

Problemy zdrowotne polskich emigrantów poakcesyjnych. Implikacje dla systemów opieki zdrowotnej

Nadesłany: 10.07.12 | Zaakceptowany do druku: 18.11.12

Agata Smoleń*

Migracja zarobkowa wiąże się z podwyższonym ryzykiem zdrowotnym m.in. ze względu na rodzaj pracy podejmowanej przez imigrantów, warunki mieszkaniowe i zmianę stylu życia. Podwyższone ryzyko zdrowotne dotyczy w szczególności chorób zakaźnych (w tym chorób przenoszonych drogą płciową), wypadków i obrażeń, chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz nadużywania substancji psychoaktywnych. Migranci są także bardziej narażeni na problemy zdrowia psychicznego, takie jak: stres, depresja i trudności adaptacyjne. Badania wskazują, że wielu imigrantów nie korzysta z opieki zdrowotnej w kraju gospodarza, pomimo posiadania uprawnień i wystąpienia potrzeb zdrowotnych.

Słowa kluczowe: migranci, styl życia, stan zdrowia, zdrowie psychiczne, ryzyko zdrowotne, opieka zdrowotna.

Health problems of Polish post-accession migrants. Implications for health care systems

Submitted: 10.07.12 | Accepted: 18.11.12

Economic migration entails a higher health risk, due to types of work performed by immigrants, their living conditions and lifestyle changes. The increased health risk concerns especially infectious diseases (including sexually-transmitted diseases), accidents and injuries, musculoskeletal system diseases and psychoactive substances abuse. Migrants are also more prone to mental health conditions such as stress, depression and adjustment problems. Studies indicate that many immigrants do not use health care in the host country even though they are eligible for publicly funded health services and have health needs.

Keywords: migrants, lifestyle, health status, mental health, health risk, health care.

JEL: I14, I18

* **Agata Smoleń** – dr, Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Skala emigracji poakcesyjnej do Wielkiej Brytanii

Skala polskiej emigracji poakcesyjnej, która według różnych szacunków wyniosła około 1,5–2 mln osób w ciągu pierwszych lat członkostwa Polski w Unii Europejskiej, jest zjawiskiem bezprecedensowym w historii najnowszej. Emigracja po 1 maja 2004 roku ma przede wszystkim charakter ekonomiczny, a z kraju wyjeżdżali i nadal wyjeżdżają przeważnie ludzie młodzi, do 35. roku życia. Jednym z głównych kierunków odpływu młodych Polaków jest Wielka Brytania, która obok Irlandii i Szwecji w pełni otworzyła swój rynek pracy dla obywateli 10 państw akcesyjnych od momentu rozszerzenia UE.

Określenie dokładnej skali emigracji poakcesyjnej stanowi poważny problem. Migracje są przedmiotem analiz wielu polskich i zagranicznych instytucji i organizacji, stosujących różnorodne metody i narzędzia badawcze. W efekcie powstaje pewien „chaos informacyjny”, ponieważ dane uzyskiwane z poszczególnych źródeł są niejednokrotnie rozbieżne lub wzajemnie wykluczające się. Według najnowszych danych opublikowanych w raporcie Office for National Statistics (odpowiednika polskiego GUS) (ONS, 2012, tab. 1.3, 1.4), w okresie od stycznia do grudnia 2011 roku na Wyspach przebywało na stałe 643 tysiące osób urodzonych w Polsce i posiadających status brytyjskich rezydentów. Obywatele polscy stanowili drugą pod względem liczebności grupę imigrantów w Wielkiej Brytanii (po Hindusach, których liczbę oszacowano na poziomie 729 tys.). Należy zwrócić jednak uwagę, że powyższe dane dotyczą wyłącznie Polaków posiadających status rezydenta, a więc takich, którzy przebywają i pracują na Wyspach co najmniej od roku (oraz mieszkających z nimi członków rodzin). Dane opublikowane przez ONS nie obejmują migrantów krótkookresowych, osób będących w trakcie ubiegania się o rezydenturę ani osób przebywających w Wielkiej Brytanii nielegalnie. Może to oznaczać, że faktyczna liczba Polaków mieszkających na Wyspach jest znacznie większa.

Problemy zdrowotne emigrantów zarobkowych

Stanisława Golinowska zwraca uwagę, że migranci zarobkowi zaliczają się do grup o podwyższonym ryzyku zdrowotnym, co wynika m.in. z rodzaju podejmowanej pracy. Emigranci są często zatrudniani w zawodach wymagających intensywnej aktywności fizycznej i odporności psychicznej (np. jako opiekunowie osób starszych). Wielu podejmuje pracę w godzinach nocnych (m.in. w fabrykach i agencjach ochrony) oraz w warunkach szkodliwych bądź uciążliwych dla zdrowia (np. na farmach, w ubojniach, na budowach, w zakładach chemicznych). Autorzy raportu pt. „Health in the European Union. Trends and analysis”, opracowanego na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia, wskazują, że złe warunki zatrudnienia i niski standard życia stanowią znacznie większe zagrożenie dla zdrowia migrantów niż mieszkańców kraju przyjmującego. Podwyższone ryzyko zdrowotne dotyczy w szcze-

gólności chorób zakaźnych (w tym chorób przenoszonych drogą płciową), wypadków, obrażeń, chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz nadużywania substancji psychoaktywnych (Mladovsky, Allin, Masseria, Hernández-Quevedo, McDaid i Mossialos, 2009, s. 122).

W większości publikacji poświęconych tematyce zdrowia migrantów główny nacisk kładzie się na problemy zdrowia psychicznego, takie jak: stres, depresja, trudności adaptacyjne oraz szok kulturowy. Znacznie mniejszą wagę przykładają do kwestii zdrowia somatycznego, co może wynikać z faktu, iż na emigrację (szczególnie „za chlebem”) decydują się przeważnie osoby młode i w pełni sił, przekonane o dobrym stanie swojego zdrowia.

Ekspertki podkreślają, że każdy rodzaj migracji, w tym także migracja podejmowana dobrowolnie, wiąże się z zagrożeniami dla zdrowia psychicznego. „Nowi” polscy emigranci są szczególnie narażeni na wystąpienie stresu i innych zaburzeń psychicznych z powodu wysokich i często nierealistycznych oczekiwań związanych z pobytem w Wielkiej Brytanii. Po przybyciu na Wyspy wielu z nich staje przed koniecznością podjęcia mało prestiżowej pracy, często poniżej kwalifikacji, co może wywoływać silną frustrację. Dodatkowo, część osób nie jest przygotowana na trudności, jakie wiążą się z organizacją życia zagranicą, takie jak konieczność spełnienia szeregu formalności, znalezienia mieszkania, problemy z komunikacją (tzw. bariera językowa).

Zaobserwowano, że w początkowej fazie pobytu zagranicą migranci cieszą się przeważnie lepszym zdrowiem niż rodzimi mieszkańcy kraju przyjmującego, jednakże z każdym rokiem pobytu stan ich zdrowia ulega stopniowemu pogorszeniu (McDonald i Kennedy, 2004, s. 1613). Prawidłowość ta, określana w piśmiennictwie jako *healthy immigrant effect* (efekt zdrowego imigranta), jest spowodowana kilkoma czynnikami, w tym m.in. rodzajem wykonywanej pracy, warunkami mieszkaniowymi, dostępnością do świadczeń opieki zdrowotnej i poziomem stresu. Zwraca się także uwagę na fakt, iż wielu emigrantów „przejmuje” niekorzystne dla zdrowia elementy stylu życia, takie jak stosowanie używek i zła dieta, co w wielu przypadkach prowadzi m.in. do nadwagi i otyłości. Dodatkowo, kondycja migrantów pogarsza się z powodu lekceważenia pojawiających się problemów zdrowotnych i niepodjęcia leczenia.

Istotne znaczenie ma fakt, że problemy zdrowotne mogą ujawnić się „z opóźnieniem”, w perspektywie kilku bądź kilkunastu lat od wyjazdu, jako odległy skutek prowadzenia niewłaściwego stylu życia oraz długotrwałego zaniedbania zdrowia. Wydaje się, że priorytetem większości emigrantów zarobkowych jest znalezienie dobrze płatnej pracy i odłożenie określonej sumy pieniędzy. Życie na emigracji może zatem wiązać się z chęcią oszczędzenia zgromadzonego kapitału, także kosztem zaspokojenia bieżących potrzeb, w tym potrzeb zdrowotnych. Jednocześnie, badacze zauważyli, że wiele osób rekompensuje sobie codzienny stres i wyrzeczenia, sięgając po różnego rodzaju używki. Wśród emigrantów obserwuje się „(...) wysokie wskaźniki zażywania narkotyków, uzależnienia od nikotyny i alkoholu, iden-

tyfikowane przez badaczy jako strategię ‘wynagradzania sobie’ trudów migracji” (Kawczyńska-Butrym, 2009, s. 94). Z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia taki sposób funkcjonowania za granicą może spowodować istotne ryzyko zdrowotne i finansowe w przypadku powrotu emigrantów do Polski: „Nadszarpnięte zdrowie po powrocie z emigracji w regionach największego uchodźstwa stanowi poważny koszt społeczny, ponoszony przez podatników krajów wysyłających” (Golinowska, 2008, s. 21).

Pobyt za granicą na ogół wiąże się ze znaczną zmianą diety i nawyków żywieniowych, a większość imigrantów z czasem „przejmuje” zwyczaje żywieniowe kraju przyjmującego. Powyższy proces, określany w literaturze przedmiotu jako *akulturacja sposobu żywienia*, jest uwarunkowany kilkoma czynnikami, w tym przede wszystkim dostępnością i ceną określonych produktów spożywczych. Należy zaznaczyć, że utrzymanie diety i nawyków żywieniowych, tradycyjnych dla kraju pochodzenia, wymaga na ogół zwiększonych nakładów finansowych oraz czasu poświęconego na przygotowanie posiłków. Stąd też niewielu imigrantów jest w stanie zachować rodzimy sposób odżywiania się.

W przypadku emigrantów polskich przebywających w Wielkiej Brytanii mamy do czynienia z tzw. westernizacją sposobu żywienia, polegającą na przejmowaniu „zachodnich” wzorców dietetycznych. Wydaje się, że tego rodzaju akulturacja sposobu żywienia jest niekorzystna dla zdrowia, ponieważ kuchnia brytyjska obfituje w produkty smażone, słone przekąski oraz napoje gazowane. Dużą popularnością cieszą się dania typu fast-food (takie jak: fish&chips, hamburgery, pizza) oraz żywność wysokoprzetworzona (m.in. produkty gotowe do szybkiego przygotowania). „Dieta ‘zachodnia’ jest wysokoenergetyczna, bogata w tłuszcz, w tym kwasy tłuszczowe nasycone, produkty pochodzenia zwierzęcego, w tym czerwone mięso, a także cukry proste” (Gajewska, 2012, s. 179). Jednocześnie, Brytyjczycy spożywają relatywnie mało warzyw i owoców oraz produktów niskoprzetworzonych, takich jak pieczywo pełnoziarniste i kasze. W konsekwencji, „westernizacja” sposobu żywienia polskich emigrantów może powodować problemy z utrzymaniem prawidłowej masy ciała, a w dalszej perspektywie sprzyjać powstawaniu chorób dietozależnych (takich jak choroby układu krążenia, nowotwory przewodu pokarmowego, cukrzyca typu II, próchnica zębów).

Emigracja wiąże się z podwyższonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych powstałych w wyniku silnego stresu oraz trudności adaptacyjnych. Przeprowadzone pod koniec lat 60. ubiegłego wieku badania fińskich emigrantów zarobkowych w Szwecji wykazały, że znaczny odsetek z nich cierpiał na różnego rodzaju zaburzenia i choroby psychiczne. Do najczęściej obserwowanych zaliczały się „poczucie prześladowania, rozmaite objawy psychosomatyczne oraz alkoholizm” (Haavio-Mannila i Stenius, 1976, s. 84). Osoby mające problemy ze znalezieniem zatrudnienia, pracujące dorywczo oraz takie, które straciły pracę są szczególnie narażone na stres z powodu braku poczucia bezpieczeństwa finansowego. Podobna reakcja może doty-

czyć także emigrantów, którzy z konieczności podejmują pracę niskopłatną lub poniżej kwalifikacji. „Niekorzystna sytuacja finansowa ogranicza możliwości adaptacji i wzmacnia poczucie izolacji, dyskryminacji, braku pewności siebie, jak również sprzyja występowaniu zaburzeń nastroju i zaniepokojenia oraz nadużywaniu alkoholu i innych substancji psychoaktywnych” (Bhugra i Gupta, 2011, s. 101–102)¹. Jak wykazują badania, stres zależy w dużym stopniu od środowiska, w jakim znalazł się migrant oraz stopnia integracji z przedstawicielami własnej narodowości bądź grupy etnicznej. Niewystarczający poziom wsparcia społecznego jest uważany za jedną z przyczyn występowania zaburzeń psychicznych wśród emigrantów.

W latach 60. XX wieku badacze zajmujący się problemem chorób zawodowych zaobserwowali tendencję do pogorszenia ogólnego stanu zdrowia u osób zatrudnionych (w tym delegowanych do pracy) za granicą. Zjawisko to, określane jako *szok kulturowy*, oznacza zespół negatywnych reakcji jednostki w związku z koniecznością funkcjonowania w nowym otoczeniu. Należy podkreślić, że szok kulturowy dotyczy osób, które są w pewnym sensie zmuszone do ułożenia sobie życia, przynajmniej na jakiś czas, w nowej kulturze (takich jak: emigranci zarobkowi, uchodźcy, pracownicy kontraktowi, studenci uczestniczący w programach wymiany międzynarodowej). Wbrew pozorom, doświadczenie szoku kulturowego nie występuje wyłącznie w początkowej fazie pobytu, natomiast może nasilać się z czasem. Stopień odczuwania negatywnych emocji, takich jak irytacja, lęk, poczucie bezradności czy obsesyjna chęć powrotu do ojczyzny, zależy od skali problemów, z jakimi musi się zmierzyć dana osoba oraz jej zdolności adaptacyjnych. W wielu przypadkach długotrwały szok kulturowy prowadzi do pojawienia się różnych zaburzeń psychosomatycznych, m.in. dolegliwości bólowych o nieznanej etiologii, bezsenności, tendencji do nadużywania alkoholu bądź leków.

Stres, trudności adaptacyjne i poczucie osamotnienia mogą prowadzić do różnych problemów zdrowotnych, w tym najczęściej do depresji i dolegliwości psychosomatycznych (takich jak: nadciśnienie, zawroty głowy, zaburzenia pracy układu pokarmowego i hormonalnego).

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że znaczny odsetek emigrantów nie korzysta z usług opieki zdrowotnej w kraju przyjmującym, pomimo posiadania uprawnień do tego rodzaju świadczeń. Pomijając fakt, iż z racji młodego wieku i dobrej kondycji fizycznej część z nich nie odczuwa potrzeb zdrowotnych, pozostali w wielu przypadkach nie zwracają się o pomoc medyczną nawet w przypadku pojawienia się problemów ze zdrowiem. Sytuacja ta wynika z kilku przyczyn. Przede wszystkim większość emigrantów zarobkowych traktuje pracę priorytetowo i korzysta z konsultacji medycznej i zwolnienia lekarskiego w wyjątkowych sytuacjach. Badania wykazują także, że w razie choroby migranci często stosują tradycyjne metody samoleczenia, które wynieśli z kraju ojczystego bądź leczą się na własną rękę za pomocą powszechnie dostępnych środków farmaceutycznych. Czynnikiem, który

dotatkowo „zniechęca” do korzystania z profesjonalnej opieki medycznej jest niezajomość zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w kraju przyjmującym. Problem ten dotyczy także polskich emigrantów w Wielkiej Brytanii. Pomimo licznych kampanii informacyjnych (w tym kampanii prowadzonych w języku polskim) na temat warunków otrzymywania świadczeń zdrowotnych w ramach National Health Service, niektórzy emigranci nie potrafią samodzielnie ich uzyskać. Poważną przeszkodę może stanowić także bariera językowa, uniemożliwiająca swobodne porozumiewanie się z personelem medycznym. Należy przy tym zaznaczyć, że NHS oferuje bezpłatne usługi translatorskie w około 160 językach (także w języku polskim), jednak wielu pacjentów nie chce z nich korzystać, nie życząc sobie obecności tłumacza np. podczas wykonywania niektórych badań lekarskich.

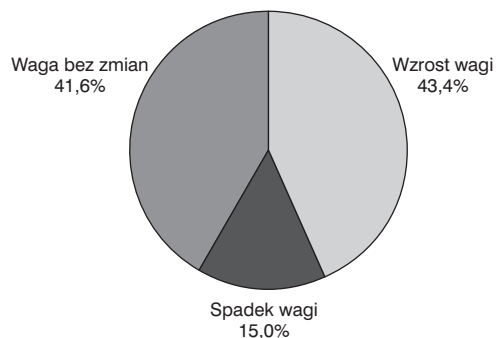
Znaczny odsetek emigrantów polskich przebywających na stałe w Wielkiej Brytanii preferuje korzystanie z opieki zdrowotnej podczas krótkotrwałych pobytów w Polsce. S. Golinowska zauważa, że „nowi” emigranci „na ogół nie korzystają z usług zdrowotnych w kraju przyjmującym. „Reperują” zdrowie w przerwach między kolejnymi pobytami lub po powrocie z emigracji” (Golinowska, 2008, s. 21). W przypadku Wielkiej Brytanii tendencja ta wynika m.in. z faktu, iż Polacy na ogół negatywnie oceniają jakość świadczeń udzielanych w ramach NHS (szczególnie podstawową opiekę zdrowotną), jak również dostępność i relatywnie długi czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty. Z kolei prywatna opieka medyczna w Wielkiej Brytanii jest bardzo droga, a koszt pojedynczej konsultacji wynosi od 60£ do 200£. Stąd też emigranci polscy wolą leczyć się w kraju, nawet jeżeli skutkuje to odsuwaniem w czasie zaspokojenia określonych potrzeb zdrowotnych.

Problemy zdrowotne i korzystanie z opieki zdrowotnej przez Polaków przebywających w Wielkiej Brytanii – wyniki badań

W tej części artykułu przedstawione zostaną wybrane wyniki badania ankietowego² przeprowadzonego przeze mnie na próbie 286 emigrantów polskich przebywających na stałe w Londynie, Edynburgu i Glasgow.

Jedną z najbardziej widocznych tendencji zdrowotnych, jaka dotyczyła niemal 60% emigrantów polskich w Wielkiej Brytanii, była zmiana masy ciała (rys. 1). U ponad 43% badanych Polaków w krótkim czasie od przyjazdu na Wyspy nastąpił wzrost masy ciała, średnio o 7,5 kg. Zmniejszenie masy ciała dotyczyło 15% respondentów (średnio o 7,35 kg), a w przypadku 41,6% masa ciała nie uległa zmianie. Z uzyskanych informacji wynika, że zmiana masy ciała następowała przeważnie w początkowym okresie pobytu za granicą, co mogło być związane ze zmianą trybu życia oraz wysokim poziomem stresu. Istotne znaczenie mogła mieć także zmiana diety i nawyków żywieniowych. 34% respondentów stwierdziło, że podczas pobytu na

Wypach odżywia się mniej racjonalnie niż w Polsce. Analiza statystyczna wykazała zależność pomiędzy negatywną oceną diety i nawyków żywieniowych a wzrostem masy ciała.

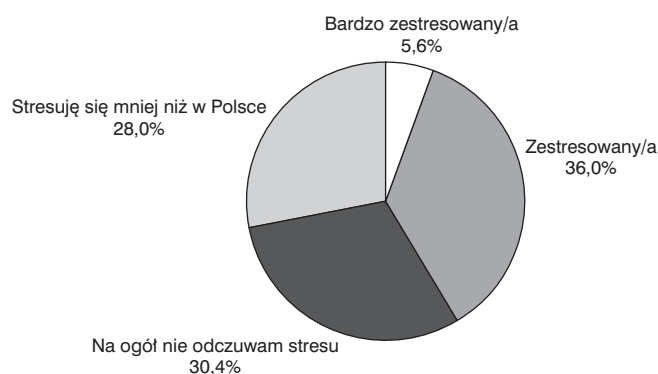


Rys. 1. Zmiana masy ciała podczas pobytu w Wielkiej Brytanii (ogółem). Źródło: opracowanie własne.

Kluczowym czynnikiem, jaki ma wpływ na stan zdrowia polskich emigrantów w Wielkiej Brytanii jest poziom odczuwanego przez nich stresu (rys. 2). Analiza statystyczna zebranego materiału badawczego wykazała, że 41,6% Polaków przebywających w Wielkiej Brytanii żyje w stresie, w tym 5,6% – w silnym stresie. Długotrwały stres wiąże się z podwyższonym ryzykiem pojawienia się różnych problemów zdrowotnych, w tym także zaburzeń psychicznych. Uwzględniając powyższe wyniki, można postawić tezę, że ponad 40% polskich migrantów poakcesyjnych jest zagrożonych pogorszeniem stanu zdrowia, wystąpieniem chorób somatycznych lub psychicznych. Istotne znaczenie ma fakt, że pomimo odczuwania różnych problemów psychicznych, takich jak stres, przygnębienie, stany lękowe lub depresyjne, polscy migranci poakcesyjni w większości przypadków nie zwracali się o profesjonalną pomoc lekarską: zaledwie 1% badanych korzystało w Wielkiej Brytanii z konsultacji lekarza psychiatry, a niespełna 5% – z porady psychologa. Wydaje się, że w sytuacji wystąpienia silnego stresu lub innych zaburzeń psychicznych, migranci zwracają się o wsparcie do najbliższych osób, świadomie nie podejmując leczenia psychiatrycznego. Taka strategia radzenia sobie z problemami zdrowia psychicznego może być skuteczna pod warunkiem, że problemy te nie są bardzo nasilone ani długotrwałe, ich podłoża nie stanowi choroba psychiczna, a pomoc uzyskiwana ze strony otoczenia jest wystarczająca. W przeciwnym razie pojawia się ryzyko zaostrzenia objawów zaburzeń i zwiększenia dyskomfortu psychicznego.

Jako główne czynniki wywołujące stres³ respondenci wymienili barierę językową (32,2% wskazań), rozłąkę z najbliższymi/poczucie osamotnienia

(29,4%) oraz problemy w pracy (28,3%). W dalszej kolejności badani wskazywali na problemy finansowe (27,3%) i konieczność adaptacji do nowych warunków życia i pracy (24,8%), poczucie wyobcowania (16,8%), warunki mieszkaniowe (16,4%), problemy rodzinne (12,9%) oraz brak poczucia bezpieczeństwa (10,8%). Zdecydowanie najrzadziej zaznaczano opcje problemy ze znalezieniem pracy (5,2%) i problemy zdrowotne (4,5%) (rys. 3). Podobne wyniki uzyskał zespół badawczy Uniwersytetu w Wolverhampton (Kozłowska, Sallah i Galasiński, 2008): badani migranci wskazywali przede wszystkim na poczucie izolacji i samotność oraz konieczność podejmowania jakiegokolwiek pracy, często niezgodnej z aspiracjami i kwalifikacjami. Stwierdzono także zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia problemów ze zdrowiem psychicznym wśród osób, które nie posługują się swobodnie językiem angielskim. Potwierdza to, że bariera językowa jest jednym z najsilniejszych stresorów i może wpływać na pogorszenie kondycji psychicznej.



Rys. 2. Samoocena poziomu stresu podczas pobytu w Wielkiej Brytanii (ogółem). Źródło: opracowanie własne.

Wśród najczęściej występujących dolegliwości somatycznych dominowały przeziębienia, problemy ze strony układu pokarmowego oraz różnego rodzaju dolegliwości bólowe (m.in. bóle głowy, kręgosłupa, mięśni i stawów), które mogły być spowodowane np. ciężką pracą fizyczną. Respondenci znacznie rzadziej sygnalizowali inne objawy, mogące świadczyć o poważniejszych problemach zdrowotnych. Oznacza to, że polscy migranci poakcesyjni cieszą się na ogół dobrym zdrowiem fizycznym, co można wyjaśnić m.in. niską średnią ich wieku. Należy jednak mieć na uwadze „efekt zdrowego imigranta”, czyli prawdopodobieństwo pogorszenia się stanu ich zdrowia z każdym kolejnym rokiem pobytu w Wielkiej Brytanii.

Często sygnalizowanym problemem było przemęczenie/wyczerpanie, którego doświadczało niemal $\frac{3}{4}$ badanych, w tym prawie 20% często. Respon-

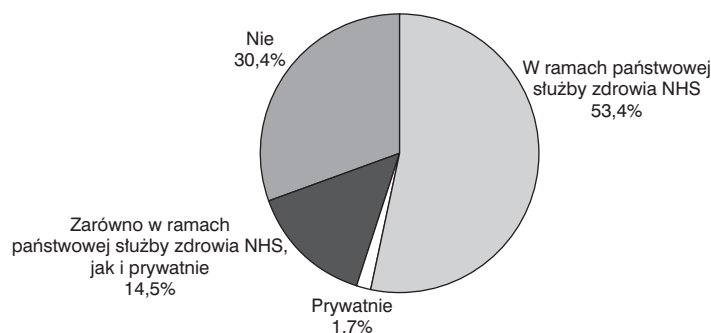
denci zwracali także uwagę na pojawiające się zaburzenia nastroju i zły stan kondycji psychicznej, około 60% odczuwało przygnębienie, a niemal 54% miało wahania nastroju. Fizyczne i psychiczne wyczerpanie, skutkujące m.in. problemami psychologicznymi, w większości przypadków wynikało najprawdopodobniej z nadmiernego obciążenia pracą. Innym czynnikiem, który mógł powodować napięcie psychiczne i stres był szok kulturowy i konieczność „odnalezienia się” w zupełnie nowym, obcym środowisku.



Rys. 3. Główne przyczyny odczuwania stresu (% wskazań). Źródło: opracowanie własne.

Analiza zdrowotnych skutków emigracji wymaga uwzględnienia poziomu korzystania z opieki zdrowotnej w kraju przyjmującym. Wyniki badania pokazują, że niemal 70% badanych Polaków korzystało ze świadczeń opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii, w tym przeważająca większość (53,4%) wyłącznie w ramach NHS. 14,5% korzystało z usług zdrowotnych zarówno w ramach NHS, jak też prywatnie, a 1,7% – wyłącznie ze świadczeń prywatnego sektora opieki zdrowotnej.

Nieco ponad 30% badanych z różnych przyczyn nie korzystało z opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii (rys. 5). Niepokojący jest fakt, że większość z nich odczuwała potrzeby zdrowotne, natomiast nie zwracała się o profesjonalną pomoc medyczną m.in. z powodu braku czasu (14%) i niezajomości zasad korzystania z NHS (10%). Znaczny odsetek respondentów (35%) wskazał, że woli korzystać z opieki zdrowotnej w Polsce, w związku z czym odsuwa w czasie zaspokajanie potrzeb zdrowotnych. Konsekwencje tego rodzaju decyzji mogą być bardzo poważne, ponieważ skutkują opóźnieniem diagnostyki i ewentualnego leczenia. W efekcie u niektórych migrantów mogą rozwijać się poważniejsze problemy zdrowotne, których skutecznego wyeliminowanie będzie znacznie trudniejsze i bardziej kosztowne.



Rys. 4. Odsetek osób korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii (ogółem). Źródło: opracowanie własne.



Rys. 5. Przyczyny niekorzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii. Źródło: opracowanie własne.

Z badania wynika, iż ponad 80% badanych Polaków korzystało z opieki zdrowotnej w Polsce (np. podczas przyjazdu do rodziny). W większości przypadków były to usługi prywatnych świadczeniodawców, m.in. w zakresie porady lekarza internisty, badań diagnostycznych, leczenia stomatologicznego, konsultacji lekarza specjalisty. Oznacza to, że migranci korzystali w Polsce przede wszystkim z tych świadczeń, do których dostęp w systemie NHS wymaga skierowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (GP), a tym samym jest limitowany.

Powyższe wyniki pozwalają wnioskować, że ok. 40% polskich emigrantów poakcesyjnych przebywających w Wielkiej Brytanii jest zagrożonych pogorszeniem stanu zdrowia. Można postawić tezę, że ryzyko wystąpienia nadwagi i otyłości, a w konsekwencji rozwoju chorób dietozależnych dotyczy ponad 43% badanych, natomiast w przypadku 41% mogą pojawić się różne problemy zdro-

wia psychicznego oraz dolegliwości psychosomatyczne, jako efekt długotrwałej ekspozycji na stres. Istnieje prawdopodobieństwo, że problemy te będą nasilać się stopniowo i ujawnią się z pewnym odroczeniem, w perspektywie kolejnych kilku lub kilkunastu lat. Skumulowane niezaspokojone potrzeby zdrowotne emigrantów zarobkowych będą wiązać się z koniecznością zwiększenia nakładów finansowych na opiekę zdrowotną. Należy podkreślić, że niekorzystne zmiany stylu życia skutkujące m.in. nadmiernym wzrostem masy ciała w istotny sposób obciążają finansowo systemy opieki zdrowotnej. Szacuje się, że bezpośrednie koszty leczenia osób z nadwagą i otyłością wynoszą w różnych krajach od 1 do 10% wydatków publicznych na ochronę zdrowia. Według różnych szacunków, w Polsce koszty te mogą wynosić około 3 mld PLN rocznie, a w Wielkiej Brytanii sięgają nawet 6 mld GBP. Ocenia się, że leczenie osób z nadwagą i otyłością jest o 44% droższe niż leczenie osób z prawidłową masą ciała (Jarosz i Rychlik, 2010, s. 49). W świetle powyższych danych, wzrost masy ciała, który wystąpił u ponad 43% badanych należy uznać za zjawisko niekorzystne zarówno pod względem zdrowotnym, jak i ekonomicznym.

Podkreślenia wymaga fakt, że potencjalne problemy zdrowotne polskich emigrantów poakcesyjnych mogą wiązać się także z relatywnie wysokimi kosztami wynikającymi m.in. z absencji chorobowej i niezdolności do pracy. Z danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS, 2011) wynika, że schizofrenia, depresja nawracająca oraz inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia osobowości zaliczają się do 20 jednostek chorobowych generujących najwyższe wydatki na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy. W 2009 roku zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania stanowiły drugą po chorobach układu krążenia grupę schorzeń generujących najwyższe koszty związane z wypłatą rent z tytułu całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy (19,4% wszystkich wydatków). W przypadku świadczeń rentowych z tytułu całkowitej niezdolności do pracy zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania generowały ponad 26% kosztów, zajmując tym samym pierwsze miejsce w tej kategorii wydatków FUS. Należy zwrócić uwagę, iż choroby i zaburzenia psychiczne mają przeważnie charakter przewlekły i w wielu przypadkach powodują trwałe wyłączenie z rynku pracy osób nimi dotkniętych. Oznacza to, że społeczne koszty chorób psychicznych są bardzo wysokie, ponieważ obejmują zarówno wydatki związane z leczeniem pacjentów, jak i świadczenia z tytułu niezdolności do pracy, trwającej niekiedy kilkanaście lub kilkadziesiąt lat. W przypadku masowych powrotów emigrantów poakcesyjnych do Polski może to oznaczać znaczne obciążenie finansowe polskiego systemu opieki zdrowotnej oraz systemu zabezpieczenia społecznego. Jeżeli Polacy pozostaną w Wielkiej Brytanii na stałe, analogiczne konsekwencje mogą dotyczyć brytyjskiej służby zdrowia oraz brytyjskiego systemu zabezpieczenia społecznego. Wydaje się jednak, że znaczny odsetek osób, które zdecydują się na dłuższy pobyt zagranicą, będzie w dalszym ciągu korzystał z usług prywatnych świadczeniodawców w Polsce, tym samym częściowo obciążając publiczny system opieki zdrowotnej NHS.

Obecnie trudno jest dokładnie oszacować koszty związane z pogorszeniem stanu zdrowia emigrantów. Jednakże, biorąc pod uwagę masową skalę wyjazdów poakcesyjnych, negatywne skutki zdrowotne emigracji mogą dotyczyć bardzo dużej liczby Polaków, sięgającej kilkudziesięciu bądź nawet kilkuset tysięcy osób. Tym samym zasadne wydaje się opracowanie i wdrożenie programów profilaktycznych, skierowanych do „nowych” emigrantów przebywających zagranicą, jak również do osób powracających do kraju.

Przypisy

- ¹ „Disadvantageous economic conditions reduce the chances of having adequate socialisation, and may reinforce isolation, discrimination, low self-esteem and the occurrence of mood disorders and anxiety, as well as substance and alcohol abuse” [tłumaczenie i przypisy autorki].
- ² Badanie zostało przeprowadzone w okresie od października 2010 r. do stycznia 2011 r., na podstawie opracowanego przeze mnie autorskiego kwestionariusza ankiety zawierającego 26 pytań zamkniętych i półotwartych.
- ³ Respondenci mogli wskazać kilka opcji odpowiedzi.

Bibliografia

- Bhugra, D. i Gupta, S. (red.). (2011). *Migration and Mental Health*. Cambridge University Press, <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511760990>.
- Currie, S. (2008). *Migration, Work and Citizenship in the Enlarged European Union*. England, Farnham: Ashgate Publishing Limited.
- Gajewska, M. (2012). Akulturacja sposobu żywienia i jej wpływ na stan zdrowia imigrantów. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(1).
- Golinowska, S. (2008). Społeczny wymiar emigracji w krajach wysyłających. *Polityka społeczna*, 11–12.
- Haavio-Mannila, E. i Stenius, K. (1976). Imigracja a zdrowie psychiczne. W: M. Sokołowska, J. Hołówka i A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Jarosz, M. i Rychlik, E. (2010). Epidemia otyłości – jaka przyszłość nas czeka?. *Gastroenterologia Polska*, 17(1), 47–52.
- Kaczyńska-Butrym, Z. (2009). *Migracje. Wybrane zagadnienia*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curii-Skłodowskiej.
- Kozłowska, O., Sallah, D. i Galasiński, D. (2008). *Migration, Stress and Mental Health: An Exploratory Study of Post-accession Polish Immigrants to the United Kingdom. Final Report*. Centre for Health and Social Care Improvement & History and Governance Research Institute, University of Wolverhampton, wrzesień.
- Kubitsky, J. (2012). *Psychologia migracji*. Warszawa: Difin SA.
- McDonald, J.T. i Kennedy, S. (2004). Insights into the ‘health immigrant effect’: health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine*, 59, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.004>.
- Mladovsky, P., Allin, S., Masseria, C., Hernández-Quevedo, C., McDaid, D. i Mossialos, E. (2009). *Health in the European Union. Trends and analysis*. European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series No. 19. World Health Organization.
- ONS. (2012). *Population by Country of Birth and Nationality Report August 2012. Annual Population Survey (APS)/Labour Force Survey (LFS)*. Office for National Statistics.

- Sokołowska, M., Hołówka, J. i Ostrowska, A. (red.). (1976). *Socjologia a zdrowie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Sumption, M. i Somerville, W. (2010). The UK's New Europeans. Progress and challenges five years after accession. Equality and Human Rights Commission. Policy Report. Migration Policy Institute, styczeń.
- ZUS. (2011). *Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy*. Opracowanie Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarialnych ZUS. Warszawa.