

Piotr Sowizdraniuk [ORCID: 0000-0003-1800-1557]

Joanna Sowizdraniuk [ORCID: 0000-0001-8544-3879]

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu

REGULACJE PRAWNE OKREŚLAJĄCE RAMY OPIEKI ZDROWOTNEJ OSÓB PRZYBYWAJĄCYCH DO POLSKI JAKO UCHODźCY ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM CHOROów ZAKAŻNYCH, ICH WYKRYWANIA, LECZENIA I ZAPOBIEGANIA

Autor korespondencyjny:

Piotr Sowizdraniuk, Szkoła Aspirantów Państwowej Straży Pożarnej w Krakowie,
os. Zgody 18, 31-951 Kraków
e-mail: sowizdraniuk@poczta.onet.pl

Streszczenie

Możliwość szybkiego przemieszczania się dużych grup ludzi na znaczne odległości oprócz korzyści, niesie ze sobą także wiele zagrożeń, również tych wynikających z pojawiania i rozprzestrzeniania się chorób, które do tej pory nie były diagnozowane i leczone w kraju docelowym imigrantów. W interesie każdej grupy społecznej powinno być więc wypracowanie mechanizmów, w tym aktów prawnych i rozwiązań organizacyjno-technicznych, umożliwiających pełną ochronę i właściwe reagowanie na możliwość zawleczenia i rozprzestrzeniania się różnych chorób, zwłaszcza zakaźnych. Celem niniejszej pracy jest omówienie praw i obowiązków państwa dotyczących opieki medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem występowania ryzyka chorób zakaźnych, wobec osób pragnących osiedlić się w Polsce, a zwłaszcza wobec uchodźców. Znajomość przedstawionych regulacji pozwala zwiększyć poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego i epidemiologicznego obywateli, przekonując tym samym, że jeśli wszelkie procedury zostają

zachowane, to zapewniona jest właściwa opieka medyczna zarówno dla osób przyjeżdżających do Polski, jak i jej stałych mieszkańców.

Słowa kluczowe: migracja, uchodźca, choroby zakaźne

Wprowadzenie

Pomimo upływu dziesiątek tysięcy lat ewolucji główne powody migracji (poza dynamicznym rozwojem turystyki), czyli zdobywanie pożywienia i zapewnienie bezpiecznego bytu, nie uległy większym zmianom. Intensywny rozwój techniki – szczególnie transportu – oraz proces globalizacji i konsumpcyjny tryb życia sprawiły, że nigdy wcześniej migracja dużych grup ludzi, bez względu na inicjujące ją powody, nie była tak dostępna i powszechna. Możliwość szybkiego przemieszania się dużych grup ludzi na znaczne odległości, oprócz różnych korzyści, niesie ze sobą także wiele zagrożeń, również tych wynikających z pojawiania i rozprzestrzeniania się chorób, które do tej pory nie występowały w danym miejscu. Na możliwość pojawienia się nowych ognisk epidemii wpływ mają: zróżnicowany poziom nawyków higieniczno-sanitarnych; poziom wyszczepialności danej populacji; zachodzące w przyrodzie procesy mutacji patogenów; świadomość, doświadczenie i możliwości techniczne medycyny w diagnozowaniu i leczeniu chorób (egzotycznych, tropikalnych), które nie występowały wcześniej na danym obszarze. Pomimo powszechnej akceptacji dla praw i wolności wszystkich ludzi, w interesie każdej grupy społecznej powinno być wypracowanie mechanizmów, w tym aktów prawnych i rozwiązań organizacyjno-technicznych, umożliwiających pełną ochronę i właściwe reagowanie w celu ograniczenia nawet potencjalnej możliwości zawleczenia i rozprzestrzeniania się różnych chorób, szczególnie zakaźnych. W obawie przed postrzeganiem takiego postulatu jako chęci ograniczenia swobód i praw różnych grup społecznych (nacji czy ras) zaznaczyć należy, że proponowane i funkcjonujące obecnie rozwiązania dotyczyć powinny zarówno ludności napływowej, jak i obywateli danego kraju, którzy do niego wracają, bez względu na pierwotne powody ich przemieszczania się.

Sytuacja geopolityczna w jakiej znajduje się obecnie wiele krajów Europy, m.in. na skutek obserwowanych ruchów migracyjnych, oraz liczne doniesienia mediów i WHO o gwałtownym wzroście zapadalności mieszkańców Starego Kontynentu na choroby zakaźne, które przez wiele lat nie były diagnozowane, wpłynęły na zainteresowanie autorów istniejącymi regulacjami prawnymi dotyczącymi bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców Polski, pod kątem przeciwdziałania i reagowania na pojawianie się chorób zakaźnych. Szczególną uwagę skupiono na zagrożeniach związanych z migracją, a co z tym idzie – na prawnych możliwościach badania i ewentualnego przymusowego leczenia lub szczepienia osób przybywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Definicje

Migracja ludności to w najprostszym rozumieniu zmiana miejsca zamieszkania lub czasowego pobytu [1], jednak na potrzeby opracowania statystycznego przyjęto, że jest ona połączona z przekroczeniem granicy administracyjnej [2]. Jest nią więc zmiana gminy, przemieszczanie się z terenów miejskich do wiejskich w ramach tej samej gminy lub odwrotnie, dlatego nie musi się ona wiązać ze zmianą kraju zamieszkania, ale oczywiście może. Migrację systematyzuje się m.in. ze względu na czas jej trwania (długookresowe lub krótkookresowe pobyty czasowe, pobyty stałe) oraz ze względu na właściwości miejsca (wewnętrzne, zagraniczne). W przygotowanej na potrzeby gromadzenia i opracowywania danych statystycznych Unii Europejskiej definicji, emigracją nazwać można wyjazd za granicę w celu stałej lub czasowej zmiany miejsca zamieszkania, czyli działanie, w ramach którego osoba mająca uprzednio miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego, zaprzestaje posiadania swojego zwyczajowego miejsca zamieszkania w tym państwie członkowskim na okres, który wynosi co najmniej 12 miesięcy lub co do którego przewiduje się, że będzie on tyle wynosić [1].

Z kolei imigracja to „działanie, w wyniku którego osoba ustanawia swoje miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego na okres, który wynosi co najmniej dwanaście miesięcy lub co do którego przewiduje się, że będzie on tyle wynosić, będąc uprzednio rezydentem innego państwa członkowskiego lub państwa trzeciego” [3]. Imigrantem jest zatem osoba przybyła z zagranicy do kraju w celu osiedlenia się lub przebywania w nim przez określony czas. Szczególnym zjawiskiem, ze względu na obserwowaną skalę, jest emigracja ekonomiczna, czyli określenie (według stanowiska Urzędu do Spraw Cudzoziemców) odnoszące się do cudzoziemca, dla którego argumentacją i motywacją migracji jest chęć polepszenia swojej pozycji ekonomicznej poprzez pracę bądź działalność gospodarczą poza krajem pochodzenia. Państwo goszczące nie ponosi wówczas kosztów pobytu tego cudzoziemca na swoim terytorium [4].

Na podstawie Konwencji Genewskiej za uchodźcę uważa się osobę, która na skutek uzasadnionej obawy przed prześladowaniem z powodu swojej rasy, religii, narodowości, przynależności do określonej grupy społecznej lub z powodu poglądów politycznych, znajduje się poza terytorium kraju którego jest obywatelem i z powodu tych obaw nie chce lub nie może korzystać z jego ochrony (nie może lub nie chce do niego wrócić). Status uchodźcy nadawany jest także małoletniemu dziecku cudzoziemca, który uzyskał status uchodźcy w Rzeczypospolitej Polskiej, urodzonemu na tym terytorium. Azyl jest formą ochrony udzielanej cudzoziemcom w sytuacji, gdy jest to niezbędne do zapewnienia im ochrony oraz gdy przemawia za tym ważny interes Rzeczypospolitej Polskiej [5,6].

Opierając się na treści ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zawierającej najbardziej

syntetyczne definicje pojęć właściwych epidemiologii, przyjęto, że chorobą zakaźną jest „choroba, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy”, czyli „posiadające zdolność wywoływania objawów chorobowych drobnoustroje komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty, zewnętrzne i wewnętrzne pasożyty człowieka lub wytwarzane przez nie produkty, cząstki bezkomórkowe zdolne do replikacji lub przenoszenia materiału genetycznego, w tym zmodyfikowane genetycznie hodowle komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty” [7]. W gronie chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych, tj. takich, które łatwo rozprzestrzeniają się, cechują wysoką śmiertelnością, powodują szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagają specjalnych metod zwalczania, znalazły się między innymi: cholera, dżuma, ospa prawdziwa i wirusowe gorączki krwotoczne [7]. Z epidemią mamy do czynienia, gdy ujawni się „wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących”. Stan epidemii jest natomiast „sytuacją prawną wprowadzoną na danym obszarze w związku z wystąpieniem epidemii w celu podjęcia określonych działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania jej skutków”, natomiast, gdy występuje jedynie ryzyko pojawienia się epidemii na podobnych zasadach jak powyżej, wprowadzony może zostać stan zagrożenia epidemicznego. Zagrożeniem epidemicznym jest „zaistnienie na danym obszarze warunków lub przesłanek wskazujących na ryzyko wystąpienia epidemii” [7]. Pandemia to epidemia szybko rozprzestrzeniających się chorób zakaźnych, obejmujących swoim zasięgiem kilka państw, jeden z kontynentów lub cały świat [8]. Zakażeniem jest „wniknięcie do organizmu i rozwój w nim biologicznego czynnika chorobotwórczego” [7], a zaraźliwość rozumiana powinna być jako „zdolność biologicznego czynnika chorobotwórczego do przeżycia i namnażania oraz do wywołania objawów chorobowych po przeniesieniu go do organizmu innego człowieka lub zwierzęcia” [7]. Mówiąc o styczności mamy na myśli „bezpośredni lub pośredni kontakt osoby ze źródłem zakażenia, jeżeli charakter tego kontaktu zagrażał lub zagraża przeniesieniem na tę osobę biologicznych czynników chorobotwórczych”. Podejrzany o zakażenie jest osoba, „u której nie występują objawy zakażenia ani choroby zakaźnej, która miała styczność ze źródłem zakażenia, a charakter czynnika zakaźnego i okoliczności styczności uzasadniają podejrzenie zakażenia”. Podejrzany o chorobę zakaźną jest pacjent, u którego „występują objawy kliniczne lub odchylenia od stanu prawidłowego w badaniach dodatkowych, mogące wskazywać na chorobę zakaźną”. U nosiciela nie występują objawy choroby zakaźnej, ale w jego organizmie bytują biologiczne czynniki chorobotwórcze, stanowiące potencjalne źródło zakażenia innych ludzi. Ozdrowieńcem nazywamy człowieka, u którego „ustąpiły objawy choroby zakaźnej”. W uzasadnionych przypadkach i sytuacjach dopuszcza się stosowanie dwóch rozwiązań wpływających na ograniczenie swobód osobistych: izolacji i kwarantanny. Pierwsze z nich to „odosob-

nienie osoby lub grupy osób chorych na chorobę zakaźną albo (...) podejrzanych o chorobę zakaźną, w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby”. Z kolei kwarantanna to „odosobnienie osoby zdrowej, która była narażona na zakażenie, w celu zapobieżenia szerzeniu się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych”. Warto przedstawić jeszcze definicję szczepienia ochronnego, czyli podania „szczepionki przeciw chorobie zakaźnej w celu sztucznego uodpornienia przeciwko tej chorobie” [7].

Regulacje prawne dotyczące opieki medycznej i sanitarnej nad migrantami w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych

Opierając się na mocy ustawy zasadniczej, władze publiczne obowiązane są do zwalczania chorób epidemicznych, co realizują za pomocą odpowiednich regulacji prawnych [9]. Jednym z podstawowych aktów prawnych w tym zakresie w odniesieniu do ludności napływowej jest ustawa z 13 czerwca 2003 roku o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W art. 73 dotyczącym ochrony zdrowotnej czytamy, iż opieka medyczna tej grupy ludności „obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie, w jakim osobom objętym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym przysługuje prawo do świadczeń na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), z wyłączeniem leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej” [10]. Jednocześnie na mocy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, cudzoziemcy przebywający w Polsce legalnie, po złożeniu deklaracji u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, bez względu na tytuł ubezpieczenia zdrowotnego, otrzymują możliwość bezpłatnych szczepień ochronnych w ramach programu szczepień ochronnych do 19. roku życia, a uwzględniając społeczny aspekt szczepień na szczególnie groźne choroby, w zakresie części z nich możliwe jest egzekwowanie obowiązku ich realizacji [7]. Powstał także katalog chorób zakaźnych mogących stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, których rozpoznanie lub podejrzenie wystąpienia może stanowić podstawę odmowy wjazdu cudzoziemca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Wykaz obejmuje między innymi: błonicę; cholere; dur brzuszny; dury rzekome A, B, C; dur wysypkowy (w tym chorobę Brill-Zinssera); dżumę; grypę wywołaną nowym szczepem wirusa powodującym wysoką śmiertelność wśród ludzi, w szczególności szczepem pandemicznym lub wysoce zjadliwymi szczepami odzwierzęcymi; gruźlicę płuc w okresie prątkowania; gruźlicę wywołaną szczepami prątka gruźlicy o lekooporności typu MDR lub XDR; zakażenia szczepem dzikim wirusa polio (ostre nagminne porażenie dziecięce); ospę prawdziwą; zakażenia wirusami powodującymi zespół ostrej

niewydolności oddechowej; wirusowe gorączki krwotoczne powodujące wysoką śmiertelność wśród ludzi, w szczególności wywołane wirusami Ebola i Marburg. Wykaz zawarty został w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 września 2015 roku w sprawie chorób zakaźnych, których rozpoznanie lub podejrzenie wystąpienia może stanowić podstawę odmowy wjazdu cudzoziemca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej [11]. Wachlarz chorób zakaźnych może zostać rozszerzony w drodze rozporządzenia wydanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie uprawnień wynikających z art. 3 ust. 2 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 2008 roku; określić w nim może on także szczególny sposób postępowania świadczeniodawców i osób narażonych na zakażenie lub zachorowanie.

Powszechny obowiązek w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń lub chorób zakaźnych dotyczy wszystkich osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Na podstawie ustawy zobligowane są one do poddawania się: zabiegom sanitarnym; szczepieniom ochronnym; poekspozycyjnemu profilaktycznemu stosowaniu leków; badaniom sanitarno-epidemiologicznym, w tym również postępowaniu mającemu na celu pobranie lub dostarczenie materiału do tych badań; nadzorowi epidemiologicznemu; kwarantannie; leczeniu; hospitalizacji, a w razie potrzeby także izolacji. Ustawodawca przewidział również możliwość nakazu zaniechania wykonywania prac przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby – jeżeli są to osoby zakażone, chore na chorobę zakaźną lub nosiciele oraz stosowania się do nakazów i zakazów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, służących zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych. Dodatkowymi obowiązkami umożliwiającymi ograniczenie potencjalnego zagrożenia jest udzielanie informacji odpowiedzialnym za bezpieczeństwo zdrowotne instytucjom (m.in.: Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Wojskowej Inspekcji Sanitarnej, Państwowej Inspekcji Sanitarnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Inspekcji Weterynaryjnej, Wojskowej Inspekcji Weterynaryjnej, Inspekcji Ochrony Środowiska) [7]. Obowiązkowym badaniom sanitarno-epidemiologicznym na mocy cytowanej ustawy podlegają: podejrzani o zakażenie lub chorobę zakaźną; noworodki, niemowlęta i kobiety w ciąży podejrzane o zakażenie lub chorobę zakaźną mogącą się szerzyć z matki na płód lub dziecko; nosiciele, ozdrowieńcy oraz osoby, które były narażone na zakażenie przez styczność z osobami zakażonymi, chorymi lub materiałem zakaźnym; uczniowie, studenci i doktoranci kształcący się do wykonywania prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby oraz osoby podejmujące lub wykonujące prace, przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby [7].

Osobom zwracającym się do właściwego organu Straży Granicznej z wnioskiem o udzielenie pomocy międzynarodowej zapewnia się przepro-

wadzenie badań lekarskich i niezbędnych zabiegów sanitarnych ciała i odzieży. W przypadku nie wyrażenia przez nie zgody zawiadamia się o tym fakcie państwowego inspektora sanitarnego albo państwowego inspektora sanitarnego MSWiA, właściwego ze względu na miejsce złożenia tego wniosku. Jeżeli z różnych przyczyn badanie lekarskie nie zostało przeprowadzone przed przyjęciem cudzoziemca do ośrodka recepcyjnego, podlega on badaniu lekarskiemu i niezbędnym zabiegom sanitarnym. Odmowa poddania się powyższym czynnościom, prócz adekwatnych do opisanych powyżej konsekwencji, skutkuje także obniżeniem o połowę wysokości świadczenia socjalnego [10]. Także osoby już przebywające na terenie ośrodków obowiązane są do poddawania się badaniom lekarskim i zabiegom sanitarnym zaleconym przez lekarza sprawującego opiekę medyczną w ośrodku oraz informowania personelu ośrodka o potencjalnym wystąpieniu objawów chorobowych.

Badanie lekarskie cudzoziemca ubiegającego się o udzielenie ochrony międzynarodowej lub przyjmowanego do ośrodka dla cudzoziemców obejmuje ogólną ocenę stanu jego zdrowia, ze szczególną uwagą skierowaną na to, czy nie występują kliniczne i epidemiologiczne przesłanki, które świadczą o możliwości zakażenia albo wskazują na chorobę zakaźną lub na narażenie na czynniki zakaźne wywołujące te zakażenia/choroby. W przypadku podejrzenia zakażenia lub choroby zakaźnej, lekarz przeprowadzający badanie lekarskie zleca wykonanie dodatkowych badań diagnostycznych i laboratoryjnych krwi, wydzielin lub wydaliny w kierunku wykrywania zakażeń lub chorób zakaźnych, a jeżeli przemawiają za tym względy epidemiologiczne, przeprowadza się obowiązkowe badania sanitarno-epidemiologiczne na zasadach określonych w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. W przypadku stwierdzenia przez lekarza wykonującego badanie lekarskie konieczności przeprowadzenia zabiegów sanitarnych ciała, osobie badanej zapewnia się: dostęp do natrysków z ciepłą i zimną wodą, wykonanie zabiegów higienicznych oraz niezbędne środki w celu utrzymania czystości ciała. Ma ona także zapewniony dostęp do strzyżenia, jeżeli jest to uzasadnione zapobieżeniem szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych. Natomiast w sytuacji stwierdzenia konieczności przeprowadzenia zabiegów sanitarnych odzieży, poddaje się ją praniu (także bieliznę) oraz procesowi dezynfekcji termicznej w temperaturze powyżej 90°C lub praniu oraz procesowi dezynfekcji chemiczno-termicznej w temperaturze 60–70°C, z zastosowaniem odpowiednich środków dezynfekujących. W szczególnych przypadkach (np. gdy odzież nie może być prana w standardowy sposób) odzież będącą w posiadaniu osoby przebywającej na terenie ośrodka dla uchodźców poddaje się praniu chemicznemu i prasowaniu, a w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia wystąpienia wszawicy lub świerzbu odzież, w tym bieliznę cudzoziemca, poddaje się dezynsekcji, dezynfekcji chemicznej albo dezynfekcji w komorach parowo-formaldehadowych lub utylizacji. W ostatnim przypadku cudzoziemiec zaopatrywany jest w czystą odzież. Wszystkie elementy

badania lekarskiego i postępowania sanitarnego prowadzone powinny być z poszanowaniem dóbr osobistych, ze względu na pochodzenie etniczne, religię lub płeć danej osoby [12].

Przykładowe dane statystyczne dotyczące skali ruchów migracyjnych i podróży w Europie

Skala wyjazdów z krajów macierzystych jest obecnie bardzo duża. Za przykład skali podróżowania niech posłuży port lotniczy Heathrow w Londynie, który w 2017 roku obsłużył 75,7 mln pasażerów; w tym czasie polskie lotniska obsłużyły łącznie prawie 40 mln podróżujących [13,14].

Jak wynika z najnowszych opracowań statystycznych, w końcu 2016 roku poza granicami Polski przebywało czasowo ok. 2 515 tys. mieszkańców naszego kraju, tj. o 118 tys. (4,7%) więcej niż w 2015 roku. Najwięcej wyjazdów nastąpiło do krajów europejskich (ok. 2 214 tys. osób), z czego większość do krajów członkowskich UE (2 096 tys. osób) – to więcej o 113 tys. w porównaniu do 2015 roku. Polscy emigranci na miejsce dłuższego pobytu najczęściej wybierali: Wielką Brytanię (788 tys.) i Niemcy (687 tys.), zaś krajem spoza UE cieszącym się największym zainteresowaniem emigrujących Polaków (85 tys. osób) była Norwegia [15].

Liczbowe zestawienia osób (głównie uchodźców z Syrii, Afganistanu i Iraku), które według Eurostatu w 2015 roku ubiegały się o azyl w krajach członkowskich UE – ponad 1,2 mln (dwukrotnie więcej niż w 2014 roku) – wskazują na obecne kierunki i tendencje związane z napływem ludności do Europy. Problem legalnej i nielegalnej migracji dotyczy wielu krajów, zwłaszcza najbogatszych i najszybciej rozwijających się; najczęściej wniosków o azyl (60% w 2016 roku) złożono w Niemczech [16]. Także Polska jest krajem, w którym uchodźcy szukają schronienia. W 2017 roku wnioski o ochronę międzynarodową złożyło 5098 osób i byli to głównie obywatele: Rosji, Ukrainy i Tadżykistanu; otrzymało ją 520 osób [17]. Obywatele Ukrainy stanowią największą grupę imigrantów ekonomicznych przybywających do Polski. W 2017 roku pracowało w Polsce ok. 2 mln Ukraińców; szacuje się, że w 2018 roku ich liczba przekroczy 3 mln [18].

Przykłady zastosowania przepisów prawa w Polsce

Prawidłowo wdrożone postępowanie w oparciu o przedstawione powyżej przepisy prawa pozwala na ograniczenie występowania chorób zakaźnych. Jedną z nich jest gruźlica. W 2016 roku w Polsce stwierdzono ją u 4619 chorych, z tego cudzoziemcy (92 osoby, w tym 5 dzieci) stanowili 1,4% ogółu chorych. Do Polski przybyli oni z 30 różnych krajów i w większości mieli od 20 do 44 lat. W tej grupie 10 cudzoziemców miało gruźlicę wielolekooporną MDR-TB, co może sta-

nowić poważny problem terapeutyczny. Leczenie gruźlicy w Polsce jest w pełni refundowane również w przypadku osób spoza granic Polski [19,20].

Dobrym przykładem sprawowania bieżącej kontroli i reagowania na sytuacje niebezpieczne z epidemiologicznego punktu widzenia jest też wystąpienie przypadków odry wśród migrantów w ośrodkach w Białej Podlaskiej i Horbowie (troje i dwoje czeczeńskich dzieci). Natychmiast po stwierdzeniu zachorowań zlecono przeprowadzenie obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko odrze u wszystkich dzieci (a następnie wśród dorosłych) zarówno trafiających do placówek, jak i znajdujących się w ośrodku oraz wykonanie badań lekarskich osób, które mogły mieć kontakt z chorymi. Mimo że w dalszej obserwacji odra wystąpiła jeszcze u kilkunastu osób, to prawidłowo prowadzone postępowanie epidemiologiczne i profilaktyczne nie pozwoliło na rozprzestrzenianie się tego schorzenia [21].

Podsumowanie

Jak wynika z przedstawionych powyżej przepisów, ochrona ludności przed potencjalnym szerzeniem się chorób zakaźnych jest uregulowana w sposób wyczerpujący przepisami prawa w Polsce. Wydaje się, że zarówno osoby podróżujące w celach turystycznych, migranci ekonomiczni, jak i uciekający przed wojnami i prześladowaniem objęci są właściwą opieką w sytuacji podejrzenia oraz potwierdzenia wystąpienia choroby zakaźnej, związanej z podróżą i przebywaniem w innej strefie klimatycznej. Niezwykłego znaczenia nabiera właściwe zapewnienie opieki zdrowotnej w ośrodkach recepcyjnych oraz profilaktyka i opieka zdrowotna nad imigrantami i uchodźcami. Szybkie wykrywanie chorób umożliwia nie tylko ich skuteczne leczenie, ale także ogranicza szansę rozprzestrzeniania się chorób; może ono także znacznie poprawić stan zdrowia osób przybywających do Polski, a przez to ich pozycję społeczną, co może przynieść korzyści również dla kraju przyjmującego.

Wydaje się, że obowiązujące w Polsce przepisy prawa i bieżąca działalność instytucji odpowiedzialnych za monitorowanie i przeciwdziałanie rozwojowi chorób zakaźnych pozwalają na wczesne wykrywanie i likwidowanie ognisk chorób zakaźnych. W znacznym stopniu na powodzenie profilaktyki w zakresie szerzenia się chorób zakaźnych wpływ ma współpraca międzynarodowa i współdziałanie w rozwiązywaniu pojawiających się problemów. Jednym z nich jest kontrola statusu zdrowotnego osób pozostających w tzw. sferze lotniskowej, poddawanych ewentualnemu badaniu (również z wykorzystaniem termowizji pozwalającej na wskazanie osób z podwyższoną temperaturą ciała) jedynie na początku podróży. Obecnie w większości krajów docelowych lub tranzytowych nie prowadzi się dodatkowej weryfikacji. Jest to z pewnością czynnik, któremu decydenci powinni poświęcić uwagę i stworzyć odpowiednią regulację prawną,

pozwalającą na ograniczenie do minimum ryzyka transferu potencjalnej, niebezpiecznej choroby zakaźnej na nowy obszar.

Bibliografia

1. Runge A, Runge J, *Słownik pojęć z geografii społeczno-ekonomicznej*. Videograf Edukacja. Katowice 2008: 200.
2. Pojęcia stosowane w statystyce publicznej: migracje. GUS, www.stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/845.pojecie.html [dostęp: 27.01.2018].
3. Rozporządzenie (WE) nr 862/2007 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 lipca 2007 r. w sprawie statystyk Wspólnoty z zakresu migracji i ochrony międzynarodowej oraz uchylające rozporządzenie Rady (EWG) nr 311/76 w sprawie zestawienia statystyk dotyczących pracowników cudzoziemców. Dz.Urz. UE L 199/23 z 31.07.2007: 2.
4. Migracje – słownik. Urząd do Spraw Cudzoziemców, <https://udsc.gov.pl/wp-content/uploads/2015/09/Migracje-s%C5%82ownik.pdf> [dostęp: 27.01.2018].
5. Konwencja dotycząca statusu uchodźców, sporządzona w Genewie 28 lipca 1951 r. (Dz.U. 1991 nr 119 poz. 515).
6. Słownik. Urząd do Spraw Cudzoziemców, <https://udsc.gov.pl/uchodzczy-2/uchodzczy/slownik/> [dostęp: 30.01.2018].
7. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008 nr 234 poz. 1570 z późn. zm.).
8. Jaśkiewicz J, Goździalska A, Kaducáková H. *Współczesne epidemie*, [w]: Dębska G, Goździalska A, Jaśkiewicz J (red.). *Rodzina w zdrowiu i chorobie: uwarunkowania środowiskowe zdrowia*. Oficyna Wydawnicza AFM. Kraków 2012: 27–35.
9. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483, art. 68.4).
10. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 2003 nr 128 poz. 1176).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 17 września 2015 r. w sprawie chorób zakaźnych, których rozpoznanie lub podejrzenie wystąpienia może stanowić podstawę odmowy wjazdu cudzoziemca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 2015 poz. 1501).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2016 r. w sprawie badań lekarskich oraz zabiegów sanitarnych ciała i odzieży cudzoziemca ubiegającego się o udzielenie ochrony międzynarodowej (Dz.U. 2016 poz. 1724).
13. Januszek M. *Największe europejskie lotniska 2017*. Inżynieria.com. 31.05.2017, <https://inzynieria.com/wpis-branzy/rankingi/10/48570,najwiece-europejskie-lotniska-2017> [dostęp: 12.02.2018].
14. *Dynamiczny rozwój przewozów lotniczych w Polsce w 2017 roku*. Urząd Lotnictwa Cywilnego. 10.04.2018, <http://www.ulc.gov.pl/pl/247-aktualnosci/43-74-dynamiczny-rozwoj-przewozow-lotniczych-w-polsce-w-2017-roku> [dostęp: 10.04.2018].

15. *Informacja o rozmiarach i kierunkach emigracji z Polski w latach 2004–2016*. GUS. 16.10.2017, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-zagraniczne-ludnosc/informacja-o-rozmiarach-i-kierunkach-emigracji-z-polski-w-latach-20042016,2,10.html?pdf=1> [dostęp: 28.01.2018]
16. Dane statystyczne dotyczące azylu. Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Asylum_statistics/pl [dostęp: 28.04.2018].
17. *Raport roczny – ochrona międzynarodowa 2017*. Urząd do Spraw cudzoziemców, <https://udsc.gov.pl/statystyki/raporty-okresowe/raport-roczny-ochrona-miedzynarodowa/2017-2/> [dostęp: 22.04.2018].
18. Lis M. *Za rok w Polsce będzie pracować 3 mln Ukraińców. Ich pensje rosną szybciej niż przeciętne*. Money.pl. 25.10.2017, <https://www.money.pl/gospodarka/unia-europejska/wiadomosci/artukul/ukraincy-pracujacy-w-polsce-pensja-liczba,118,0,2381430.html> [dostęp: 22.04.2018].
19. Korzeniewska-Koseła M (red.). *Gruźlica i choroby układu oddechowego w Polsce w 2016 r. Konferencja naukowo-szkoleniowa specjalistów chorób płuc w Zakopanem 07-09.VI. 2017 r.* Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc. Warszawa 2017.
20. *Zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* [w:] *Stan Sanitarny Kraju w roku 2016*. Państwowa Inspekcja Sanitarna, <https://stansanitarny.gis.gov.pl/index.php/rozdzial/epidemiologia>, [dostęp: 22.09.2018].
21. Chabiński A. *Odra w obozach dla uchodźców*. Mp.pl. 5.09.2016, <https://infekcje.mp.pl/wiadomosci/149106,odra-w-obozach-dla-uchodzcow> [dostęp: 22.09.2018].

Legal regulations defining the healthcare framework for refugees to Poland with special regard to the detection, treatment and prevention of infectious diseases

Abstract

In addition to the benefits of the rapid movement of large groups of people over long distances, there are also many threats, including those resulting from the emergence and spread of diseases that have not yet been experienced in the destination country. Therefore, it is in the interest of all social groups to develop mechanisms, including legal acts and organizational and technical solutions that enable the fullest possible protection and proper response to limit the potential for the introduction and spread of various diseases, especially infectious ones. The aim of the study is to discuss the rights and obligations of the state regarding medical care, especially the risk of infectious diseases carried by people who want to settle in Poland for various reasons. Knowledge of the presented regulations makes it possible to increase the health and epidemiological safety of citizens as, if all procedures are maintained, proper medical care is provided to both new citizens arriving in Poland and permanent residents.

Key words: Migration, refugee, infectious diseases

