

# Hospitalizacja migrantów w Polsce

## Migrants' hospitalization in Poland

DOROTA CIANCIARA<sup>1,2/</sup>, PAWEŁ GORYŃSKI<sup>1/</sup>, WOJCIECH SEROKA<sup>3/</sup>

<sup>1/</sup> Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

<sup>2/</sup> Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

<sup>3/</sup> Zakład – Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

**Wstęp.** Zgodnie z ONZ migrantem jest osoba, która czasowo lub na stałe mieszka w kraju innym, niż kraj urodzenia i ma ważne więzy społeczne z tym krajem. Problematyka zdrowia migrantów jest ważnym elementem zdrowia publicznego.

**Cel pracy i materiał.** Ocena sytuacji zdrowotnej migrantów w Polsce w latach 2008-2009 na podstawie danych z Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej. Analizowano wyłącznie przypadki hospitalizacji chorób somatycznych.

**Wyniki i wnioski.** Stwierdzono, że liczba hospitalizowanych migrantów wahała się od 57039 w 2008 r. do 178294 w 2009 r. Nieznaczna większość stanowiły kobiety (52,3% w 2008 oraz 54,0% w 2009 r.). Kraj pochodzenia został ustalony tylko w około 2% przypadków i dotyczyło to osób z państw europejskich oraz krajów azjatyckich z terenu byłego ZSRR. Oszacowany współczynnik hospitalizacji rzeczywistej migrantów z powodu ogółu przyczyn w 2008 r. wynosił 1630 na 10 tys. obcokrajowców, podczas gdy dla nie-migrantów 1850. Migranci, zarówno mężczyźni jak i kobiety, wyraźnie częściej niż autochtoni byli hospitalizowani z powodu urazów i zatruc jak również chorób układu krążenia. Migranci nieco częściej niż nie-migranci: byli przyjmowani do szpitala bez jakiegokolwiek skierowania, przebywali w szpitalach krócej, opuszczali szpital z koniecznością dalszego leczenia ambulatoryjnego. Niezbędne jest monitorowanie zjawiska migracji i sytuacji zdrowotnej migrantów oraz ich dzieci. Trzeba podjąć starania uzupełnienia luki na temat kraju pochodzenia pacjentów-obcokrajowców.

**Słowa kluczowe:** *migranci, chorobowość szpitalna, epidemiologia, zdrowie publiczne, Poland*

**Introduction.** The United Nations defines a migrant as a person who lives temporarily or permanently in a country which is not the country of birth, and has acquired some significant social ties to that country. The issue of migrants' health is an important aspect of public health.

**Aim & Material.** To evaluate health status of migrants in Poland in 2008-2009 based on data from the nationwide general hospital morbidity study. Hospitalizations of somatic diseases were analyzed exclusively.

**Results & conclusions.** It was found that the number of migrants' admissions ranged from 57039 (2008) to 178294 (2009). Women were a slight majority (52 and 54% respectively). The country of origin had been established only in about 2% of the cases and only in migrants from European countries and Asian countries from the former Soviet Union. The estimated rate of migrants' hospitalization due to somatic diseases in 2008 was 1630 per 10 000, while for autochthones – 1850. Migrants, both men and women, had higher admission rates due to injuries and poisonings as well as cardiovascular diseases as compared with non-migrants. The results showed that migrants were more frequently admitted to a hospital without any referrals, had shorter inpatient stay and were discharged with the indication for further outpatient treatment. The monitoring of migration and health situation of migrants and their children is recommended as well as efforts to complete the information on the country of origin of migrant patients.

**Key words:** *migrants, hospital morbidity, epidemiology, public health, Poland*

© Probl Hig Epidemiol 2011, 92(3): 497-503

www.phie.pl

Nadesłano: 17.04.2011

Zakwalifikowano do druku: 04.07.2011

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

Dr hab. n. med. Dorota Cianciara  
Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia Szkoła Zdrowia Publicznego  
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego  
ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa  
tel. 22 56 01 150, e-mail: dorotac@cmkp.edu.pl

## Wstęp

Zgodnie z definicją używaną przez ONZ, migrantem jest każda osoba, która czasowo lub na stałe mieszka w kraju innym, niż kraj urodzenia i ma ważne więzy społeczne z tym krajem [1]. Pojęcie „migrant” nie odnosi się wyłącznie do uchodźców, przesiedleńców czy osób w jakikolwiek sposób zmuszonych do opuszczenia swoich domów. Migrantami są osoby,

które podejmują decyzję kiedy i dokąd się przesiedlić, nawet jeśli decyzja ta jest narzucona. Poszczególne państwa mogą jednak stosować własne definicje.

Migracja uznawana jest za jedną z głównych cech charakterystycznych XXI w., ponieważ mobilność społeczna osiągnęła nieznane wcześniej rozmiary. Szacunki ONZ wskazują, że w 2010 r. migrantami było około 214 mln osób. Stanowiło to około 3,1% populacji glo-

balnej, czyli jedna osoba na każdych 33. mieszkańców współczesnego świata, to migrant (w 2000 r. proporcja wynosiła 1:35). Uchodźcy do innych krajów stanowili zaledwie 7,6% ogólnej liczby migrantów [2]. Migracje przymusowe, ucieczki w sytuacjach kryzysowych i działaniach wojennych, czystki etniczne, a także przymusowe przesiedlenia wewnętrzne, stanowią szczególnie problem, wyzwanie polityczne i humanitarne. Niemniej, uchodźcy stanowią mniejszość migrantów, podobnie jak osoby powracające do kraju rodzinnego. Zdecydowaną większość stanowią migracje zarobkowe. Ten typ migracji opisuje definicja „pracownika migrującego” zawarta w Międzynarodowej Konwencji o Ochronie Praw Wszystkich Pracowników – Migrantów i Członków Ich Rodzin (art. 2.1.). Pracownikiem takim jest osoba, która będzie wykonywać, wykonuje lub wykonywała w przeszłości działalność opłacaną w państwie, do którego nie przynależy. Wyróżniono przy tym 9 grup tych pracowników [3,4]. Konwencja została przyjęta 18 grudnia 1990 r. rezolucją 45/158 Zgromadzenia Ogólnego ONZ i weszła w życie 1 lipca 2003 r. Ratyfikowało ją 25 państw. Polska nie przystąpiła do Konwencji, ponieważ „jest to instrument, który daje prawa nielegalnym imigrantom, podczas gdy polityka Polski polega na wydalaniu ich z terytorium kraju” [5].

W krajach członkowskich Unii Europejskiej, gdzie obywatelom przysługuje prawo do przebywania i pracy w dowolnym innym kraju członkowskim, migrantami nazywa się tych obywateli UE, którzy przebywają aktualnie w innym kraju. Kolejną grupę stanowią osoby przybywające z tzw. krajów trzecich. Eurostat posługuje się terminem „długotrwały migrant międzypaństwowy” (*long-term international migrant*), który oznacza osobę, która przynajmniej na 12 miesięcy przeniosła się do innego kraju, a kraj docelowy stał się dla niej stałym miejscem pobytu [6]. Zgodnie z szacunkami Eurostatu, w 2008 r. do krajów Unii przybyło blisko 4 mln nowych imigrantów, z czego 15% stanowiły powroty do kraju rodzinnego oraz przyjazdy dzieci urodzonych za granicą. Pozostałych 85%, to osoby migrujące z innych krajów UE (43%) oraz z krajów trzecich (57%). W krajach należących do Unii osiedliło się około 384 tys. Rumunów, 266 tys. Polaków oraz 91 tys. Bułgarów, którzy stanowili największe grupy emigrantów w tym roku. Najwięcej imigrantów z krajów trzecich pochodziło z Azji (29%), Północnej, Środkowej i Południowej Ameryki (24%) oraz Afryki (22%). W porównaniu do 2007 r. imigracja do krajów UE zmalała o 6%, a emigracja z Unii wzrosła o 13%. Należy przy tym podkreślić, że pomiar zarówno emigracji jak imigracji stwarza wiele trudności [7]. Według danych za 2007 r. w 27 państwach członkowskich UE przebywało legalnie łącznie około 18,5 mln imigrantów spoza UE, co stanowiło około 4% ludności Unii. Kolejnych 9 mln unijnych

obywateli mieszkało w krajach innych niż ich własny kraj [8].

Ruchy migracyjne w Europie powstają głównie na podłożu ekonomicznym. Imigracja pracowników do Europy oraz ich integracja stanowią poważne wyzwania, zwłaszcza kulturowe i społeczne, jednakże proces ten tworzy wartość dodaną, jest korzystny z ekonomicznego i niezbędny z demograficznego punktu widzenia. Dlatego Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny, organ doradczy Komisji Europejskiej, zaproponował w 2010 r. stworzenie wspólnej polityki imigracyjnej oraz harmonizację legislacji w poszczególnych krajach, aby na szczeblu ponadnarodowym ułatwiać legalną imigrację [9].

Rządom i społecznościom, nie tylko w Europie, zależy na zarządzaniu migracjami i rośnie zainteresowanie regulowaniem oraz wspomaganiem migracji. Problematyką tą zajmuje się przede wszystkim Międzynarodowa Organizacja do Spraw Migracji (*International Organization for Migration – IOM*), która powstała w 1951 r. Znaczenie problemu migracji podkreślają liczne rezolucje i raporty ONZ, w tym rezolucja 55 Zgromadzenia Ogólnego z 2000 r., która ustanowiła Dzień Migranta Międzynarodowego i wyznaczyła go na 18 grudnia [10].

Jednym z istotnych zagadnień migracji jest problematyka zdrowotna. Większość migrantów, to migrujący pracownicy, którzy zazwyczaj są młodzi, silni i zdrowi (tzw. „*healthy migrant effect*”). Niemniej szerszy kontekst migracji i pracy zarobkowej w obcym kraju stwarza liczne zagrożenia dla zdrowia. Największy wpływ mają tu: status prawny migranta (legalny, nielegalny), przestrzeganie praw człowieka w kraju docelowym, poziom zamożności i warunki bytu osób przyjezdnych, charakter wykonywanej pracy (np. ciężka, w warunkach uciążliwych i szkodliwych), znajomość języka, kultury i zwyczajów, a także separacja od rodziny. Te same czynniki mogą mieć wpływ na dostępność świadczeń medycznych oraz sposób korzystania z tych usług w kraju osiedlenia [11]. Istnieją też informacje, że osoby które decydują się na wyjazd mają inne cechy osobowości oraz inne zachowania, bardziej ryzykowne, niż pozostający w kraju [12].

Zdrowie migrantów stało się przedmiotem prac Rady Wykonawczej ŚOZ w 2007 r. [13] oraz rezolucji 61 Światowego Zgromadzenia Zdrowia z 2008 r. [14], która wzywa kraje członkowskie do tworzenia polityk zdrowotnych wrażliwych na potrzeby przybyszy, udzielania im pełnego spektrum świadczeń zdrowotnych (od promocji zdrowia, poprzez profilaktykę do leczenia) oraz innych działań wspierających dobrostan oraz integrację. Jednym z elementów takich prac jest monitorowanie sytuacji zdrowotnej migrantów, a także stworzenie odpowiednich systemów informacji na temat zdrowia i efektywnych działań (tzw. dobrych praktyk). Problematyka zdrowia migrantów cieszy się

coraz większym zainteresowaniem instytucji i organizacji związanych z migracjami, była podejmowana na konferencjach międzynarodowych oraz spotkaniach roboczych, także jako jeden z tematów wiodących w trakcie prezydencji Portugalii w Radzie Unii Europejskiej w II połowie 2007 r. Stała się też przedmiotem badań.

## Cel pracy

Ocena sytuacji zdrowotnej migrantów w Polsce w latach 2008-2009 na podstawie danych z Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej. Danych tych dotychczas nie opracowywano i nie publikowano.

## Materiał i metody

W Polsce Ogólnopolskie Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej (OBCSO) prowadzone jest z przerwami od połowy lat 50. XX wieku. Od 1979 r. badanie jest przygotowywane i prowadzone przez Zakład Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności (dawniej: Zakład Statystyki Medycznej) NIZP-PZH w Warszawie. Do końca 1999 r. przedmiotem badania była losowana 10% próba przypadków leczonych w szpitalach. Od 2000 r. jest to badanie pełne, tzn. gromadzi się dane o wszystkich hospitalizowanych przypadkach z wyjątkiem osób leczonych w szpitalach lub na oddziałach psychiatrycznych, które są objęte odrębnym badaniem. Badanie nie obejmuje także pacjentów szpitali MSWiA oraz MON. Źródłem informacji w OBCSO jest tworzona w szpitalu „Karta statystyczna szpitalna ogólna” (Mz/Szp-11). Zawarty w niej zestaw informacji, z wyłączeniem danych personalnych pacjenta, jest przesyłany elektronicznie do NIZP-PZH (patrz: <http://www.statystyka.medstat.waw.pl>). Badanie jest częścią Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej, który corocznie przygotowuje GUS i zatwierdza Prezes Rady Ministrów.

W ramach OBCSO zbierane są następujące dane: identyfikator szpitala; tryb przyjęcia i wypisu; daty przyjęcia i wypisu; liczba dni leczenia; rodzaj oddziału; wiek pacjenta; kod miejscowości stałego zamieszkania (gmina); choroba zasadnicza (wg X rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych); leczone choroby współwystępujące – zabiegi operacyjne i procedury; przyczyna zgonu bezpośrednia, wtórna i wyjściowa.

Analizą objęto obywateli innych państw podanych hospitalizacji w Polsce w latach 2008-2009. Przypadki hospitalizacji obcokrajowców oznaczone są w karcie Mz/Szp-11 innym kodem (województwo zamieszkania: 00), niż w przypadku mieszkańców Polski, dla których stosuje się siedmiocyfrowy symbol miejsca zamieszkania przypisany przez GUS do danej jednostki terytorialnej w kraju. W dalszej części opra-

cowania, zgodnie z nomenklaturą międzynarodową, grupa ta będzie określana terminem „migranci”. Analizowano liczbę, wiek i płeć hospitalizowanych migrantów, kraj pochodzenia, strukturę przyczyn hospitalizacji, okres pobytu w szpitalu oraz tryb przyjęcia i wypisu ze szpitala.

## Wyniki

### Charakterystyka hospitalizowanych migrantów

W 2008 r. w szpitalach w Polsce leczono 57 039 migrantów, co stanowiło 0,8% wszystkich hospitalizacji. W 2009 r. liczba ta wzrosła trzykrotnie do 178 294 (3% ogółu hospitalizowanych). Każdego roku kobiety stanowiły nieznacznie większość hospitalizowanych (52,3% w 2008 r. oraz 54,0 % w 2009). Średnia wieku leczonych wynosiła 48,1 w 2008 r. oraz 46,4 w 2009 r.

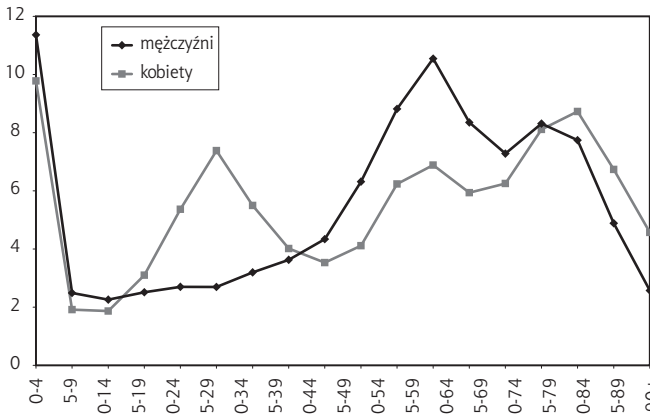
W analizowanym okresie największą grupę pacjentów stanowiły dzieci w wieku do 4 lat oraz mężczyźni w wieku 55-59 lat (odpowiednio: 11,0%; 10,5%). W grupach wieku od 15-29 do 39 lat oraz ponad 75 lat większość pacjentów stanowiły kobiety (ryc. 1, 2).

Dla zdecydowanej większości hospitalizowanych w latach 2008-2009 migrantów (ok. 98%) nie podano informacji o kraju pochodzenia. Wśród osób, dla których określono ten kraj najczęściej było obywateli Niemiec, Wielkiej Brytanii, Ukrainy oraz Włoch (odpowiednio w 2008 r.: 320 osób; 224; 126; 78 oraz w 2009 r.: 1286 osób; 369; 128; 154). Wszystkie osoby o znanym pochodzeniu wywodziły się z Europy i krajów azjatyckich z terenu byłego ZSRR. Nie odnotowano żadnego przypadku hospitalizacji osób z innych kontynentów. Również w 2009 r. stwierdzono istotne braki danych o kraju pochodzenia.

Dane z OBCSO nie dostarczają informacji na temat statusu prawnego migranta, formy płatności za pobyt w szpitalu czy faktu posiadania ubezpieczenia zdrowotnego. Niektóre z tych danych są w posiadaniu NFZ.

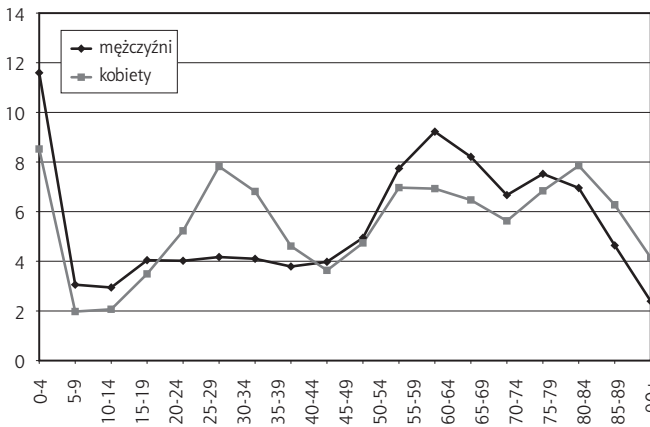
### Struktura przyczyn hospitalizacji migrantów

Analiza przyczyn pobytu w szpitalu, z podziałem na 5-letnie grupy wieku mężczyzn wskazuje, że dominującą przyczyną hospitalizacji chłopców w wieku do 14 lat w 2008 r. były choroby układu oddechowego, choroby zakaźne oraz urazy (ryc. 3). W wieku 15-44 lat główną przyczyną leczenia szpitalnego mężczyzn były urazy i zatrucia. Od 50 roku życia największe znaczenie miały choroby układu krążenia oraz nowotwory, przy czym udział nowotworów w strukturze przyczyn malał po 75 roku życia. W 2009 r. powody hospitalizacji mężczyzn były zbliżone (ryc. 4), przy czym w grupie nastolatków zwiększył się udział leczenia z powodu urazów.



Ryc. 1. Rozkład wieku migrantów hospitalizowanych w Polsce w 2008 r. wg płci

Fig. 1. Age and gender distribution of migrants hospitalized in Poland in 2008

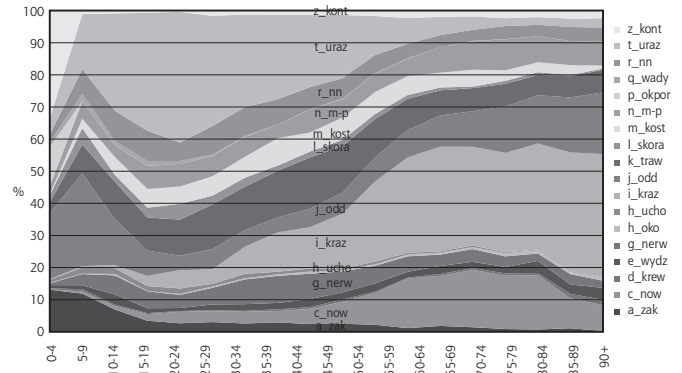


Ryc. 2. Rozkład wieku migrantów hospitalizowanych w Polsce w 2009 r. wg płci

Fig. 2. Age and gender distribution of migrants hospitalized in Poland in 2009

Struktura przyczyn hospitalizacji kobiet różni się w sposób naturalny pobytami związanymi z ciążą i porodem, które dominują w wieku rozrodczym tzn. od 15 do 39 roku życia (ryc. 5). Kobiety były częściej niż mężczyźni hospitalizowane z powodu chorób układu moczowo-płciowego, a leczeniem takim objęto różne grupy wieku z przewagą kobiet w 4 i 5 dekadzie życia. Urazy i zatrucia stanowią znacznie rzadszą niż u mężczyzn przyczynę pobytu w szpitalu. Należy dodać, że nowotwory złośliwe są nieco częściej spotykanym powodem hospitalizacji kobiet niż mężczyzn, a leczeniem objęto młodsze grupy wieku. Struktura hospitalizacji kobiet-migrantek w 2009 r. była podobna (ryc. 6), chociaż odnotowano większy udział urazów i zatruc wśród nastolatków.

Porównanie przyczyn hospitalizacji ogółu migrantów i mieszkańców Polski w 2009 r. wskazuje, że obywatele innych państw, zarówno mężczyźni jak i kobiety, wyraźnie częściej niż Polacy byli hospitalizowani z powodu urazów i zatruc jak również chorób układu

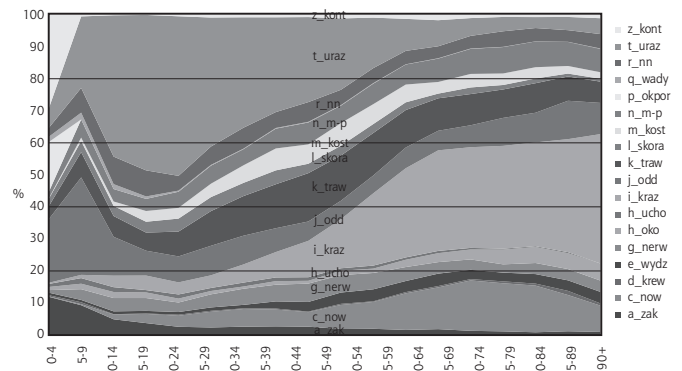


Ryc. 3. Główne przyczyny hospitalizacji migrantów w Polsce w 2008 r. wg wieku, mężczyźni

Fig. 3. Leading causes of migrants' hospitalization in Poland in 2008 by age, men

Opis do rycin 3-6 (symbole wg ICD-10)

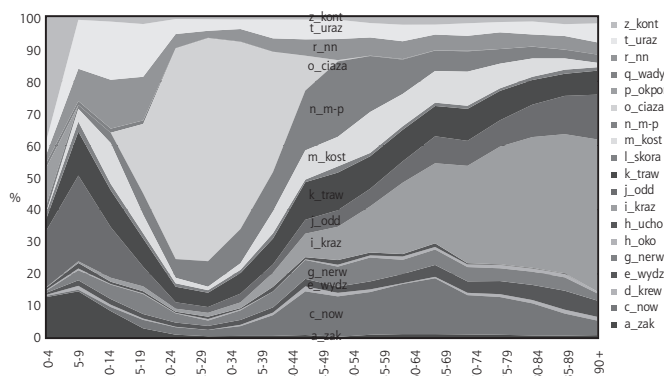
- a\_zak – choroby zakaźne i pasożytnicze
- c\_now – nowotwory
- d\_krew – nowotwory i choroby krwi
- e\_wydz – zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej
- g\_nerw – choroby układu nerwowego
- h\_oko – choroby oka
- h\_ucho – choroby ucha
- i\_kraz – choroby układu krążenia
- j\_odd – choroby układu oddechowego
- k\_traw – choroby układu trawiennego
- l\_skora – choroby skóry i tkanki podskórnej
- m\_kost – choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej
- n\_m-p – choroby układu moczowo-płciowego
- o\_ciaza – ciąża, poród i połóg
- p\_okpor – niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym
- q\_wady – wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje
- r\_nn – objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań
- t\_uraz – urazy, zatrucia
- z\_kont – czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia



Ryc. 4. Główne przyczyny hospitalizacji migrantów w Polsce w 2009 r. wg wieku, mężczyźni

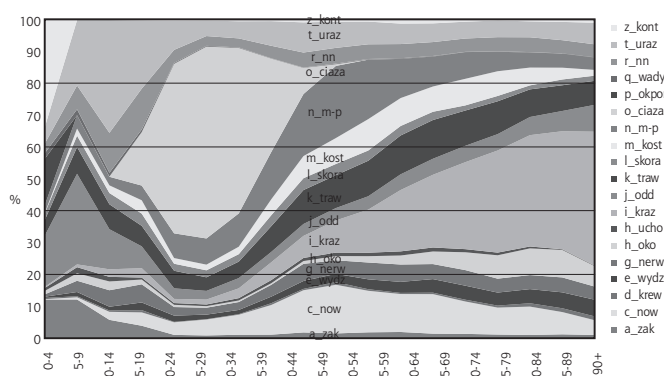
Fig. 4. Leading causes of migrants' hospitalization in Poland in 2009 by age, men

krążenia. Natomiast wyraźnie mniej odnotowano pobytów w szpitalu migrantów z powodu „kontaktu ze służbą zdrowia – Z00-Z99”, które wynikają głównie z badań kontrolnych, profilaktycznych oraz opieki nad hospitalizowanymi dziećmi, a także urodzeniami.



Ryc. 5. Główne przyczyny hospitalizacji migrantów w Polsce w 2008 r. wg wieku, kobiety

Fig. 5. Leading causes of migrants' hospitalization in Poland in 2008 by age, women



Ryc. 6. Główne przyczyny hospitalizacji migrantów w Polsce w 2009 r. wg wieku, kobiety

Fig. 6. Leading causes of migrants' hospitalization in Poland in 2009 by age, women

### Czas pobytu migrantów w szpitalu, tryb przyjęcia i wypisu

Średnia długość pobytu migrantów w szpitalu wynosiła 6,2 dnia w 2008 r. i 4,8 dnia w 2009 r., podczas gdy dla ogółu mieszkańców Polski okres ten wynosił 6,2 w 2008 r. i 5,5 dnia w 2009 r. Ogólne skrócenie czasu hospitalizacji migrantów w 2009 r. jest przede wszystkim wynikiem krótszego pobytu w szpitalu osób w wieku 10-44 lat, chociaż odnotowano także nieznaczne skrócenie czasu leczenia osób starszych.

W 2008 r. jedna trzecia migrantów (35,2%) była przyjęta do szpitala w trybie planowym. Osoby przyjmowane w trybie nagłym najczęściej miały skierowanie do szpitala i tylko 16,0% przyjęto bez jakiegokolwiek skierowania. Wśród ogółu populacji polskiej odpowiednie odsetki wynosiły 43,0 i 18,8%.

W 2009 r. blisko połowa migrantów (41,1%) była przyjęta do szpitala w trybie planowym. Pozostali byli przyjęci w trybie nagłym: bez skierowania (27,2%), ze skierowaniem innym niż z pomocy doraźnej (19,1%) oraz ze skierowaniem z pomocy doraźnej (12,6%). W populacji polskiej odsetki te wynosiły odpowiednio: 42; 21; 26 oraz 11%.

W 2008 r. najwięcej wypisów ze szpitala obejmowało migrantów skierowanych do dalszego leczenia ambulatoryjnego (61,3%). Tylko, co czwarty (26,2%) opuszczał szpital po zakończeniu leczenia. Śmiertelność sięgała 2,5%, podczas gdy wśród ogółu hospitalizowanych w Polsce wynosiła 2%.

W 2009 r. najwięcej migrantów wypisano ze szpitala ze skierowaniem do leczenia w opiece ambulatoryjnej (59,1%). U co trzeciego (31,9%) zakończono proces terapeutyczny. Śmiertelność szpitalna wśród migrantów wynosiła 2%. W populacji polskiej skierowanie do leczenia ambulatoryjnego dostało 54,3% pacjentów, a leczenie zakończyło 36,9%. Śmiertelność wynosiła również 2%.

### Dyskusja

Uzyskanie danych o rzeczywistej skali migracji w Polsce, szczególnie na pobyt czasowy, jest niezwykle trudne. Cudzoziemcy, zwłaszcza przybysze o nieregulowanym statusie pobytu, często nie posiadają zameldowania i lokują się w obiektach niemieszkalnych (np. garażach, budynkach gospodarczych), gdzie nie prowadzi się badań takich jak np. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań w 2002 r. Zakres danych z rejestrów administracyjnych, np. systemu uzyskiwania zezwoleń na pracę, jest wąski i również nie oddaje skali zjawiska. Z tego powodu w II kw. 2008 r. GUS przeprowadził dwa badania statystyczne zasobów imigracyjnych w Polsce. Drugie z nich, tj. Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), było prowadzone we wszystkich krajach UE jako efekt Rozporządzenia Komisji (WE) nr 102/2007 z dnia 2 lutego 2007 r. W badaniu tym na pytanie „Czy jest Pan/i imigrantem?” twierdząco odpowiedziało prawie 350 tys. osób (1,1% ogółu badanych), przy czym prawie 96% z nich mieszkało w Polsce na stałe. Ponad 240 tys. osób urodzonych w Polsce uznało się za potomków imigrantów, czyli posiadało przynajmniej jednego rodzica, który urodził się za granicą. Niemniej GUS zastrzega, że próba wykorzystywana w badaniu (42,7 tys. osób) była zbyt mała do badania tak specyficznego zjawiska, jakim jest migracja, toteż uzyskane wyniki należy uznać za orientacyjne [15]. Powyższe szacunki oraz zebrane dane pozwalają na przybliżone oszacowanie rzeczywistego współczynnika hospitalizacji migrantów z powodu ogółu przyczyn, który w 2008 r. wynosił 1 630 na 10 tys. migrantów, podczas gdy dla nie-migrantów 1850.

Z punktu widzenia zarządzania migracjami, a także ochroną zdrowia niepokojące są znaczące braki informacji o kraju pochodzenia hospitalizowanych obcokrajowców. Mogą one świadczyć zarówno o niedostatecznej staranności przy wypełnianiu karty szpitalnej jak też o niemożności porozumienia się z większością pacjentów-migrantów czy ukrywaniem przez nich szczegółów swojej tożsamości.

Zwraca uwagę, że migranci byli częściej hospitalizowani z powodu urazów i zatruc niż pacjenci krajowi i dotyczy to zwłaszcza chłopców i mężczyzn do 44 roku życia. Może to być związane z gorszą opieką nad dziećmi oraz wykonywaniem przez dorosłych pracy stwarzającej większe ryzyko uszkodzeń ciała i zatruc. Szacuje się, że w Europie ryzyko urazu zawodowego migrantów jest dwa razy wyższe niż nie-migrantów, a opieka nad dziećmi jest niedostateczna [16]. Częstsza hospitalizacja migrantów z powodu chorób układu krążenia wymaga pogłębionej analizy, aczkolwiek nie można wykluczyć, że jest to wynikiem większej zapadalności tej grupy osób na choroby serca i naczyń [17,18].

Stwierdzony w badaniu nieco krótszy czas hospitalizacji migrantów może mieć związek z ryzykiem finansowym uwarunkowanym pobytem w szpitalu. Kwestie finansowe mogą także wpływać na to, że migranci nieco rzadziej niż stali mieszkańcy wychodzili ze szpitala po zakończeniu procesu terapeutycznego. Jakkolwiek odsetek hospitalizacji migrantów w trybie nagłym jest zbliżony do sytuacji polskich pacjentów, to jednak migranci częściej trafiali do szpitala bez jakiegokolwiek skierowania, co może wskazywać zarówno na gwałtowny przebieg choroby (urazu) jak też na niekorzystanie i(lub) niemożność korzystania ze świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych. Należy przy tym zaznaczyć, że piśmiennictwo europejskie dostarcza sprzecznych informacji na temat hospitalizacji migrantów. Odnotowano np. większe współczynniki

hospitalizacji, ale też równe populacji krajowej, a także dłuższe i identyczne okresy pobytu w szpitalu [19].

## Wnioski

1. Zmiany w liczbie hospitalizowanych migrantów oraz w strukturze przyczyn hospitalizacji w latach 2008-2009 świadczą o dynamice procesów migracyjnych i(lub) zmianach w stanie zdrowia migrantów przebywających w Polsce. Niezbędne jest regularne monitorowanie obu zjawisk, w tym liczby ludności napływowej (mianownik obliczeń) oraz przypadków hospitalizacji obywateli innych państw (licznik). Kwestia ta nabiera szczególnego znaczenia, ponieważ 19 stycznia 2011 r. Parlament Europejski głosował za dyrektywą w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej. Nowe uregulowania prawne mogą spowodować wzrost liczby pacjentów z innych krajów UE.
2. Konieczne wydaje się podjęcie starań zmierzających do starannego wypełniania kart szpitalnych – z podaniem kraju pochodzenia leczonego pacjenta.
3. Wskazane jest podjęcie dalszych badań na temat innych aspektów sytuacji zdrowotnej migrantów i ich dzieci, w tym zachowań zdrowotnych oraz sposobów korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

## Piśmiennictwo / References

1. UNESCO. Human and Social Sciences. Glossary of Migration Related Terms. Migrant/Migration. <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/social-transformations/international-migration/glossary/> (09.01.2011).
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2009). Trends in International Migrant Stock: The 2008 Revision. <http://esa.un.org/migration/p2k0data.asp> (09.01.2011).
3. International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cmw/cmw.htm> (09.01.2011).
4. Międzynarodowa Konwencja dotycząca ochrony praw migrujących pracowników i członków ich rodzin [http://www.solidarnosc.org.pl/uploads/oryginal/0/0008d\\_Konwencja\\_ws\\_ochrony\\_praw\\_migrujacych.pdf](http://www.solidarnosc.org.pl/uploads/oryginal/0/0008d_Konwencja_ws_ochrony_praw_migrujacych.pdf) (09.01.2011).
5. Council of Europe. European Commission against Racism and Intolerance. Raport ECRI dotyczący Polski (czwarty cykl monitoringu) przyjęty w dniu 28 kwietnia 2010 r., opublikowany 25 czerwca 2010 r. <http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/ecri/country-by-country/poland/POL-CbC-IV-2010-018-POL.pdf> (09.01.2011).
6. Eurostat. Concepts and definitions. Eurostat's Concepts and Definitions database. Migration [http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=DSP\\_GLOSSARY\\_NOM\\_DTL\\_VIEW&StrNom=CODED2&StrLanguageCode=EN&IntKey=16522685&RdoSearch=BEGIN&TxtSearch=M&CboTheme=16713672&IntCurrentPage=2](http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=DSP_GLOSSARY_NOM_DTL_VIEW&StrNom=CODED2&StrLanguageCode=EN&IntKey=16522685&RdoSearch=BEGIN&TxtSearch=M&CboTheme=16713672&IntCurrentPage=2) (09.01.2011).
7. Oblak Flader A. Population and social conditions. Eurostat. Statistics in focus. 01/2011. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-SF-11-001/EN/KS-SF-11-001-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-11-001/EN/KS-SF-11-001-EN.PDF) (09.01.2011).
8. Komisja Europejska. Dyrekcja Generalna ds. Komunikacji Społecznej. Migracja w Unii Europejskiej. Szansa i wyzwanie. Maj 2009: 3-6. <http://ec.europa.eu/publications/booklets/move/81/pl.doc> (09.01.2011).
9. European Economic and Social Committee. Opinion of the European Economic and Social Committee on 'The Integration of immigrant workers' (exploratory opinion) (2010/C 354/03). Official Journal of the European Union 28.12.2010: C 354/16. <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:354:0016:0022:EN:PDF> (09.01.2011).

10. United Nations. General Assembly. 55/93. Proclamation of 18 December as International Migrants Day. Fifty-fifth session Agenda item 114 (b), 28 February 2001. A/RES/55/93. [http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/policy\\_and\\_research/un/55/A\\_RES\\_55\\_93\\_en.pdf](http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/policy_and_research/un/55/A_RES_55_93_en.pdf) (09.01.2011).
11. World Health Organization, IOM International Organization for Migration. Health of Migrants – the way forward. Report of a global consultation, Madrid, Spain, 3–5 March 2010. Geneva; World Health Organization 2010: 28-42. [http://www.who.int/hac/events/consultation\\_report\\_health\\_migrants\\_colour\\_web.pdf](http://www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf) (09.01.2011).
12. Silventoinen K, Hammar N, Hedlund E, Koskenvuo M, Rönnemaa T, Kaprio J. Selective international migration by social position, health behaviour and personality. *Eur J Public Health* 2007, 18(2): 150-155.
13. World Health Organization. Health of migrants. Geneva: World Health Organization, Executive Board 122nd session, EB122/11, 20 December 2007. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB122/B122\\_11-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB122/B122_11-en.pdf) (09.01.2011).
14. World Health Organization. Health of migrants. World Health Assembly, WHA61.17, 24 May 2008. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA61-REC1/A61\\_Rec1-part2-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_Rec1-part2-en.pdf) (09.01.2011).
15. Główny Urząd Statystyczny. Informacja o badaniach zasobów imigracyjnych w Polsce w 2008 r. [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/PUBL\\_lud\\_infor\\_o\\_badan\\_zasob\\_imigr\\_pl\\_w\\_2008.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/PUBL_lud_infor_o_badan_zasob_imigr_pl_w_2008.pdf) (09.01.2011).
16. Carballo M, Mboup M. International migration and health. A paper prepared for the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration. Global Commission on International Migration sept. 2005. <http://www.gcim.org/attachements/TP13.pdf> (09.01.2011).
17. Bhopal R. Chronic diseases in Europe's migrant and ethnic minorities: challenges, solutions and a vision. *Eur J Public Health* 2009, 19(2): 140-143.
18. Rafnsson SB, Bhopal RS. Large-scale epidemiological data on cardiovascular diseases and diabetes in migrant and ethnic minority groups in Europe. *Eur J Public Health* 2009, 19(5): 484-491.
19. Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A. Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe – a systematic review. *Eur J Public Health* 2009, 20(5): 555-563.