stanowią istotną przeszkodę dla imigrantów o niskich dochodach. W wielu krajach migranci o nieuregulowanym statusie i ubiegający się o azyl, oczekujący na rozpatrzenie podań, napotykać przeszkody prawne w dostępie do opieki zdrowotnej.

6.12.2 Ponadto służba zdrowia nie zawsze jest w stanie rozwiązywać specyficzne problemy związane ze zdrowiem imigrantów i nie ma wyczerpania ani umiejętności koniecznych do świadczenia pomocy medycznej osobom, które mogą posiadać bardzo odmienne rozumienie pojęcia zdrowia, inne podejście do choroby, bólu i śmierci, a także inny sposób okazywania objawów choroby, radzenia sobie z nią i wyrażania swoich oczekiwań wobec lekarza.

6.12.3 Co więcej, skomplikowany, wysoce rozwinięty i zróżnicowany sektor służby zdrowia krajów członkowskich może jeszcze bardziej komplikować sytuację.

6.12.4 Organizacja profilaktyki i krzewienia zdrowia wśród imigrantów jest często nieodpowiednia. Nie chodzi tylko o badania prenatalne, ale także programy szczepień i inny rodzaj profilaktyki i wczesnego wykrywania, w tym badania przesiewowe. Jak dotąd w programach działań profilaktycznych rzadko

stosuje się podejście uwzględniające różnice kulturowe w celu dotarcia do różnych grup imigrantów.

6.12.5 Wysokie ceny niektórych usług służby zdrowia i lekarstw stanowią poważne obciążenie dla imigrantów. Czynniki te mogą zaowocować tym, że pacjenci za późno zgłaszają się na leczenie, nie stosują przepisanego leczenia lub nie biorą lekarstw. Powoduje to nieobliczalne zwiększenie cierpienia pojedynczych osób i wzrost ogólnych kosztów gospodarczych, jakie ponosi społeczeństwo.

6.13 *Pracownicy służby zdrowia*

6.13.1 Kolejne rosnące wyzwania stanowią nasilająca się tendencja aktywnego rekrutowania pracowników służby zdrowia z biedniejszych krajów przez kraje UE i inne kraje rozwinięte. Pozostawienie tego zjawiska bez nadzoru poważnie zahamuje poprawę sytuacji zdrowotnej w krajach pochodzenia pracowników służby zdrowia (krajach „tracących” pracowników) i zakłóci równowagę systemu szkolnictwa medycznego i pielęgnarskiego w tych krajach. Odplyw wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia z ubogich krajów pochodzenia oznacza znaczącą utratę środków zainwestowanych w kształcenie pracowników służby zdrowia⁽¹⁴⁾. Należy znaleźć nowe rozwiązania dla tej kwestii, takie jak specjalny fundusz kompensacyjny, szkolenia czy przesiedlenia. Szeroko uznanym pozytywnym wzorcem jest przykład Wielkiej Brytanii oraz Irlandii, gdzie państwowa służba zdrowia (NHS) stosuje etyczne zasady rekrutacji. Państwa członkowskie powinny zagwarantować przyjęcie i stosowanie takich praktyk przez agencje rekrutacji do służby zdrowia, ośrodki zdrowia sektora prywatnego, jak również publiczną służbę zdrowia.

6.13.2 Pracownicy służby zdrowia (zwłaszcza pielęgniarki i lekarze) odgrywają kluczową rolę w zapewnianiu i poprawie opieki zdrowotnej dla imigrantów. Państwa członkowskie muszą zagwarantować, że pracownicy służby zdrowia są w stanie zaspokoić potrzeby imigrantów dotyczące opieki zdrowotnej i zrozumieć kulturowe, religijne i obyczajowe czynniki, które wpływają na kulturę zdrowotną tych specyficznych grup. Stanowi to warunek konieczny do zapewnienia imigrantom dostępu do opieki zdrowotnej uwzględniającej różnice kulturowe i dostosowanej do nich.

Bruksela, 11 lipca 2007 r.

Przewodniczący
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego
Dimitris DIMITRIADIS

⁽¹⁴⁾ dr Kim Van Eyck, *Who Cares?*, 2005.

ZAŁĄCZNIK

do opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego

Następujące poprawki, które uzyskały poparcie co najmniej jednej czwartej oddanych głosów, zostały odrzucone w trakcie debaty:

Punkt 1.1.8

Skreślić

~~„1.1.8 Należy uwzględnić zdrowie jako zasadniczy wymiar zjawiska migracji.”~~

Wyniki głosowania:

Za: 44

Przeciw: 51

Wstrzymało się: 11
