

Ochrona zdrowia imigrantów ekonomicznych i przymusowych w Krakowie

Konrad Pędziwiatr, Iwona Bielska, Michał Wanke,
Svitlana Luchik-Musiyezdova



Centrum Zaawansowanych Badań Ludnościowych i Religijnych
Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

Urząd Miasta Krakowa

2024

Spis treści

Streszczenie.....	3
Summary.....	3
Wprowadzenie.....	4
Ramy i skala korzystania przez migrantów z systemu ochrony zdrowia.....	5
Metodologia ilościowej części badania.....	9
Korzystanie z opieki medycznej w Krakowie: migranci przymusowi.....	13
Podstawowa opieka zdrowotna w Krakowie.....	17
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna w Krakowie.....	19
Leczenie szpitalne stacjonarne w Krakowie.....	25
Leczenie szpitalne ambulatoryjne w Krakowie.....	28
Szpitalne oddziały ratunkowe w Krakowie.....	30
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (ambulatoryjne i stacjonarne) w Krakowie.....	34
Rehabilitacja lecznicza (ambulatoryjna i stacjonarna) w Krakowie.....	36
Opieka paliatywna i hospicyjna (ambulatoryjna i stacjonarna) w Krakowie.....	37
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w Krakowie.....	38
Korzystanie z opieki medycznej w Krakowie: osoby ubezpieczone w państwach UE lub EFTA.....	39
Podstawowa opieka zdrowotna w Krakowie.....	41
Szpitalne oddziały ratunkowe w Krakowie.....	42
Leczenie szpitalne stacjonarne w Krakowie.....	43
Korzystanie z opieki medycznej w Krakowie: osoby z innym statusem do świadczeń.....	45
Studium przypadku - Pacjenci migranci ekonomiczni i przymusowi w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie.....	47
Szpitalny oddział ratunkowy w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie.....	47
Hospitalizacje w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie.....	50
Wizyty w poradniach w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie.....	53
Studium przypadku - Pacjenci migranci ekonomiczni i przymusowi w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim.....	56
Szpitalny oddział ratunkowy w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim.....	56
Hospitalizacje w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim.....	59
Wizyty w poradniach w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim.....	63
Studium przypadku - Pacjenci migranci ekonomiczni i przymusowi korzystający ze świadczeń Scanmed.....	66
Wstęp do części jakościowej.....	70
Opis metodologii.....	70
Elastyczność systemu ochrony zdrowia.....	71
Postrzegane podobieństwa i różnice w systemach opieki zdrowotnej.....	75
Czas oczekiwania.....	77

System skierowań.....	79
Korzystanie z SOR i pogotowia ratunkowego.....	80
Oficjalna i nieoficjalna gratyfikacja.....	84
Lekarstwa.....	87
Bariera językowa.....	92
Tłumaczk i tłumacze.....	96
Dokumentacja medyczna w języku obcym.....	98
Inne bariery dostępne.....	102
Lekarze zagraniczni w państwowym systemie opieki zdrowotnej i poza nim.....	105
Strategie adaptacyjne i możliwe rozwiązania.....	109
Zakończenie.....	114
Podsumowanie części ilościowej.....	114
Podsumowanie części jakościowej.....	116
Rekomendacje.....	119
Podziękowania.....	121
Bibliografia.....	122
Aneks.....	124
Osoby badane.....	124
Spis wykresów.....	125
Spis tabel.....	126

Streszczenie

System ochrony zdrowia w Krakowie stanowi ważną strefę kontaktu z pacjentami-cudzoziemcami; odegrał także istotną rolę dostarczając usługi medyczne dla migrantów przymusowych z Ukrainy. Prezentowana analiza oparta na danych Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących populacji oraz danych z krakowskich szpitali i sektora prywatnego, została przeprowadzona aby eksplorować wzory korzystania z usług medycznych w mieście od roku 2019. W tym badaniu wykorzystano również 22 częściowo ustrukturyzowanych wywiadów z migrantami przymusowymi, ekonomicznymi i ekspertami z systemu zdrowia aby rozpoznać ułatwienia i bariery w dostępie do ochrony zdrowia, w tym te związane z językiem i wiedzą o tym, jak działa system, ponieważ to one mogą skutkować nierównym dostępem do usług medycznych. Tak więc, poza elastycznością systemu i jego zdolnością do adaptacji, pokazujemy jak trudności związane z byciem migrantem kształtują sposoby korzystania z usług medycznych, takich jak szukanie lekarzy z tego samego kraju pochodzenia czy sięganie po usługi prywatne w celu uzyskania pomocy.

Summary

The health care system in Krakow is a significant point of contact with foreign patients. It played an important role in providing health services to forced migrants from Ukraine. This population-based analysis of the National Health Fund data, as well as information from Kraków hospitals and the private sector, was conducted to explore the health care utilization patterns of economic and forced migrants in the city since 2019. This study also utilized data from 22 semi-structured interviews with forced and economic migrants, as well as experts from the medical system to illuminate the facilitators and barriers to accessing care, including around language and knowledge about the functioning of the system that may result in disparities in health care access. Ultimately, amid the resilience shown by the health system and its adaptation, we demonstrate how vulnerabilities associated with being a migrant influence health care use patterns, such as seeking medics from similar countries of origin or engaging with the private sector to get access to care.

Wprowadzenie

Osoby, które migrują są dziś nieodłącznym elementem życia Krakowa. W ostatnim czasie ich obecność stała się jeszcze bardziej dostrzegalna, gdy po pełnoskalowej inwazji rosyjskiej na Ukrainę w lutym 2022 roku do mieszkających w mieście dziesiątków tysięcy migrantów ekonomicznych dołączyli jeszcze migranci przymusowi o odmiennych charakterystykach społeczno-demograficznych (w większości kobiety z dziećmi). Ci ostatni są częścią największego exodusu uchodźczego w Europie od czasów II wojny światowej. Szacuje się, że w połowie 2024 r. na świecie było około 6 579 700 ukraińskich uchodźców, z czego większość (6 021 400) mieszkała w Europie, szczególnie w Niemczech (1 178 610) i w Polsce (957 505) (UNHCR, 2024). Ponad 33 tysiące jako swój tymczasowy dom wybrało Kraków. To przymusowe przesiedlenie stanowiło - i nadal stanowi - poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego, w tym między innymi konieczność zajęcia się przewlekłymi chorobami niezakaźnymi, chorobami zakaźnymi, stresem psychicznym i innymi problemami ze zdrowiem fizycznym i psychicznym w skali ogólnokrajowej i miejskiej. Dostęp do opieki zdrowotnej jest podstawowym prawem człowieka, a migranci na całym świecie powinni mieć zapewniony taki sam poziom wsparcia medycznego, jak członkowie społeczeństwa przyjmującego. Niestety, nie zawsze tak jest, a zapewnienie równego dostępu dla tej wrażliwej populacji pozostaje poważnym wyzwaniem. Migranci ekonomiczni i przymusowi napotykać liczne bariery w dostępie do opieki zdrowotnej w krajach przyjmujących, w tym przeszkody prawne, finansowe, językowe i kulturowe (Pavli i Tsiodras, 2021; Chiarenza i in., 2019).

Celem niniejszego raportu jest naświetlenie sytuacji ochrony zdrowia migrantów przymusowych jak i ekonomicznych w Krakowie. Punktem wyjścia analizy dostępu i praktyk korzystania przez zróżnicowane grupy imigrantów z usług medycznych w Krakowie jest przedstawienie ram prawnych i uwarunkowań systemowych w ramach których migranci mają dostęp do systemu ochrony zdrowia w mieście. W dalszej części przeprowadzamy kompleksową analizę pozyskanych danych ilościowych oraz jakościowych. Analiza ilościowa korzystania przez imigrantów w Krakowie z usług medycznych bazuje na danych pozyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia, wybranych szpitali krakowskich i prywatnej firmy oferujących usługi medyczne.

Analiza jakościowa opiera się na 22 wywiadach pogłębionych z migrantami ekonomicznymi i przymusowymi na temat ich doświadczeń w korzystaniu z usług medycznych finansowanych przez NFZ oraz z osobami, które pracując w systemie ochrony zdrowia posiadają wiedzę na temat praktyk korzystania z usług medycznych przez migrantów. Elementem materiału badawczego są również obserwacje uczestniczące podczas korzystania przez migrantów (przedstawicieli zespołu badawczego) z usług medycznych w Krakowie. W częściach poświęconych analizie ilościowej i jakościowej omówiono wzorce korzystania z opieki zdrowotnej, a także co się sprawdziło, co można poprawić, a także wyzwania związane z dostępem migrantów do systemu opieki zdrowotnej i wynikające z tych wyzwań dostosowania. Na końcu raportu w oparciu o zgromadzony materiał badawczy formułujemy główne wnioski z badań oraz rekomendacje w jaki sposób można zwiększyć dostęp do ochrony zdrowia dla migrantów w Krakowie.

Ramy i skala korzystania przez migrantów z systemu ochrony zdrowia

Dostęp do świadczeń w systemie ochrony zdrowia wśród migrantów ekonomicznych i przymusowych jest w Polsce uregulowany prawnie i różni się w zależności od statusu danego migranta (Kowalska-Bobko et al. 2023). W przypadku migrantów ekonomicznych posiadających karty pobytu, zasady płatności za świadczenia są takie jak w przypadku obywateli polskich - fundowane przez obowiązkowe lub dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) lub opłacane prywatnie przez migrantów. Osoby z przyznaną ochroną międzynarodową obowiązują takie same jak dla obywateli polskich - obowiązkowe lub dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne (NFZ) lub opłaty własne. W trakcie procedury ubiegania się o ochronę międzynarodową cudzoziemcy mają dostęp do świadczeń medycznych oferowanych przez firmę wyłonioną w przetargu przez Urząd do Spraw Cudzoziemców (w ostatnich latach była to firma Petra Medica - Sobczak-Szelc et al. 2024). Ci którzy są beneficjentami programów integracyjnych przez 12 miesięcy (maksymalnie) mogą mieć składki na ubezpieczenie zdrowotne opłacane przez

Powiatowe Ośrodki Pomocy Rodzinie, w zależności od indywidualnej umowy integracyjnej. (Kowalska-Bobko et al. 2023)

Od 4 marca 2022 roku obowiązuje w Polsce decyzja wykonawcza Rady UE, wprowadzająca tymczasową ochronę dla uchodźców z Ukrainy w wyniku masowego napływu osób uciekających przed działaniami wojennymi z tego kraju w rozumieniu art. 5 dyrektywy 2001/55/WE. Kluczowym dokumentem regulującym dostęp uchodźców do systemu ochrony zdrowia w Polsce jest ustawa z dnia 12 marca 2022 roku o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa. Na jej podstawie uchodźcom z Ukrainy przysługuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które nabywają na podstawie numeru PESEL dla uchodźców. (Kowalska-Bobko et al. 2023).

Jeśli chodzi o główne cechy systemu ochrony zdrowia w Polsce to opiera się on głównie na opiece stacjonarnej oraz zmagają się z brakami w kadrach medycznych. Polska ma jeden z najniższych wskaźników liczby lekarzy i pielęgniarek na pacjenta w UE (odpowiednio 3,4 i 5,7 na 1000 ludności w porównaniu z 4,1 i 8,5 w UE) (OECD, 2024) z dużym odsetkiem personelu medycznego w wieku 50-59 lat (GUS, 2024). Ponadto polski system ochrony zdrowia cechuje jeden z najniższych wydatków na opiekę zdrowotną jako odsetek PKB - 6,4% w porównaniu do 11,0% w UE (OECD, 2024). Prawie trzy-czwarte finansowania opieki zdrowotnej pochodzi ze środków publicznych. Wydatki prywatne stanowią 28% co jest wyżej niż w UE (19%). Opieka stacjonarna, opieka ambulatoryjna i produkty farmaceutyczne i wyroby medyczne stanowią największy udział wydatków systemu ochrony zdrowia (odpowiednio 34%, 31% i 21% procent) (OECD, 2024).

Czas oczekiwania na świadczenie medyczne wynosił średnio 4,2 miesiąca w 2024 roku, co było o 0,7 miesiąca dłuższe niż w 2023 roku (Fundacja Watch Health Care, 2025). Takie zmiany wskazują na pogarszanie się dostępu do świadczeń gwarantowanych w Polsce i tendencję do wzrostu czasu oczekiwania. W październiku i listopadzie 2024 roku najdłuższy czas oczekiwania na świadczenia dotyczył chirurgii plastycznej (9,9 miesiąca), neurochirurgii (9,1 miesiąca) oraz

otolaryngologii (dziecięcej - 8,9 miesiąca, dorosłych - 8,7 miesiąca). Radioterapia onkologiczna (0,5 miesiąca), neonatologia (0,8 miesiąca) i medycyna paliatywna (1,1 miesiąca) miały najkrótszy średni czas oczekiwania (Fundacja Watch Health Care, 2025).

Jak zauważa Iwona Kowalska-Bobko et al. (2023) „nierównowaga między zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych, a środkami na jego realizację prowadzi do zaburzeń w funkcjonowaniu polskiego systemu opieki zdrowotnej”, a to z kolei przyczynia się do negatywnych ocen systemu przez jego użytkowników - mieszkańców Polski. Największe patologie, które wynikają z wyżej wspomnianej zaburzonej równowagi, to: „długi czas oczekiwania, korupcja, przywileje dla osób mających znajomości w systemie opieki zdrowotnej oraz łatwiejszy dostęp do bardziej wyszukanych usług medycznych, przy jednoczesnym trudnym dostępie do podstawowych usług specjalistycznych” (Kowalska-Bobko et al. 2023).

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego pacjenci z Ukrainy w 2022 roku skorzystali z 168597 świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i byli hospitalizowani w placówkach medycznych w Polsce 45811 razy (GUS, 2023). Liczba świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wzrosła w kolejnym roku do 193714 w całym kraju, podczas gdy liczba hospitalizacji spadła do 32739 (GUS, 2024). Łącznie pacjenci z Ukrainy stanowili jedynie niewielką część wszystkich osób leczonych w systemie - poniżej 3,2% wszystkich hospitalizowanych pacjentów i 1,4% wszystkich pacjentów, którzy otrzymywali świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (GUS, 2024).

Jednocześnie rośnie liczba medyków z Ukrainy i innych krajów świata pracujących w polskich placówkach ochrony zdrowia. Według najnowszych zestawień prawo wykonywania zawodu dla pielęgniarek i położnych uzyskane przez obywateli państw spoza UE w tzw. trybie tradycyjnym uzyskało łącznie od 2015 do połowy 2024 roku prawie 1000 osób (Andriashenko i in., 2025). Wśród nich prawie 90% to obywatelki-obywatele Ukrainy. Najbardziej dynamiczny przyrost obserwujemy w ostatnich latach. W samym 2023 roku ćwierć tysiąca osób z Ukrainy uzyskało takie uprawnienia w tej procedurze. Kluczowe zmiany prawne, które otwierają szerzej

możliwości pracy dla medyków cudzoziemców, to uproszczone procedury covidowe i te związane z pełnoskalową inwazją rosyjską, i ustawą z marca 2022 o pomocy obywatelom Ukrainy, którzy przekroczyli granicę po 24 lutego 2022 r. W wyniku covidowych uproszczeń procedur na polskim rynku od 2021 do połowy 2024 roku pojawiło się 1267 medyków spoza UE z prawem do zawodu na określonych warunkach związanych z zakresem czynności zawodowych, miejscem i okresem zatrudnienia (939 lekarzy, 111 lekarzy dentyków, 211 pielęgniarek, 6 położnych) i 1567 medyków z warunkowym prawem do wykonywania zawodu (1195 lekarzy, 138 lekarzy dentyków, 214 pielęgniarek, 29 położnych) z czego 46% to obywatelki-obywatele Ukrainy (Andriashenko i in., 2025). Dodatkowo w wyniku uproszczonych procedur dla Ukraińców, którzy przekroczyli granice po 24 lutego 2022 warunkowe prawo do wykonywania zawodu otrzymało 6141 medyków w tym 2902 lekarzy, 1153 lekarzy dentyków, 1800 pielęgniarek i 279 położnych (Andriashenko i in., 2025). Choć możliwe, że nie wszystkie osoby, które otrzymały takie warunkowe prawo do wykonywania zawodu nadal pracuje w Polsce, to wyraźnie widać, iż ułatwienia procedur nostryfikacyjnych przyczyniły się do znaczącego wzrostu liczby obcokrajowców wśród kadr medycznych Polski.

Metodologia ilościowej części badania

Naświetliwszy ramy dostęp do świadczeń medycznych dla obcokrajowców w Polsce w dalszej części raportu przechodzimy do prezentacji sytuacji ochrony zdrowia imigrantów korzystających z usług medycznych na terenie Krakowa. Na potrzeby raportu dokonaliśmy analizy danych urzędowych poddanych de-identyfikacji, pozyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2019-2023. Na potrzeby niniejszego opracowania koncentrujemy się nade wszystko na ostatnim roku, a gdzie jest to zasadne również na roku 2022. Dane obejmowały świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia szpitalne oraz realizowane w szpitalnych oddziałach ratunkowych, świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej, świadczenia rehabilitacji leczniczej, świadczenia stomatologiczne i świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w jednostkach w Krakowie. Choroby i problemy zdrowotne były kodowane według Dziesiątej Rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Classification of Diseases: ICD-10).

Rodzaj tytułu do świadczeń został użyty by zidentyfikować pacjentów, którzy byli migrantami przymusowymi („osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń zgodnie z art. 12 pkt 13 ustawy”) oraz osoby ubezpieczone w państwach Unii Europejskiej (UE) lub Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA) („osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji”).

Dodatkowo rodzaje tytułów do świadczeń zostały użyte by zidentyfikować pacjentów, którzy mieli status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy wydane w wyjątkowych okolicznościach („w celu połączenia się z rodziną”) i którzy otrzymali świadczenia w szczególnych okolicznościach (osoby, które nie ukończyły 18. roku życia lub osoby w okresie ciąży, porodu lub połogu) lub osoby posiadające Kartę Polaka i które otrzymały świadczenia w stanach nagłych:¹

¹ Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej (2024). Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 16 stycznia 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2024000014601.pdf>

- osoby, które miały status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy wydane w wyjątkowych okolicznościach i które nie ukończyły 18. roku życia:
 - „osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy”
 - „osoby, które nie ukończyły 18. roku życia które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach [„przybywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub przebywa na tym terytorium w celu połączenia się z rodziną i jest członkiem rodziny cudzoziemca zamieszkującego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w związku z nadaniem mu statusu uchodźcy” lub „w związku z udzieleniem mu ochrony uzupełniającej”²], posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”
- osoby, które miały status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy wydane w wyjątkowych okolicznościach i które były w okresie ciąży, porodu lub połogu:
 - „osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy”
 - „osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu”, „które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach”
- osoby posiadające Kartę Polaka, które otrzymały świadczenia w stanach nagłych
 - „świadczeniobiorcy inni niż ubezpieczeni - art. 12 pkt 9”

² Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej (2013). Ustawę z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20130001650/O/D20131650.pdf>

- o osoby uprawnione z „tytułu ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. z 2023 r. poz. 192) [„Posiadacz Karty Polaka ma prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych, w zakresie określonym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770), chyba że umowa międzynarodowa, której Rzeczpospolita Polska jest stroną, przewiduje zasady bardziej korzystne”^{3]}”

Dane kategoriale zostały podsumowane w tabelach krzyżowych. Dane zostały uporządkowane w warstwy wg wieku: dla dzieci (<18 lat) i dorosłych (≥18 lat) oraz liczbę pacjentów i liczbę świadczeń. Analiza przedstawia rozkład płci i wieku pacjentów korzystających ze świadczeń. Przedstawiono najczęstsze rozpoznania wg klasyfikacji ICD-10. Pominięto przypadki niewielkich liczebności (mniej niż pięć).

Ponadto, przeprowadziliśmy pogłębioną analizę danych z lat 2019 - 2023 dla dwóch szpitali – Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie i Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie – używając danych o świadczeniach realizowanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych, a także samym szpitalu i poradniach. Pacjenci obcokrajowcy zostali zidentyfikowani przy użyciu następujących informacji: kraju pochodzenia, obywatelstwa lub rodzaju tytułu do świadczeń. Zmienne kategoriale podsumowano w tabelach krzyżowych. Przedstawiono rozkłady płci i wieku pacjentów korzystających ze świadczeń. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 zostały przedstawione, a także tryb przyjęcia i tryb wypisu dla wizyt w szpitalnych oddziałach ratunkowych i dla hospitalizacji. Pominięto pojedyncze przypadki (mniej niż pięć).

Otrzymaliśmy także zagregowane dane z firmy Scanmed dla województwa małopolskiego na lata 2022 i 2023. W tym przypadku wszystkie - poza jedną jednostką (w Nowym Sączu) świadczyły usługi w Krakowie. Dane zawierają najbardziej powszechne diagnozy pacjentów, których leczenie było pokrywane ze środków NFZ, a także takich, którzy płacili za nie prywatnie. Dane zawierają

³ Kancelaria Sejmu (2023). Ustawa z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20071801280/U/D20071280Lj.pdf>

informacje na temat pacjentów, którzy byli migrantami przymusowymi, a także osób ubezpieczonych w państwach UE i EFTA, zgodnie z definicją powyżej, ale także pacjentów, których obejmowało powszechne ubezpieczenie zdrowotne, ale byli w rejestrach firmy zidentyfikowani jako obcokrajowcy. Informacja o kraju pochodzenia nie była rutynowo gromadzona przez firmę i nie może być wykorzystana jako dane kontekstualne.

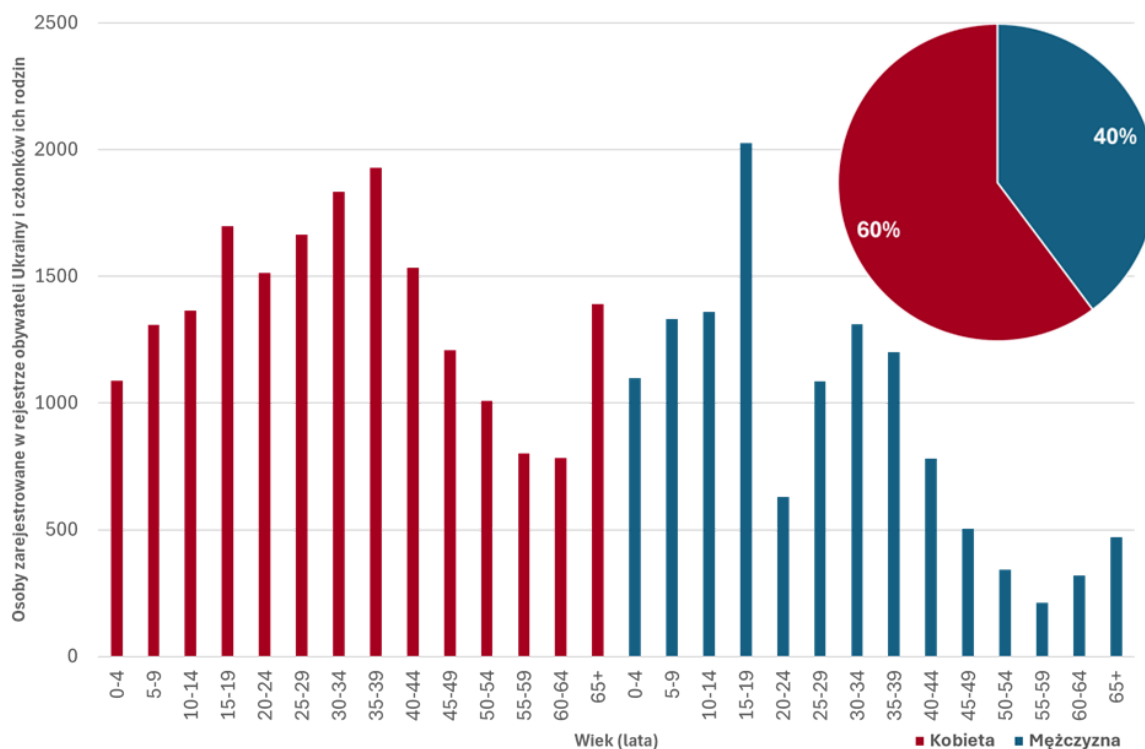
Jednocześnie jesteśmy świadomi, że prezentowane poniżej dane ilościowe nie kreślą całościowego obrazu korzystania przez cudzoziemców z usług medycznych na terenie Krakowa. Jest to bezpośrednio związane z jednym z największych wyzwań, na które natrafiliśmy podczas badań, a mianowicie zidentyfikowaniem imigrantów w NFZ-etowych oraz szpitalnych bazach danych. Jeśli względnie łatwo jesteśmy w stanie zidentyfikować w nich osoby uchodźcze to migranci ekonomiczni objęci powszechnym ubezpieczeniem w powiązaniu ze swoim zatrudnieniem są w nich bardzo często niewidoczni⁴. Pomimo wysiłków nie udało nam się zdobyć pełnych danych dotyczących wzorów korzystania z usług medycznych przez migrantów ekonomicznych i korzystania przez cudzoziemców z usług świadczonych odpłatnie przez podmioty prywatne.

⁴ Szerzej o ograniczeniach analizy traktujemy w podsumowaniu raportu.

Korzystanie z opieki medycznej w Krakowie: migranci przymusowi

Zanim przejdziemy do zaprezentowania głównych wniosków z analizy danych ilościowych dotyczących wzorów korzystania z opieki medycznej przez migrantów przymusowych z Ukrainy posiadających ochronę tymczasową warto przypomnieć o specyfice społeczno-demograficznej tej grupy migrantów. Pomimo wzrostu liczby dorosłych mężczyzn w tej grupie (vide Pędziwiatr et al 2024) nadal tworzą ją w przeważającej części kobiety z dziećmi. Poniżej pokazujemy strukturę wieku i płci tej grupy migrantów co ma istotny wpływ na to jak kształtuje się praktyka korzystania z nich z systemu ochrony zdrowia w Polsce (Wykres 1).

Wykres 1. Rozkład płci i wieku osób zarejestrowanych w rejestrze obywateli Ukrainy i członków ich rodzin, którym nadano status cudzoziemca na podstawie specustawy w Krakowie na 12.12.2023 r.⁵



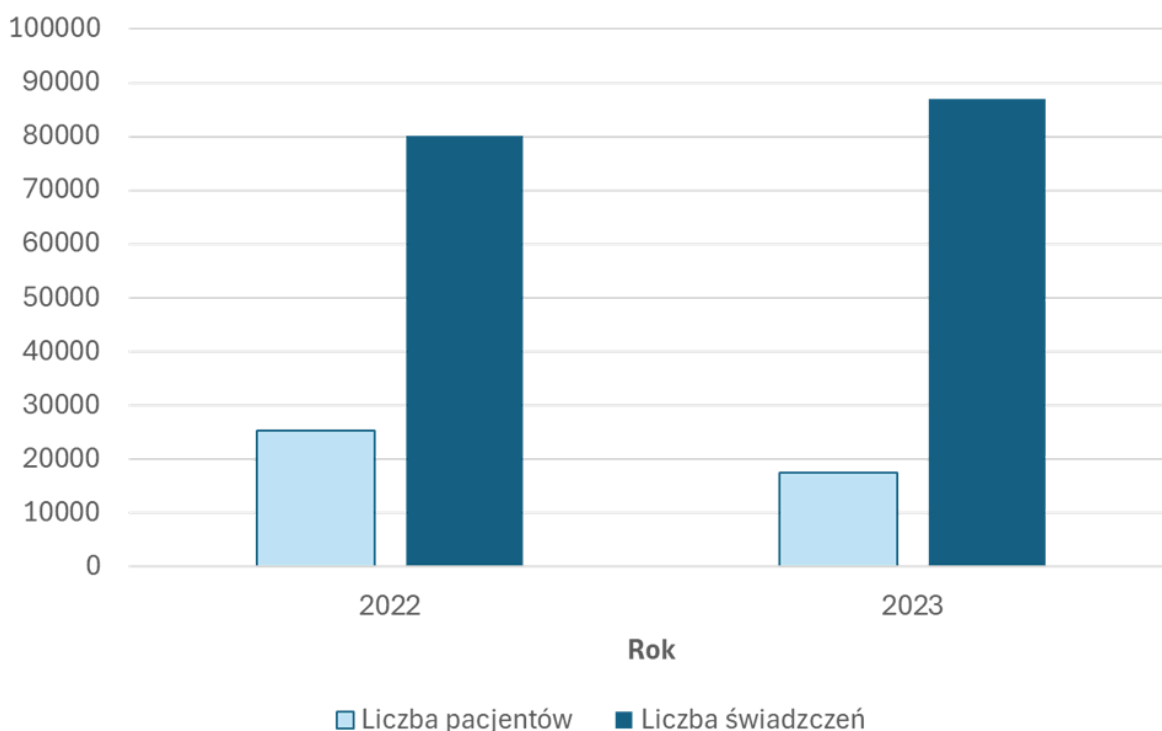
W świetle zgromadzonych danych z 2022 roku, 25257 pacjentów – migrantów przymusowych, w wieku od 0 do 100 lat otrzymało 80138 świadczeń w jednostkach

⁵ Serwis Rzeczypospolitej Polskiej (2023). Otwarte Dane, <https://dane.gov.pl/pl/dataset/2715,zarejestrowane-wnioski-o-nadanie-statusu-ukr/resource/53133/tabelle>

medycznych w Krakowie. Nawet jeśli część z tych osób przebywała w Krakowie tymczasowo, należy odnotować, że było 35165 osób⁶ zarejestrowanych w rejestrze obywateli Ukrainy i członków ich rodzin w Krakowie w październiku 2022, co wskazuje, że znaczna część migrantów przymusowych mogła mieć kontakt z systemem zdrowotnym w mieście.

W roku 2023 liczba pacjentów spadła o 31% do 17457 osób, natomiast liczba udzielanych świadczeń wzrosła o 9% w tym czasie, osiągając w sumie 87016 świadczeń (Wykres 2).

Wykres 2. Liczba pacjentów – migrantów przymusowych korzystających ze świadczeń medycznych sfinansowanych przez NFZ w Krakowie w latach 2022 i 2023



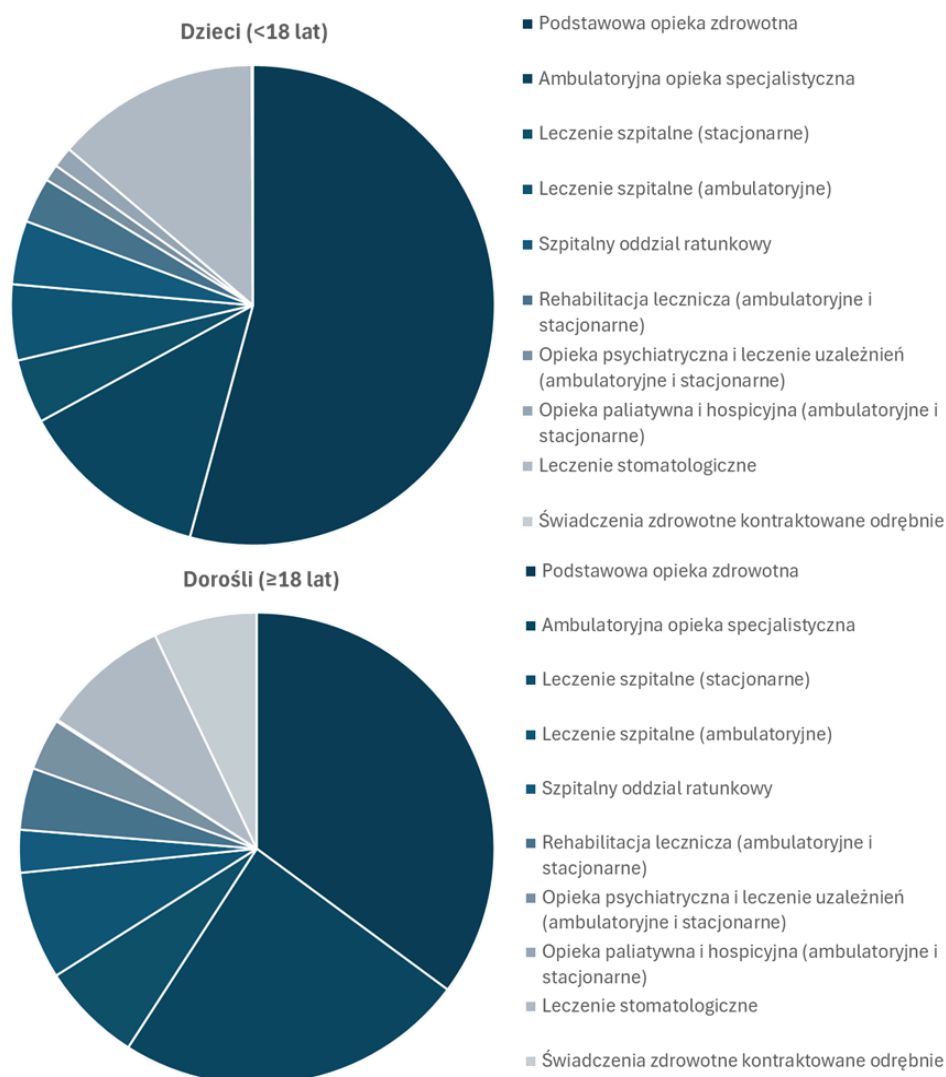
Wzrost liczby udzielanych świadczeń, pomimo spadku liczby pacjentów, może wskazywać na fakt, że osoby, które osiedliły się w mieście zaczęły korzystać z usług

⁶ Serwis Rzeczypospolitej Polskiej (2022). Otwarte Dane, <https://dane.gov.pl/pl/dataset/2715,zarejestrowane-wnioski-o-nadanie-statusu-ukr/resource/41836/table>

medycznych bardziej regularnie. W październiku 2023, 32075 osób było zarejestrowanych w rejestrze obywateli Ukrainy i członków ich rodzin w Krakowie.⁷

Rozkład świadczeń był podobny w obu omawianych latach i jest przedstawiony w podziale na wiek pacjentów dla roku 2023 na Wykresie 3. Najczęściej udzielane świadczenia to te realizowane w podstawowej opiece zdrowotnej, a w następnej kolejności w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, leczeniu stomatologicznym, leczeniu szpitalnym ambulatoryjnym i leczeniu szpitalnym stacjonarnym (Tabela 1).

Wykres 3. Struktura świadczeń udzielanych w jednostkach w Krakowie dla pacjentów – migrantów przymusowych w 2023 r.



⁷ Serwis Rzeczypospolitej Polskiej (2022). Otwarte Dane, <https://dane.gov.pl/pl/dataset/2715,zarejestrowane-wnioski-o-nadanie-statusu-ukr/resource/51583/tablice>

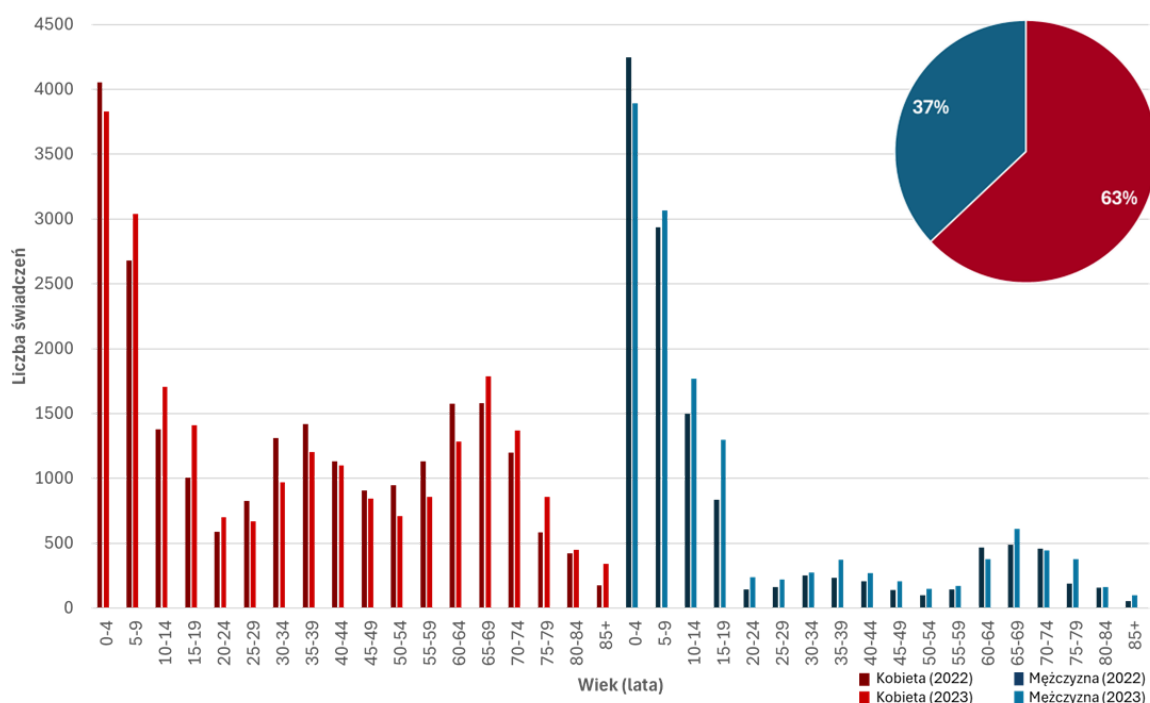
Tabela 1. Świadczenia w jednostkach w Krakowie dla pacjentów – migrantów przymusowych w latach 2022 i 2023

	Dzieci (<18 lat)				Dorośli (≥18 lat)			
	Pacjenci 2022	Pacjenci 2023	Świadczenia 2022	Świadczenia 2023	Pacjenci 2022	Pacjenci 2023	Świadczenia 2022	Świadczenia 2023
Podstawowa opieka zdrowotna	7342	5552	18092	19000	8901	6118	17581	18125
Szpitalny oddział ratunkowy	2818	1280	3304	1504	1839	1248	2047	1506
Leczenie szpitalne (stacjonarne)	1576	855	2293	1514	1263	1172	3314	3547
Leczenie szpitalne (ambulatoryjne)	1733	1067	2571	1787	1703	1259	3809	3811
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	1738	1866	3565	4484	3129	3393	9427	12318
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	132	113	258	395	285	271	2507	1828
Rehabilitacja lecznicza	140	169	696	1070	162	312	572	2184
Opieka paliatywna i hospicyjna	9	11	253	484	24	26	28	59
Leczenie stomatologiczne	1586	1786	3265	4794	1525	1608	3662	4523
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	9	16	141	25	6	169	2675	3624

Podstawowa opieka zdrowotna w Krakowie

W 2023 roku, 5552 dzieci (<18 lat) i 6118 dorosłych (≥18 lat) pacjentów otrzymało odpowiednio 19000 i 18125 świadczeń realizowanych w podstawowej opiece zdrowotnej w placówkach medycznych w Krakowie. Wykres 4 przedstawia rozkład płci i wieku pacjentów, wśród których przeważały dzieci i kobiety. Takie wzorce korzystania z usług medycznych są ściśle powiązane z charakterystyką demograficzną tej grupy migrantów.

Wykres 4. Rozkład płci i wieku pacjentów-migrantów przymusowych korzystających ze świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej w Krakowie w latach 2022 i 2023



Tabele 2 i 3 przedstawiają najczęstsze rozpoznania u pacjentów-migrantów przymusowych w podstawowej opiece zdrowotnej w Krakowie w latach 2022 i 2023. Najczęstsze diagnozy nie zmieniły się tak dla dzieci, jak i dla dorosłych. U pacjentów pediatrycznych, najczęstszymi rozpoznaniem ICD-10 były choroby układu oddechowego takie jak ostre zakażenie górnych dróg oddechowych i przeziębienie ale też potrzeba szczepienia profilaktycznego.

Tabela 2. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej w Krakowie w latach 2022 i 2023

2022 rok		2023 rok	
Rozpoznanie ICD-10	n (%)	Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	2009 (11%)	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	1799 (9%)
Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	1855 (10%)	Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	1675 (9%)
Potrzeba szczepienia profilaktycznego skojarzonego przeciw kilku chorobom	1108 (6%)	Potrzeba szczepienia profilaktycznego skojarzonego przeciw kilku chorobom	1084 (6%)
Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	616 (3%)	Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	761 (4%)
Ostre zapalenie gardła	479 (3%)	Ostre zapalenie gardła	496 (3%)
Ostre zapalenie oskrzeli	414 (2%)	Ostre zapalenie oskrzeli	392 (2%)
Ogólne badania lekarskie osób bez dolegliwości i rozpoznania choroby	337 (2%)	Ogólne badania lekarskie osób bez dolegliwości i rozpoznania choroby	367 (2%)
Badania kontrolne po leczeniu stanów innych niż nowotwory złośliwe	328 (2%)	Badania kontrolne po leczeniu stanów innych niż nowotwory złośliwe	334 (2%)
Kaszel	318 (2%)	Kaszel	322 (2%)
Potrzeba szczepień profilaktycznych przeciwko pojedynczym chorobom bakteryjnym	277 (2%)	Osoby stykające się ze służbą zdrowia w celu uzyskania konsultacji i porad innych niż sklasyfikowane gdzie indziej	316 (2%)

Pacjenci dorośli najczęściej korzystali z podstawowej opieki zdrowotnej ze względu na choroby układu oddechowego i nadciśnienie ale też ze względu na potrzebę odnowienia recepty.

Tabela 3. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej w Krakowie w latach 2022 i 2023

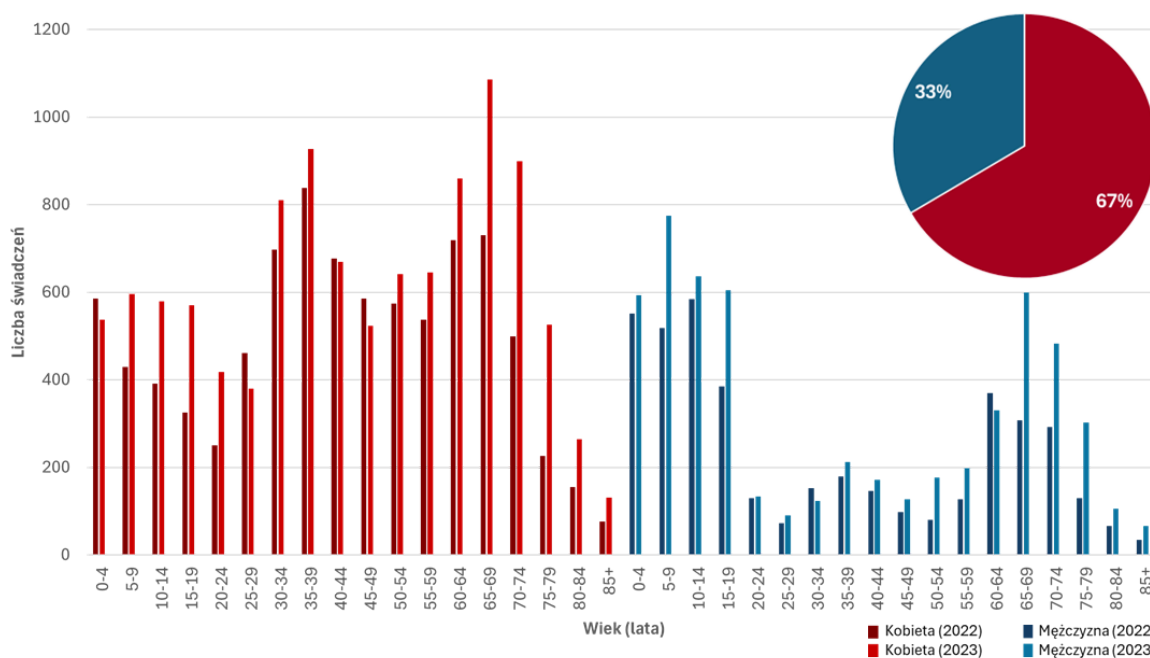
2022 rok		2023 rok	
Rozpoznanie ICD-10	n (%)	Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	1888 (11%)	Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	1543 (9%)
Powtórne recepty	1181 (7%)	Powtórne recepty	1358 (7%)
Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	649 (4%)	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	659 (4%)
Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	478 (3%)	Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	631 (3%)
Osoby stykające się ze służbą zdrowia w celu uzyskania konsultacji i porad innych niż sklasyfikowane gdzie indziej	366 (2%)	Osoby konsultujące się w celu wyjaśnienia wyników badań	542 (3%)
Osoby konsultujące się w celu wyjaśnienia wyników badań	338 (2%)	Osoby stykające się ze służbą zdrowia w innych okolicznościach	389 (2%)
Cukrzyca insulinoniezależna	318 (2%)	Osoby stykające się ze służbą zdrowia w celu uzyskania konsultacji i porad innych niż sklasyfikowane gdzie indziej	369 (2%)
Osoby stykające się ze służbą zdrowia w innych okolicznościach	310 (2%)	Cukrzyca insulinoniezależna	344 (2%)
Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	304 (2%)	Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	342 (2%)
Inne postacie niedoczynności tarczycy	279 (2%)	Ból w okolicy brzucha i miednicy	249 (1%)

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna w Krakowie

W 2023 roku, 1866 dzieci (<18 lat) i 3393 dorosłych (≥18 lat) pacjentów otrzymało odpowiednio 4484 i 12318 świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki

specjalistycznej w placówkach medycznych w Krakowie. To oznacza wzrost, w porównaniu z liczbą 1738 pacjentów pediatrycznych i 3129 dorosłych pacjentów w roku 2022. Wykres 5 przedstawia rozkład płci i wieku pacjentów, wśród których przeważały kobiety (67%). Jak pokazano na wykresie, liczba świadczeń wzrosła w niemal wszystkich grupach wiekowych w przypadku obu płci, co prawdopodobnie oznacza, że pacjenci odnaleźli się lepiej w specjalistycznych przychodniach miejskich.

Wykres 5. Rozkład płci i wieku pacjentów-migrantów przymusowych korzystających ze świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w Krakowie w latach 2022 i 2023



Tabele 4 i 5 przedstawiają najczęstsze rozpoznania u pacjentów-migrantów przymusowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w Krakowie w latach 2022 i 2023. Najczęstsze diagnozy pozostały w większości bez zmian w obu grupach pacjentów. Pacjenci pediatryczni najczęściej zgłaszali urazy takie jak skręcenie stawu skokowego, złamanie palca lub złamanie nasady dalszej kości promieniowej.

Tabela 4. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w Krakowie w latach 2022 i 2023

2022 rok		2023 rok	
Rozpoznanie ICD-10	n (%)	Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	151 (4%)	Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	149 (3%)
Cukrzyca insulinozależna	86 (2%)	Specjalne badanie przesiewowe w kierunku zaburzeń rozwojowych w dzieciństwie	92 (2%)
Specjalne badanie przesiewowe w kierunku zaburzeń rozwojowych w dzieciństwie	84 (2%)	Padaczka	81 (2%)
Choroby paznokcia	70 (2%)	Upośledzenie widzenia	72 (2%)
Choroba von Willebranda	60 (2%)	Cukrzyca insulinozależna	64 (1%)
Padaczka	56 (2%)	Wrastający paznokieć	56 (1%)
Złamanie przedramienia	50 (1%)	Skręcenie i naderwanie stawu skokowego	54 (1%)
Otwarta rana głowy	45 (1%)	Choroba von Willebranda	51 (1%)
Wrastający paznokieć	45 (1%)	Złamanie innego palca	47 (1%)
Złamanie nasady dalszej kości promieniowej	44 (1%)	Złamanie nasady dalszej kości promieniowej	47 (1%)

U pacjentów dorosłych, nowotwory złośliwe (piersi, prostaty, jajnika) i opieka położnicza były najczęstszymi powodami korzystania z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Tabela 5. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w Krakowie w latach 2022 i 2023

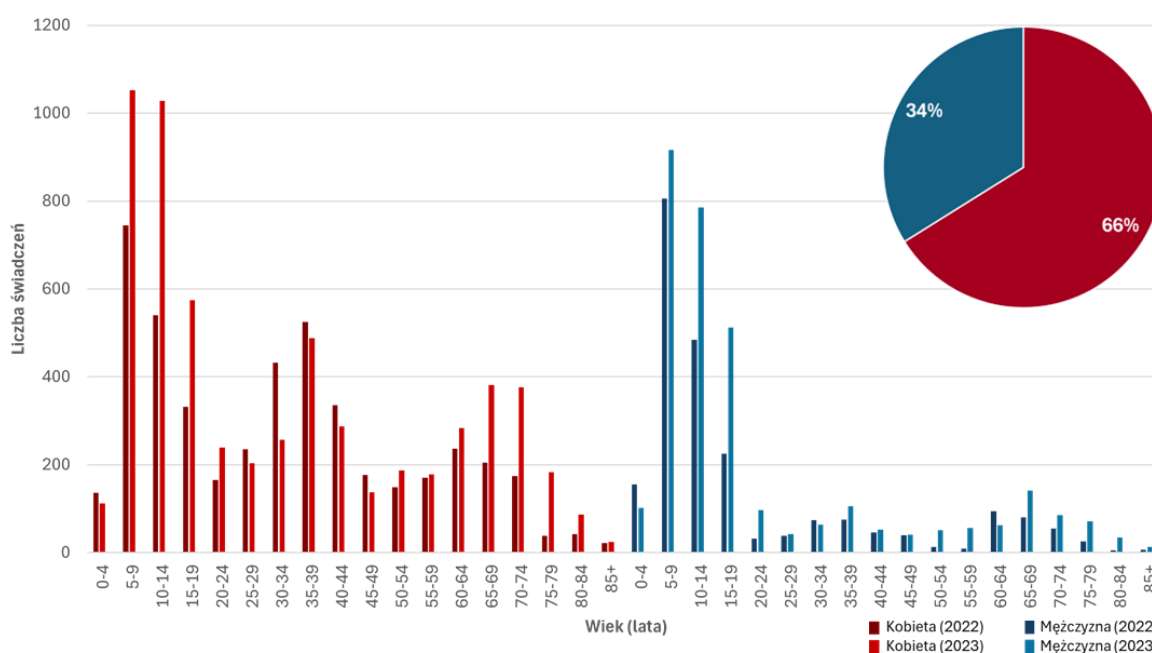
2022 rok		2023 rok	
Rozpoznanie ICD-10	n (%)	Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Nowotwór złośliwy sutka	434 (5%)	Opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą	319 (3%)
Opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą	330 (4%)	Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	304 (2%)
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV], nieokreślona	297 (3%)	Nowotwór złośliwy sutka	283 (2%)
Nowotwór złośliwy (sutek, nieokreślony)	194 (2%)	Badanie ginekologiczne (ogólne) (rutynowe)	214 (2%)
Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	192 (2%)	Nowotwór złośliwy (sutek, nieokreślony)	187 (2%)
Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	161 (2%)	Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	186 (2%)
Nowotwór złośliwy jajnika	144 (2%)	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	167 (1%)
Badanie ginekologiczne (ogólne) (rutynowe)	138 (1%)	Stany związane z ciążą, nie określone	160 (1%)
Stany związane z ciążą, nie określone	126 (1%)	Rozrost gruczołu krokowego	135 (1%)
Czerniak złośliwy skóry	96 (1%)	Nowotwór złośliwy jajnika	118 (1%)

Pacjenci pediatryczni najczęściej otrzymywali świadczenia w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie (2093 świadczeń, 47%) a pacjenci dorośli w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie (2861 świadczeń, 23%). Z tego też względu w dalszej części analizy dotyczących migrantów poza przymusowymi postanowiliśmy skoncentrować na tych dwu placówkach.

Leczenie stomatologiczne w Krakowie

W 2023 roku, 1786 dzieci (<18 lat) i 1608 dorosłych (≥18 lat) pacjentów otrzymało odpowiednio 4794 i 4523 świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego w placówkach medycznych w Krakowie. Wykres 6 przedstawia rozkład płci i wieku pacjentów, wśród których podobnie jak w przypadku innych świadczeń przeważały dzieci i kobiety.

Wykres 6. Rozkład płci i wieku pacjentów-migrantów przymusowych korzystających ze świadczeń stomatologicznych w Krakowie w latach 2022 i 2023



Warto zwrócić uwagę że liczba świadczeń stomatologicznych wzrosła o 35% w 2023 roku w porównaniu do roku 2022. Prawdopodobnie jest to związane z rosnącą wiedzą migrantów na temat tego w jaki sposób polski system ochrony zdrowia działa i korzystania z możliwości które daje.

Tabele 6 i 7 przedstawiają najczęstsze rozpoznania u pacjentów-migrantów przymusowych - próchnica zębów i choroby miazgi i tkanek okołowierzchołkowych.

Tabela 6. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w leczeniu stomatologicznym w Krakowie w 2023 r.

Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Próchnica zębów	2397 (50%)
Choroby miazgi i tkanek okołowierzchołkowych	529 (11%)
Próchnica zębiny	431 (9%)
Potrzeba innych środków profilaktycznych	327 (7%)
Ogólne badania lekarskie osób bez dolegliwości i rozpoznania choroby	187 (4%)
Badanie dentystyczne	125 (3%)
Nieprawidłowości zębowo-twarzowe [łącznie z wadami zgryzu]	95 (2%)
Inne choroby tkanek twardych zębów	84 (2%)
Przewlekłe przywierzchołkowe zapalenie ozębnej	72 (2%)
Złogi nazębne	71 (1%)

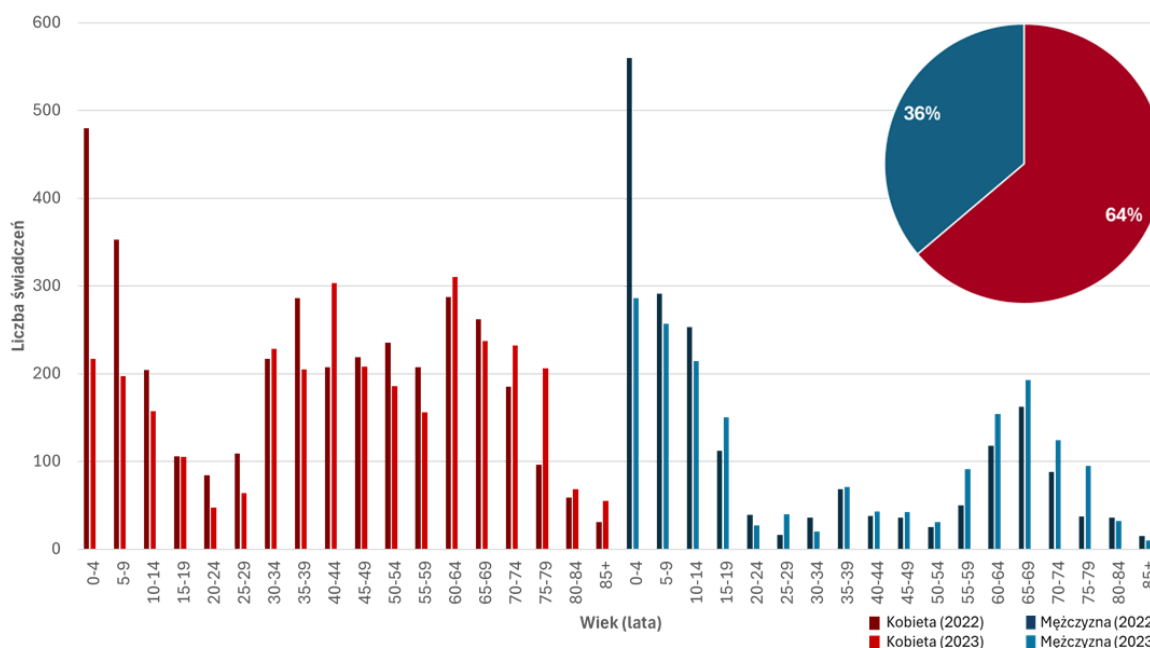
Tabela 7. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w leczeniu stomatologicznym w Krakowie w 2023 r.

Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Próchnica zębów	1666 (37%)
Choroby miazgi i tkanek okołowierzchołkowych	773 (17%)
Próchnica zębiny	421 (9%)
Badanie dentystyczne	248 (5%)
Przewlekłe przywierzchołkowe zapalenie ozębnej	207 (5%)
Zapalenie dziąseł i choroby przyzębia	200 (4%)
Złogi nazębne	134 (3%)
Ogólne badania lekarskie osób bez dolegliwości i rozpoznania choroby	94 (2%)
Inne zaburzenia zębów i struktur podtrzymujących (podłoża)	86 (2%)
Zapalenie jamy ustnej i pochodne zmiany	82 (2%)

Leczenie szpitalne stacjonarne w Krakowie

Jeśli chodzi o stacjonarne leczenie szpitalne to w 2023 roku, 855 dzieci (<18 lat) i 1172 dorosłych (≥18 lat) pacjentów otrzymało odpowiednio 1514 i 3547 świadczeń w tym zakresie w Krakowie. Pacjenci pediatryczni najczęściej byli hospitalizowani w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie (890 świadczeń, 59%), Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego (248 świadczeń, 16%) lub Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. św. Ludwika (220 świadczeń, 15%). Pacjenci dorośli najczęściej byli hospitalizowani w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie (1070 świadczeń, 30%), Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie (1013 świadczeń, 29%) lub Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera w Krakowie (347 świadczeń, 10%). Wykres 7 przedstawia rozkład płci i wieku pacjentów, wśród których przeważały dzieci i kobiety.

Wykres 7. Rozkład płci i wieku pacjentów-migrantów przymusowych korzystających ze świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego stacjonarnego w latach 2022 i 2023



W porównaniu do roku 2023, w roku 2022 zauważalny był wzrost hospitalizacji wśród najmłodszych pacjentów. Po bliższej analizie zauważyliśmy, że najczęstszymi rozpoznaniem były infekcje, takie jak nieżyt jelitowy, biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe, ostra gastroenteropatia, nadmierna utrata płynów, COVID-19 i

zapalenie płuc, co stanowiło 31% hospitalizacji wśród pacjentów w wieku 4 lat i młodszych. Tabele 8 i 9 przedstawiają najczęstsze rozpoznania u pacjentów-migrantów przymusowych w leczeniu szpitalnym stacjonarnym.

Tabela 8. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w leczeniu szpitalnym stacjonarnym w Krakowie w latach 2022 i 2023

2022 rok		2023 rok	
Rozpoznanie ICD-10	n (%)	Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu	188 (8%)	Cykle chemioterapii nowotworów	161 (11%)
Nieżyt jelitowy wywołany przez rotawirusy	170 (7%)	Inne postacie choroby Crohna	42 (3%)
Cykle chemioterapii nowotworów	162 (7%)	Nowotwór złośliwy (tkanka łączna i tkanka miękka kończyny dolnej łącznie z biodrem)	42 (3%)
COVID-19, wirus zidentyfikowany	82 (4%)	Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu	35 (2%)
Zapalenie płuc wywołane innymi nieokreślonymi drobnoustrojami	77 (3%)	Padaczka, nieokreślona	35 (2%)
Nadmierna utrata płynów	38 (2%)	Nadmierna utrata płynów	33 (2%)
Padaczka, nieokreślona	35 (2%)	Samoistna plamica małopłytkowa	33 (2%)
Inne postacie choroby Crohna	34 (1%)	Pojedynczo urodzone w szpitalu	28 (2%)
Ostra gastroenteropatia wywołana przez czynnik Norwalk	34 (1%)	Zapalenie płuc wywołane innymi nieokreślonymi drobnoustrojami	27 (2%)
Zakażenia wirusowe jelit, nie określone	30 (1%)	Zaburzenia metaboliczne, nie określone	26 (2%)

U pacjentów pediatrycznych, najczęstszymi rozpoznaniem w 2022 były choroby żołądkowo-jelitowe, podczas gdy w 2023 większa część hospitalizacji wynikała z przyczyn onkologicznych. U pacjentów dorosłych, najczęstszymi rozpoznaniem ICD-10 w obu latach były cykle chemioterapii nowotworów i stwardnienie rozsiane.

Tabela 9. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w leczeniu szpitalnym stacjonarnym w Krakowie w latach 2022 i 2023

2022 rok		2023 rok	
Rozpoznanie ICD-10	n (%)	Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Cykle chemioterapii nowotworów	1327 (40%)	Cykle chemioterapii nowotworów	1547 (44%)
Nowotwór złośliwy (sutek, nie określony)	75 (2%)	Stwardnienie rozsiane	79 (2%)
Stwardnienie rozsiane	67 (2%)	Nowotwór złośliwy jajnika	62 (2%)
Nowotwór złośliwy jajnika	63 (2%)	Inne postacie zaćmy starczej	56 (2%)
Zaćma wklajająca	43 (1%)	Nowotwór złośliwy (szyjka macicy, nie określona)	55 (2%)
Choroba Hodgkina (stwardnienie guzkowe)	37 (1%)	Zaćma wklajająca	48 (1%)
Inne postacie zaćmy starczej	36 (1%)	Nowotwór złośliwy (sutek, nie określony)	42 (1%)
Niewydolność serca, nieokreślona	35 (1%)	Poród samoistny w ułożeniu podłużnym potylicowym	37 (1%)
Nieokreślona niedokrwistość	34 (1%)	Nieokreślona niedokrwistość	28 (1%)
Poród samoistny w ułożeniu podłużnym potylicowym	33 (1%)	Niewydolność serca, nieokreślona	27 (1%)

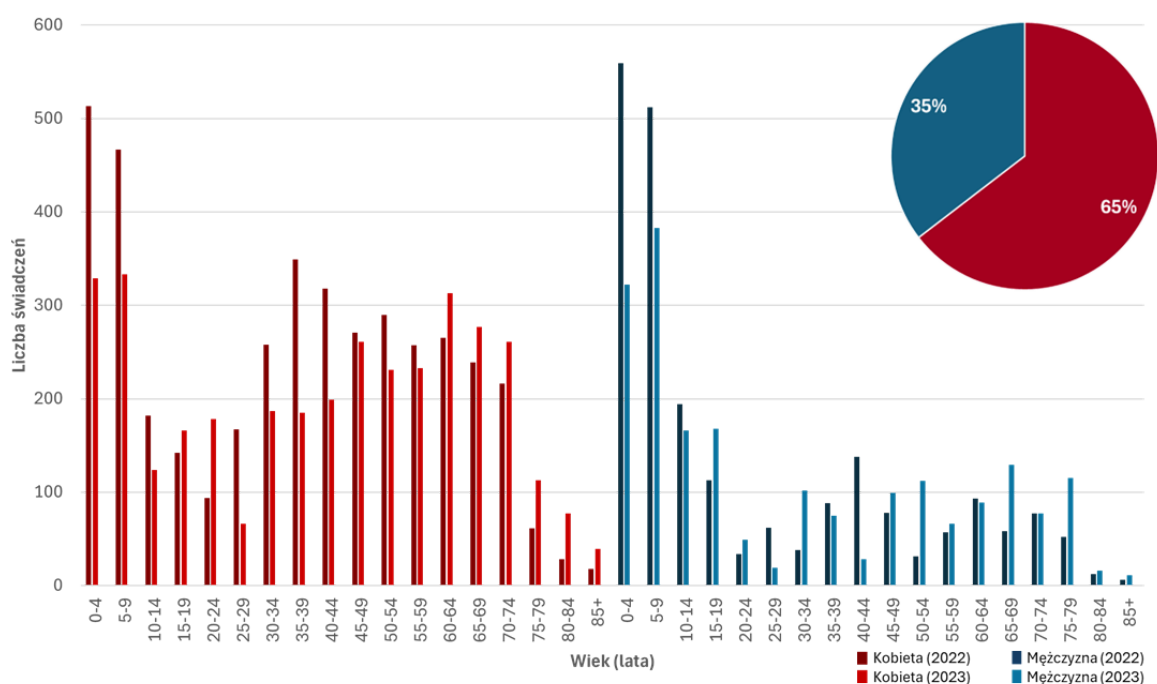
Dane ilościowe potwierdzają tym samym obserwacje poczynione przez zespół CASPAR prowadzący badania w innych miastach województwa małopolskiego z których wynikało, że część z którymi przeprowadzono wywiady wyjechała z Ukrainy nie tylko z obawy o własne życie w sytuacji nieustannych bombardowań rosyjskich ale również poszukując alternatywnych sposobów leczenia swych chorób (Pędziwiatr et al. 2023).

Leczenie szpitalne ambulatoryjne w Krakowie

W 2023 roku, 1067 dzieci (<18 lat) i 1259 dorosłych (≥18 lat) pacjentów otrzymało odpowiednio 1787 i 3811 świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego ambulatoryjnego w Krakowie.

Wykres 8 przedstawia rozkład płci i wieku pacjentów, wśród których przeważały dzieci i kobiety.

Wykres 8. Rozkład płci i wieku pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w leczeniu szpitalnym ambulatoryjnym w Krakowie w latach 2022 i 2023



Tabele 10 i 11 przedstawiają najczęstsze rozpoznania ICD-10. U pacjentów pediatrycznych, najczęstszymi rozpoznaniami ICD-10 były choroby układu oddechowego takie jak ostre zakażenie górnych dróg oddechowych, przeziębienie i ostre zapalenie migdałków.

Tabela 10. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w leczeniu szpitalnym ambulatoryjnym w Krakowie w latach 2022 i 2023

2022 rok		2023 rok	
Rozpoznanie ICD-10	n (%)	Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	326 (13%)	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	170 (10%)
Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	243 (9%)	Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	154 (9%)
Nieokreślone ostre zakażenie górnych dróg oddechowych	128 (5%)	Ostre zapalenie migdałków	72 (4%)
Kaszel	102 (4%)	Ostre zapalenie gardła	65 (4%)
Nudności i wymioty	91 (4%)	Nieokreślone ostre zakażenie górnych dróg oddechowych	56 (3%)
Ostre zapalenie migdałków	84 (3%)	Kaszel	53 (3%)
Ostre zapalenie gardła	81 (3%)	Gorączka, nieokreślona	49 (3%)
Gorączka o nieznannej przyczynie	75 (3%)	Ostre zapalenie oskrzeli	48 (3%)
Gorączka, nieokreślona	62 (2%)	Nieropne zapalenie ucha środkowego	41 (2%)
Ostre zapalenie oskrzeli	52 (2%)	Obserwacja w kierunku podejrzewanych innych chorób i stanów	34 (2%)

U pacjentów dorosłych, najczęstszymi rozpoznaniami ICD-10 w obu latach były cykle chemioterapii nowotworów i nowotwory złośliwe.

Tabela 11. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w leczeniu szpitalnym ambulatoryjnym w Krakowie w latach 2022 i 2023

2022 rok		2023 rok	
Rozpoznanie ICD-10	n (%)	Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Cykle chemioterapii nowotworów	613 (16%)	Cykle chemioterapii nowotworów	761 (20%)
Nowotwór złośliwy (sutek, nie określony)	423 (11%)	Nowotwór złośliwy (sutek, nie określony)	411 (11%)
Nowotwór złośliwy sutka	194 (5%)	Nowotwór złośliwy sutka	170 (4%)
Inne zaburzenia wynikające z upośledzonej czynności cewek nerkowych	156 (4%)	Inne zaburzenia wynikające z upośledzonej czynności cewek nerkowych	168 (4%)
COVID-19, wirus niezidentyfikowany	150 (4%)	Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	105 (3%)
Ekspozycja na kłeskę żywiolową, wojnę i inne nieprzyjemne kroki	103 (3%)	Inne postacie zaćmy starczej	74 (2%)
Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	89 (2%)	Nowotwór złośliwy odbytnicy	72 (2%)
Seanse radioterapii	85 (2%)	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby C	68 (2%)
Powtórne recepty	73 (2%)	Nowotwór złośliwy (okrężnica, nieokreślona)	63 (2%)
Szpiczak mnogi	55 (1%)	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	61 (2%)

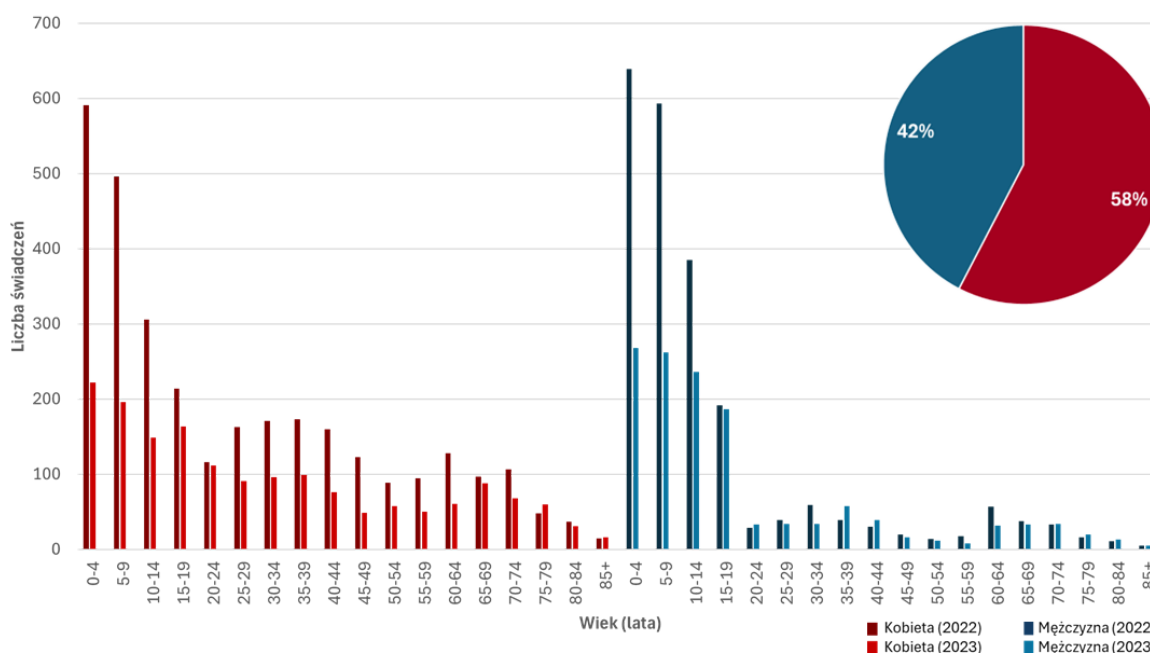
Szpitalne oddziały ratunkowe w Krakowie

W 2023 roku, 1280 dzieci (<18 lat) i 1248 dorosłych (≥18 lat) pacjentów otrzymało odpowiednio 1504 i 1506 świadczeń realizowanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Oznacza to spadek liczby pacjentów i świadczeń w porównaniu z rokiem 2022, kiedy znacząco więcej pacjentów pediatrycznych (2818) i dorosłych (1839) zostało przyjętych.

Może istnieć wiele powodów dla tej zmiany. Na przykład, osoby które docierały do Polski przez Kraków mogły wymagać pilnej opieki i szukały pomocy na oddziałach ratunkowych. Inną przyczyną mógł być wzrost znajomości systemu opieki zdrowotnej i umiejętność poruszania się po nim przez pacjentów, co wykazujemy w części jakościowej naszego badania wśród migrantów i ekspertów.

Uczestniczki i uczestnicy badania wskazywali, że rozwinęło się zrozumienie możliwości korzystania z systemu i osoby przestały w takim stopniu polegać na oddziałach ratunkowych w sytuacjach nie zagrażających życiu i zgłaszały się do placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Wykres 9 przedstawia rozkład płci i wieku pacjentów, wśród których przeważały dzieci, przede wszystkim płci męskiej.

Wykres 9. Rozkład płci i wieku pacjentów-migrantów przymusowych korzystających ze świadczeń w szpitalnych oddziałach ratunkowych w latach 2022 i 2023



Liczba wizyt na oddziałach ratunkowych była znacznie wyższa w 2022 roku w populacji najmłodszych pacjentów. Tabele 12 i 13 przedstawiają dziesięć najczęstszych rozpoznań ICD-10 u pacjentów-migrantów przymusowych w szpitalnych oddziałach ratunkowych w Krakowie w latach 2022 i 2023.

Tabela 12. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w szpitalnych oddziałach ratunkowych w Krakowie w latach 2022 i 2023

2022 rok		2023 rok	
Rozpoznanie ICD-10	n (%)	Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu	140 (4%)	Inny i nieokreślony ból brzucha	68 (5%)
Nudności i wymioty	100 (3%)	Nudności i wymioty	39 (3%)
Zabiegi niewykonane z powodu decyzji pacjenta wynikającej z innych nieokreślonych przyczyn	99 (3%)	Powierzchnowy uraz głowy	38 (3%)
Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	97 (3%)	Otwarta rana głowy	35 (2%)
Inny i nieokreślony ból brzucha	95 (3%)	Zabiegi niewykonane z powodu decyzji pacjenta wynikającej z innych nieokreślonych przyczyn	34 (2%)
Otwarta rana głowy	73 (2%)	Powierzchnowy uraz powłok głowy	31 (2%)
Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	63 (2%)	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	30 (2%)
COVID-19, wirus zidentyfikowany	58 (2%)	Ostre zapalenie gardła	26 (2%)
Nieżyt jelitowy wywołany przez rotawirusy	58 (2%)	Grypa wywołana zidentyfikowanym wirusem	25 (2%)
Powierzchnowy uraz głowy	56 (2%)	Stłuczenie palca (palców) bez uszkodzenia paznokcia	24 (2%)

U pacjentów pediatrycznych, najczęstszymi rozpoznaniami ICD-10 były ból brzucha, nudności i wymioty i urazy głowy. W 2022 roku zarejestrowano więcej chorób żołądkowo-jelitowych, a także wizyt na szpitalnych oddziałach ratunkowych w związku z infekcjami COVID-19. U pacjentów dorosłych, najczęstszymi rozpoznaniami ICD-10 były ból brzucha, skręcenie i naderwanie stawu skokowego i obserwacja w kierunku nieokreślonych chorób i stanów w obu latach.

Tabela 13. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w szpitalnych oddziałach ratunkowych w Krakowie w latach 2022 i 2023

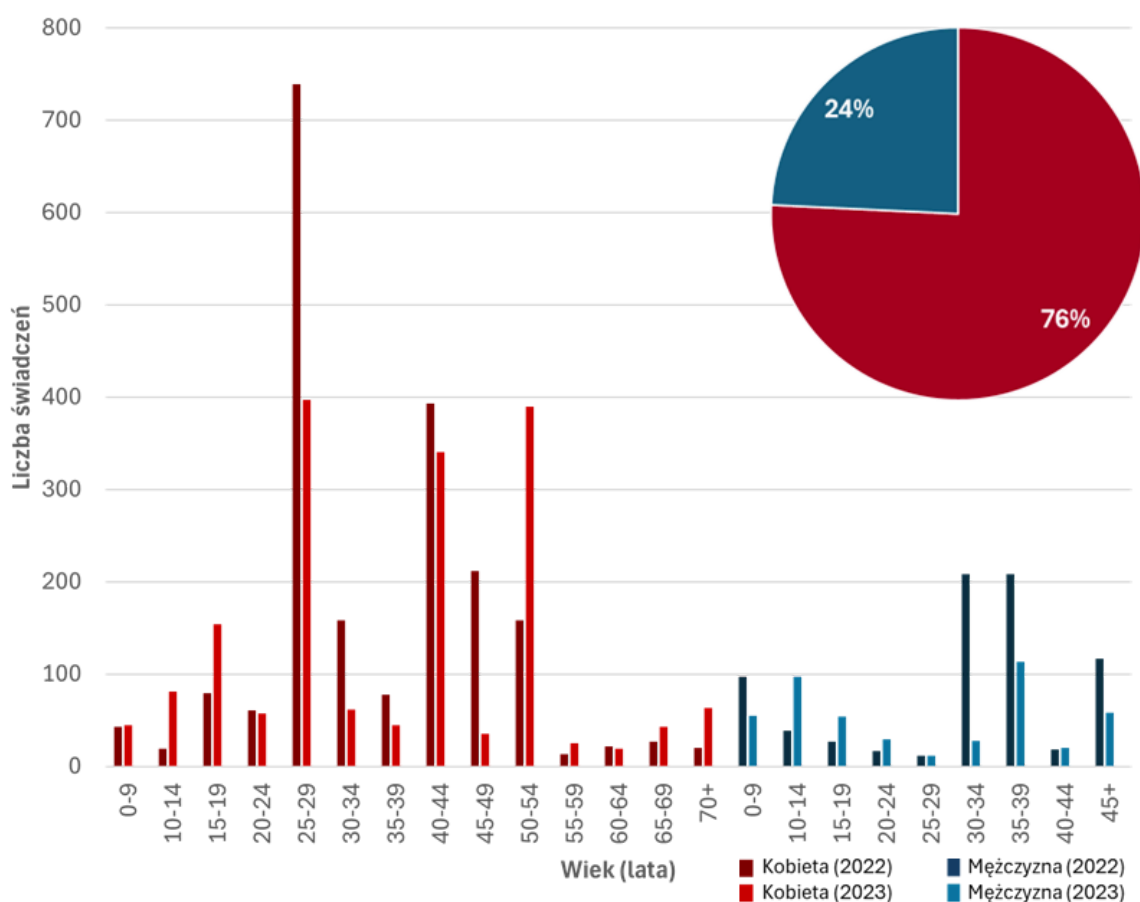
2022 rok		2023 rok	
Rozpoznanie ICD-10	n (%)	Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Inny i nieokreślony ból brzucha	116 (6%)	Inny i nieokreślony ból brzucha	110 (7%)
Ból w klatce piersiowej, nieokreślony	71 (3%)	Skręcenie i naderwanie stawu skokowego	46 (3%)
Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	69 (3%)	Obserwacja w kierunku nieokreślonych chorób i stanów	45 (3%)
Nieokreślona kolka nerkowa	46 (2%)	Ból w klatce piersiowej, nieokreślony	39 (3%)
Skręcenie i naderwanie stawu skokowego	46 (2%)	Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	37 (2%)
Obserwacja w kierunku nieokreślonych chorób i stanów	40 (2%)	Ból głowy	29 (2%)
COVID-19, wirus zidentyfikowany	35 (2%)	Zakażenie układu moczowego w części nieokreślonej	29 (2%)
Zakażenie układu moczowego w części nieokreślonej	35 (2%)	Nieznane i niedokładnie określone przyczyny chorobowości	25 (2%)
Ból głowy	30 (1%)	Omdlenie i zapaść	24 (2%)
Zawroty głowy i odurzenie	29 (1%)	Nieokreślona kolka nerkowa	23 (2%)

Pacjenci pediatryczni najczęściej korzystali ze szpitalnych oddziałów ratunkowych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie (1163 świadczeń, 77%) lub Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego (293 świadczeń, 19%). Pacjenci dorośli najczęściej korzystali ze szpitalnych oddziałów ratunkowych w Wojskowym Szpitalu Klinicznym (434 świadczeń, 29%), Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie (375 świadczeń, 25%) lub w Szpitalu Miejskim Specjalistycznym im. Gabriela Narutowicza (322 świadczeń, 21%).

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (ambulatoryjne i stacjonarne) w Krakowie

W 2023 roku, 113 dzieci (<18 lat) i 271 dorosłych (≥18 lat) pacjentów otrzymało odpowiednio 395 i 1828 świadczeń z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w placówkach medycznych w Krakowie. Wykres 10 przedstawia rozkład płci i wieku pacjentów, wśród których przeważały kobiety w wieku od 25 do 54 lata.

Wykres 10. Rozkład płci i wieku pacjentów-migrantów przymusowych korzystających ze świadczeń z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w latach 2022 i 2023



Tabele 14 i 15 przedstawiają najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów-migrantów przymusowych z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w Krakowie w 2023 roku. U pacjentów pediatrycznych, najczęstszym rozpoznaniem ICD-10 była obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub

stany podobne. U pacjentów dorosłych, najczęstszym rozpoznaniem ICD-10 były zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów.

Tabela 14. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w Krakowie w 2023 r.

Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	69 (17%)
Zaburzenia adaptacyjne	64 (16%)
Autyzm dziecięcy	55 (14%)
Zaburzenie stresowe pourazowe	38 (10%)
Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane	21 (5%)

Tabela 15. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w Krakowie w 2023 r.

Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów (zespół uzależnienia)	1075 (59%)
Schizofrenia paranoidalna	107 (6%)
Epizod depresji łagodny	70 (4%)
Zaburzenia adaptacyjne	53 (3%)
Epizod depresji umiarkowany	33 (2%)
Zaburzenie lękowe uogólnione	31 (2%)
Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane	28 (2%)
Schizofrenia	24 (1%)
Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu	24 (1%)
Zaburzenie psychiczne, inaczej nie określone	24 (1%)

Jednocześnie warto podkreślić, że wiele porad i świadczeń psychoterapeutycznych dla migrantów przymusowych nie jest widoczna w powyższych zestawieniach świadczeń finansowanych przez NFZ gdyż są one oferowane przez organizacje pozarządowe (w Krakowie między innymi przez Zustricz) i finansowane z innych źródeł.

Rehabilitacja lecznicza (ambulatoryjna i stacjonarna) w Krakowie

W 2023 roku, 169 dzieci (<18 lat) i 312 dorosłych (≥18 lat) pacjentów otrzymało odpowiednio 1070 i 2184 świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej w Krakowie. Tabele 16 i 17 przedstawiają najczęstsze rozpoznania ICD-10. U pacjentów pediatrycznych, najczęstszym rozpoznaniem były zaburzenia układu nerwowego niesklasyfikowane gdzie indziej.

Tabela 16. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej w Krakowie w 2023 r.

Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Inne zaburzenia układu nerwowego niesklasyfikowane gdzie indziej	71 (7%)
Porażenie kończyn dolnych, nie określone	57 (5%)
Nieprawidłowa postawa	56 (5%)
Idiopatyczna skolioza młodzieńcza	54 (5%)
Zespół Downa	53 (5%)
Dziecięce porażenie mózgowe	48 (4%)
Inne nabyte zniekształcenia kończyn	47 (4%)
Brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego	46 (4%)
Boczne skrzywienie kręgosłupa [skolioza]	40 (4%)
Mieszane specyficzne zaburzenia rozwojowe	31 (3%)

U pacjentów dorosłych, najczęstszym rozpoznaniem były choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej takie jak choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych.

Tabela 17. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej w Krakowie w 2023 r.

Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych [Gonartroza]	119 (5%)
Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych [Koksartroza]	118 (5%)
Bóle grzbietu	96 (4%)
Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	96 (4%)
Choroba Parkinsona	82 (4%)
Następstwa otwartej rany kończyny górnej	81 (4%)
Porażenie kończyn dolnych, nie określone	76 (3%)
Kurczowe porażenie kończyn dolnych	64 (3%)
Choroby kręgow szyjnych	62 (3%)
Działania wojenne i uraz spowodowany postrzałem i innymi formami walki konwencjonalnej	58 (3%)

Opieka paliatywna i hospicyjna (ambulatoryjna i stacjonarna) w Krakowie

W 2023 roku, 11 dzieci (<18 lat) i 26 dorosłych (≥18 lat) pacjentów otrzymało odpowiednio 484 i 59 świadczeń z opieki paliatywnej i hospicyjnej. Tabele 18 i 19 przedstawiają najczęstsze rozpoznania - dziecięce porażenie mózgowe u dzieci i nowotwór złośliwy u dorosłych.

Tabela 18. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia z opieki paliatywnej i hospicyjnej w Krakowie w 2023 r.

Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Dziecięce porażenie mózgowe	200 (41%)
Kurczowe porażenie mózgowe	79 (16%)
Inne zaburzenia metabolizmu aminokwasów aromatycznych	70 (14%)

Tabela 19. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej w Krakowie w 2023 r.

Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice żołądka)	10 (17%)
Nowotwór złośliwy (sutek, nie określony)	9 (15%)
Chłoniak nieziarniczny rozlany (guz (chłoniak) burkitta)	7 (12%)

Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w Krakowie

W 2023 roku, 16 dzieci (<18 lat) i 169 dorosłych (≥18 lat) pacjentów otrzymało odpowiednio 25 i 3624 świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie w Krakowie. Tabela 20 przedstawia najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych – choroby układu moczowo-płciowego jak schyłkowa niewydolność nerek i przewlekła niewydolność nerek.

Tabela 20. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej w Krakowie w 2023 r.

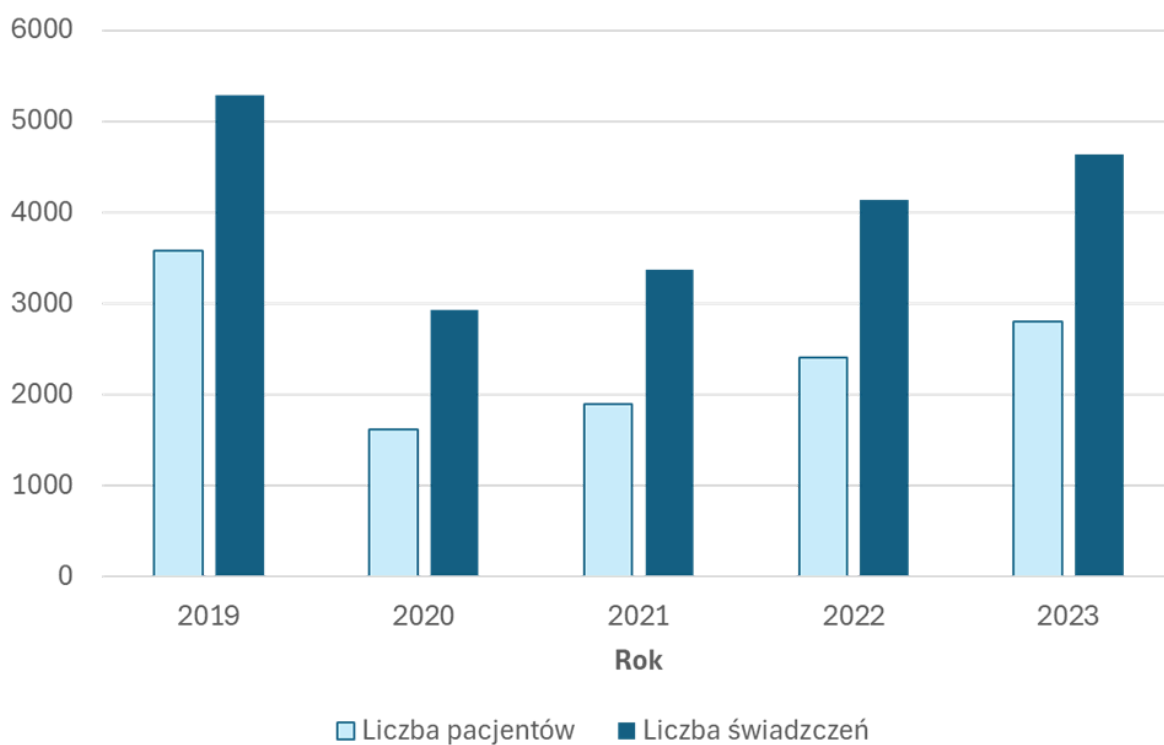
Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Schyłkowa niewydolność nerek	1937 (53%)
Przewlekła niewydolność nerek	1400 (39%)
Urazowe niedokrwienie mięśnia	60 (2%)
Inne określone zakażenia skóry i tkanki podskórnej	24 (1%)
Ostra białaczka szpikowa	21 (1%)
Nowotwór złośliwy sutka	16 (<1%)
Choroba Hodgkina (stwardnienie guzkowe)	15 (<1%)
Dysfagia	9 (<1%)
Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	8 (<1%)
Białaczka szpikowa	6 (<1%)

Korzystanie z opieki medycznej w Krakowie: osoby ubezpieczone w państwach UE lub EFTA

Odrębną grupą pacjentów którzy korzystali ze świadczeń medycznych w Krakowie są osoby ubezpieczone zdrowotnie w jednym z krajów Unii Europejskiej lub Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA). Tymi pacjentami mogli być turyści, jak również Polacy mieszkający poza krajem, odwiedzający Polskę lub osoby przebywające tu czasowo. W 2023 roku pacjenci tacy byli najczęściej ubezpieczeni w Niemczech, Wielkiej Brytanii, Austrii, Francji i Norwegii.

Wykres 11 przedstawia, jak liczba tych pacjentów i liczba świadczeń wahała się od 2019 roku, z ewidentnymi zmianami wywołanymi przez pandemię COVID-19.

Wykres 11. Liczba pacjentów ubezpieczonych w państwach UE lub EFTA korzystających ze świadczeń medycznych w Krakowie



W 2023 roku, 2801 pacjentów uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji otrzymało 4641 świadczeń w jednostkach medycznych w Krakowie (Tabela 21). Najczęściej świadczenia realizowano w

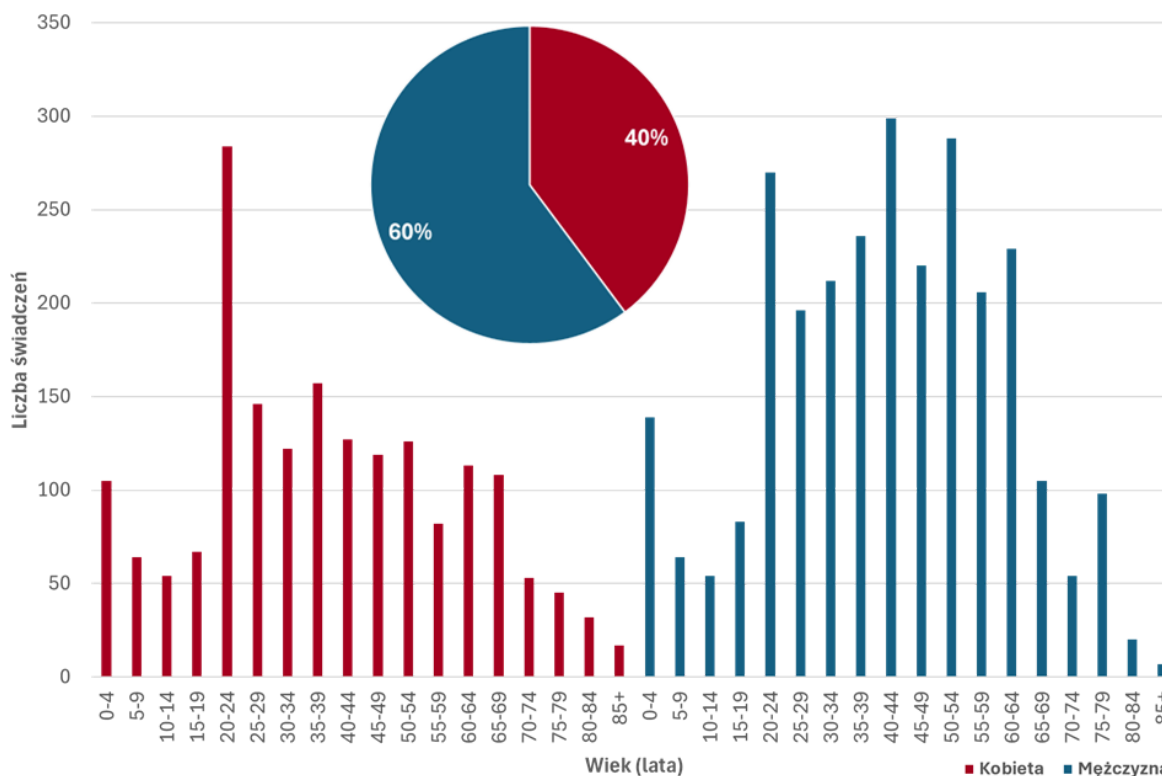
szpitalnych oddziałach ratunkowych, podstawowej opiece zdrowotnej a także w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Tabela 21. Świadczenia w jednostkach w Krakowie dla pacjentów ubezpieczonych w państwach UE lub EFTA w 2023 r.

	Dzieci (<18 lat)		Dorośli (≥18 lat)	
	Pacjenci	Świadczenia	Pacjenci	Świadczenia
Podstawowa opieka zdrowotna	81	104	437	798
Szpitalny oddział ratunkowy	196	209	1073	1213
Leczenie szpitalne (stacjonarne)	86	102	359	486
Leczenie szpitalne (ambulatoryjne)	16	17	360	467
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	60	105	325	702

Wykres 12 przedstawia rozkład płci i wieku pacjentów w 2023 roku, wśród których przeważali mężczyźni (60%).

Wykres 12. Rozkład płci i wieku pacjentów ubezpieczonych w państwach UE lub EFTA korzystających ze świadczeń w Krakowie w 2023 r.



Podstawowa opieka zdrowotna w Krakowie

W 2023 roku, 81 dzieci (<18 lat) i 437 dorosłych (≥18 lat) pacjentów otrzymało odpowiednio 104 i 798 świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w placówkach medycznych w Krakowie. Tabele 22 i 23 przedstawiają najczęstsze rozpoznania ICD-10. U pacjentów pediatrycznych i dorosłych najczęstszymi rozpoznaniem były choroby układu oddechowego.

Tabela 22. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych ubezpieczonych w państwach UE lub EFTA, którzy otrzymali świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej w Krakowie w 2023 r.

Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	18 (17%)
Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	10 (10%)

Tabela 23. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów ubezpieczonych w państwach UE lub EFTA, którzy otrzymali świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej w Krakowie w 2023 r.

Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	76 (10%)
Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	69 (9%)
Powtórne recepty	40 (5%)
Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	26 (3%)
Ostre zapalenie migdałków	21 (3%)
Bóle grzbietu	18 (2%)
Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	18 (2%)
Ostre zapalenie gardła	15 (2%)
Osoby stykające się ze służbą zdrowia w innych okolicznościach	13 (2%)
Zapalenie pęcherza moczowego	12 (2%)

Szpitalne oddziały ratunkowe w Krakowie

W 2023 roku, 196 dzieci (<18 lat) i 1073 dorosłych (≥18 lat) pacjentów otrzymało odpowiednio 209 i 1213 świadczeń realizowanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych w Krakowie. Pacjenci pediatryczni najczęściej korzystali ze szpitalnego oddziału ratunkowego w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie (183 świadczeń, 88%). Pacjenci dorośli najczęściej korzystali ze szpitalnych oddziałów ratunkowych w Wojskowym Szpitalu Klinicznym (443 świadczeń, 37%), Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie (309 świadczeń, 25%) lub w Szpitalu Miejskim Specjalistycznym im. Gabriela Narutowicza (265 świadczeń, 22%).

Tabele 24 i 25 przedstawiają najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów w szpitalnych oddziałach ratunkowych w Krakowie w 2023 roku. U pacjentów pediatrycznych i dorosłych były to urazy głowy i ból brzucha.

Tabela 24. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych ubezpieczonych w państwach UE lub EFTA, którzy otrzymali świadczenia w szpitalnych oddziałach ratunkowych w Krakowie w 2023 r.

Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Powierzchny uraz głowy	11 (5%)
Inny i nieokreślony ból brzucha	10 (5%)
Nudności i wymioty	10 (5%)
Otwarta rana głowy	10 (5%)
Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu	5 (2%)

Tabela 25. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów ubezpieczonych w państwach UE lub EFTA, którzy otrzymali świadczenia w szpitalnych oddziałach ratunkowych w Krakowie w 2023 r.

Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Inny i nieokreślony ból brzucha	59 (5%)
Powierzchny uraz powłok głowy	39 (3%)
Obserwacja w kierunku nieokreślonych chorób i stanów	35 (3%)
Skręcenie i naderwanie stawu skokowego	34 (3%)
Otwarta rana powłok głowy	31 (3%)
Ból w klatce piersiowej, nieokreślony	29 (2%)
Omdlenie i zapaść	20 (2%)
Otwarta rana palca (palców) bez uszkodzenia paznokcia	18 (1%)
Nieokreślona kolka nerkowa	17 (1%)
Zakażenie układu moczowego w części nieokreślonej	17 (1%)

Leczenie szpitalne stacjonarne w Krakowie

W 2023 roku, 86 dzieci (<18 lat) i 359 dorosłych (≥18 lat) pacjentów otrzymało odpowiednio 102 i 486 świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego stacjonarnego w placówkach medycznych w Krakowie. Pacjenci pediatryczni najczęściej byli hospitalizowani w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie (69 świadczeń, 68%) lub Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego (18 świadczeń, 18%).

Pacjenci dorośli najczęściej byli hospitalizowani w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie (147 świadczeń, 30%), Wojskowym Szpitalu Klinicznym (64 świadczeń, 13%) lub Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Jana Pawła II (51 świadczeń, 10%).

Tabele 26 i 27 przedstawiają najczęstsze rozpoznania u pacjentów w leczeniu szpitalnym stacjonarnym. U pacjentów pediatrycznych, najczęstszym rozpoznaniem była ostra białaczka limfoblastyczna. U pacjentów dorosłych, najczęstszymi rozpoznaniami były cykle chemioterapii nowotworów i ostry zawał serca.

Tabela 26. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych ubezpieczonych w państwach UE lub EFTA, którzy otrzymali świadczenia w leczeniu szpitalnym stacjonarnym w Krakowie w 2023 r.

Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Ostra białaczka limfoblastyczna	12 (12%)
COVID-19, wirus zidentyfikowany	5 (5%)

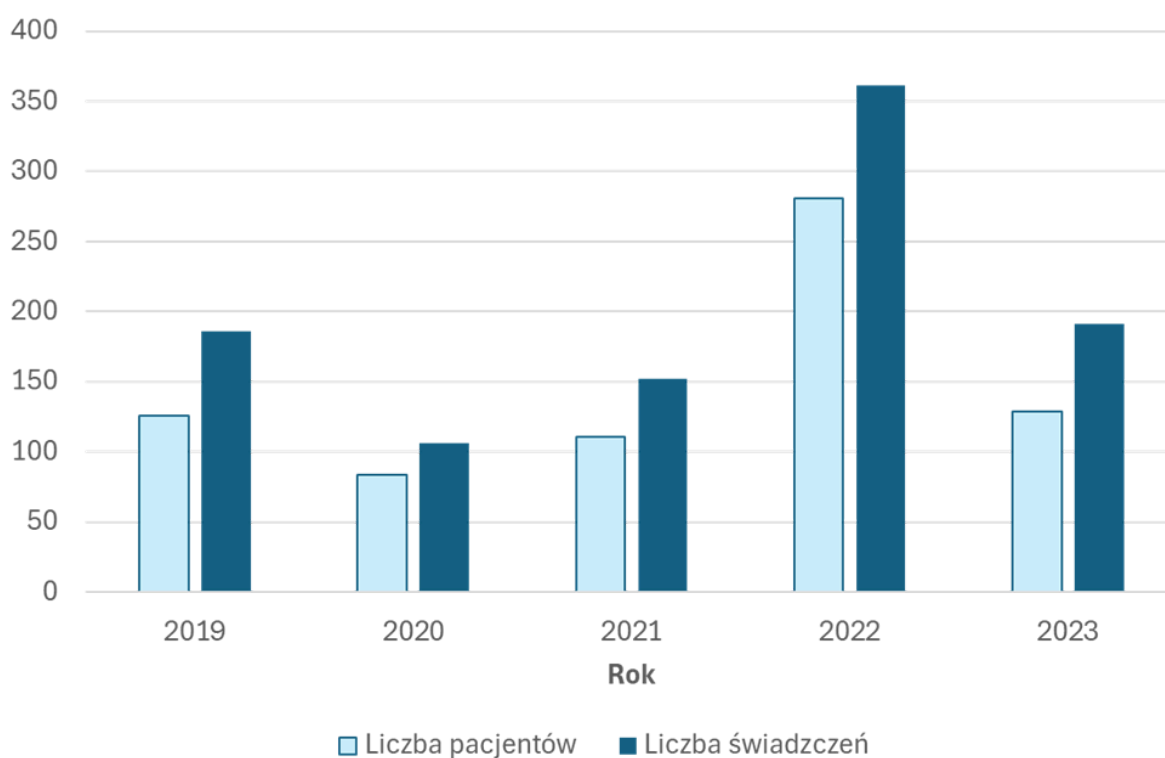
Tabela 27. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów ubezpieczonych w państwach UE lub EFTA, którzy otrzymali świadczenia w leczeniu szpitalnym stacjonarnym w Krakowie w 2023 r.

Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Cykle chemioterapii nowotworów	51 (10%)
Ostry zawał serca pełnościenny ściany przedniej	13 (3%)
Chłoniak nieziarniczy guzkowaty (grudkowy) (mieszany z małych wpuklonych (szczelinowatych = cleaved) i wielkich komórek, guzkowy	10 (2%)
Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, nieokreślone	10 (2%)
Ostry zawał serca podwosierdziowy	10 (2%)
Ostre zapalenie trzustki	8 (2%)
Nieokreślona niedokrwistość	6 (1%)
Poronienie chybione	6 (1%)
Ból zlokalizowany w innych okolicach podbrzusza	5 (1%)
Nieprawidłowe krwawienia maciczne i pochwowe, nieokreślone	5 (1%)

Korzystanie z opieki medycznej w Krakowie: osoby z innym statusem do świadczeń

Odrębną grupą pacjentów są osoby, które otrzymały status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy wydane w wyjątkowych okolicznościach („w celu połączenia się z rodziną”) i które otrzymały świadczenia w szczególnych okolicznościach (osoby które nie ukończyły 18. roku życia lub osoby w okresie ciąży, porodu lub połogu) lub osoby posiadające Kartę Polaka, które otrzymały świadczenia w stanach nagłych (dodatkowa informacja o definicjach znajduje się w opisie metodologii ilościowej części badania na początku raportu). Wykres 13 przedstawia, jak liczba tych pacjentów wahała się od 2019 roku.

Wykres 13. Liczba pacjentów z innym statusem do świadczeń sfinansowanych przez NFZ w Krakowie w latach 2019 do 2023



W 2023 roku 32 dzieci (<18 lat) i 97 dorosłych (≥18 lat) pacjentów, w tym 89% kobiet, otrzymało odpowiednio 44 i 147 świadczenia zdrowotne w Krakowie.

Struktura rodzaju tytułu do świadczeń była następująca:

- osoby, które miały status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy wydane w wyjątkowych okolicznościach i które były w okresie ciąży, porodu lub połogu⁸ - 133 świadczenia,
- osoby, które miały status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy wydane w wyjątkowych okolicznościach i które nie ukończyły 18. roku życia⁹ - 31 świadczeń,
- osoby posiadające Kartę Polaka, które otrzymały świadczenia w stanach nagłych¹⁰ - 27 świadczeń.

Tabela 28 przedstawia najczęstsze rozpoznania ICD-10, które były związane z opieką położniczą.

Tabela 28. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów z innym statusem do świadczeń sfinansowanych przez NFZ w Krakowie w 2023 r.

Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą	39 (20%)
Badanie przesiewowe w kierunku anomalii chromosomalnych	22 (11%)
Stany związane z ciążą, nie określone	14 (7%)
Nadzór zdrowotny i opieka nad innymi zdrowymi noworodkami i dzieckiem	10 (5%)
Nadzór nad ciążą prawidłową	6 (3%)

⁸ „osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy”

⁹ „osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy”

¹⁰ „świadczeniobiorcy inni niż ubezpieczeni - art. 12 pkt 9”

Studium przypadku - Pacjenci migranci ekonomiczni i przymusowi w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie

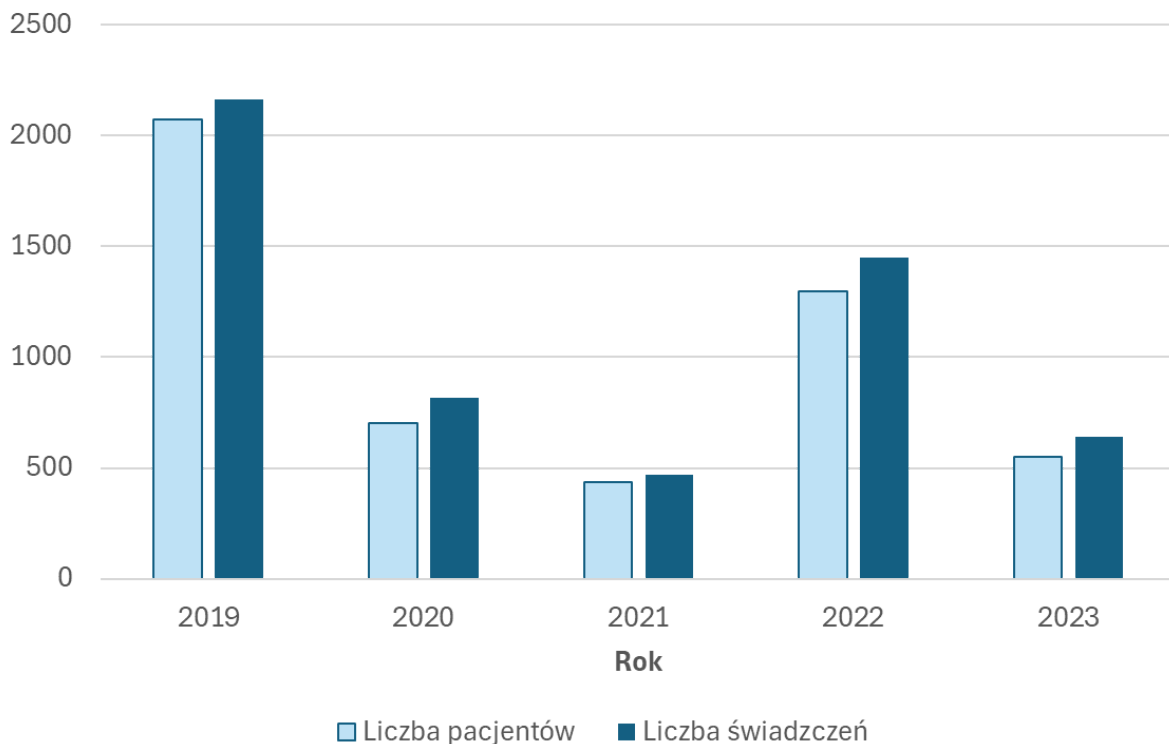
W związku z tym, iż nie jest możliwe naświetlenie pełnego obrazu korzystania przez migrantów ekonomicznych mieszkających w Krakowie z usług medycznych finansowanych przez NFZ (patrz informacje na temat ograniczeń analizy poniżej) postanowiliśmy pełniej naświetlić to w jaki sposób migranci korzystają z dwu najpopularniejszych placówek medycznych w mieście: Szpitala Uniwersyteckiego oraz Szpitala Dziecięcego. Poniższe analizy są traktowane jako studia przypadków i są efektem bliskiej współpracy zespołu badawczego z obiema placówkami medycznymi, które na potrzeby niniejszego opracowania udostępniły swoje szczegółowe dane.

Szpitalny oddział ratunkowy w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie

Jeśli chodzi o Szpital Uniwersyteckie w Krakowie to w 2023 roku, 551 pacjentów obcokrajowców z 66 krajów korzystało ze szpitalnego oddziału ratunkowego 641 razy, z czego 111 wizyt zakończyło się przyjęciem (17%).

Wykres 14 przedstawia liczbę pacjentów zgłaszających się do szpitalnych oddziałów ratunkowych między 2019 a 2023 rokiem. Należy odnotować spadek liczby pacjentów począwszy od roku 2022, wiążący się ze zmianami spowodowanymi epidemią COVID-19, jak również zmianą lokalizacji szpitala przeniesionego poza centrum Krakowa. W 2022 roku liczba pacjentów wzrosła, co najprawdopodobniej było związane z przybyciem migrantów przymusowych z Ukrainy.

Wykres 14. Liczba pacjentów obcokrajowców i świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 do 2023



Spośród świadczeń w 2023 roku, 280 udzielono osobom z nadanym numerem PESEL, 205 świadczeń udzielono osobom zarejestrowanym jako cudzoziemcy z UE/EFTA, 115 zostały udzielone cudzoziemcom spoza UE/EFTA, a 41 udzielono osobom z nienadany lub nieznanym numerem PESEL.

Tabela 29 przedstawia najczęstsze kraje pochodzenia pacjentów obcokrajowców w latach 2019 i 2023. Dwa najczęściej reprezentowane kraje nie zmieniły się na przestrzeni obu lat, ale rozkład proporcji świadczeń, których udzielono tym pacjentom się zmienił.

Wykres 15 przedstawia rozkład płci i wieku pacjentów w 2023 roku, wśród których przeważali młodszy pacjenci.

Tabela 29. Najczęstsze kraje pochodzenia pacjentów obcokrajowców w szpitalnym oddziale ratunkowym w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 i 2023

2019 rok		2023 rok	
Kraj pochodzenia	n (%)	Kraj pochodzenia	n (%)
Ukraina	459 (21%)	Ukraina	266 (41%)
Wielka Brytania	335 (15%)	Wielka Brytania	35 (5%)
Hiszpania	121 (6%)	Niemcy	29 (5%)
Włochy	117 (5%)	Francja	25 (4%)
Stany Zjednoczone Ameryki	110 (5%)	Norwegia	22 (3%)
Niemcy	109 (5%)	Stany Zjednoczone Ameryki	22 (3%)
Francja	86 (4%)	Włochy	21 (3%)
Norwegia	84 (4%)	Hiszpania	17 (3%)
Irlandia	55 (3%)	Białoruś	14 (2%)
Szwecja	48 (2%)	Węgry	13 (2%)

Wykres 15. Rozkład płci i wieku pacjentów obcokrajowców w szpitalnym oddziale ratunkowym w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w 2023 r.

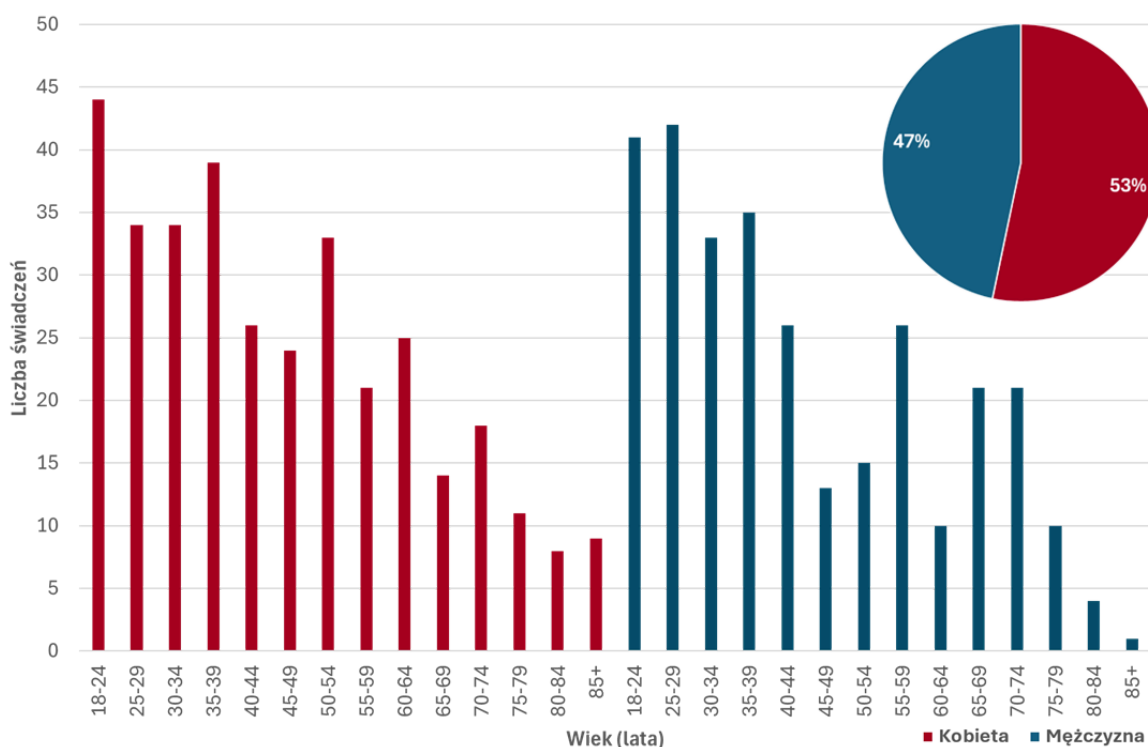


Tabela 30 przedstawia najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów w 2019 i 2023 roku. W 2023 wśród najczęstszych przypadków wyszczególniono ból brzucha, obserwację w kierunku nieokreślonych chorób i stanów i ból w klatce piersiowej. Dla porównania w 2019 roku najczęściej rejestrowano urazy głowy.

Tabela 30. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów obcokrajowców w szpitalnym oddziale ratunkowym w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 i 2023

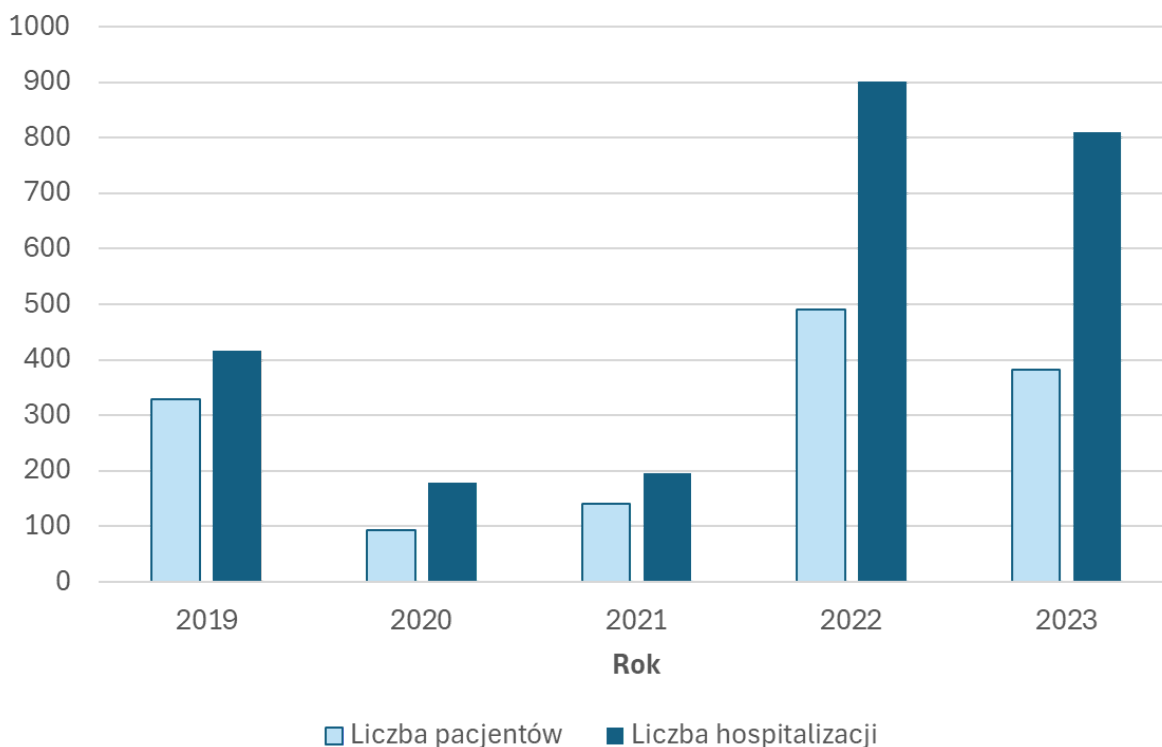
2019 rok		2023 rok	
Rozpoznanie ICD-10	n (%)	Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Powierzchny uraz powłok głowy	90 (4%)	Inny i nieokreślony ból brzucha	50 (8%)
Otwarta rana powłok głowy	81 (4%)	Obserwacja w kierunku nieokreślonych chorób i stanów	35 (5%)
Skręcenie i naderwanie stawu skokowego	78 (4%)	Ból w klatce piersiowej, nieokreślony	23 (4%)
Inny i nieokreślony ból brzucha	73 (3%)	Nieznane i niedokładnie określone przyczyny chorobowości	22 (3%)
Ból w klatce piersiowej, nieokreślony	55 (3%)	Powierzchny uraz powłok głowy	12 (2%)
Nieokreślony uraz głowy	45 (2%)	Zakażenie układu moczowego w części nieokreślonej	12 (2%)
Nieokreślona kolka nerkowa	44 (2%)	Nudności i wymioty	11 (2%)
Nieznane i niedokładnie określone przyczyny chorobowości	44 (2%)	Ból głowy	10 (2%)
Obserwacja w kierunku nieokreślonych chorób i stanów	41 (2%)	Ból zlokalizowany w nadbrzuszu	10 (2%)
Omdlenie i zapaść	39 (2%)	Ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej	9 (1%)

Hospitalizacje w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie

W 2023 roku, 383 pacjentów obcokrajowców z 51 krajów było hospitalizowanych 810 razy. Większość hospitalizacji zakończyła się wypisem do domu (n=753, 93%).

Liczba pacjentów w 2023 roku spadła w porównaniu z rokiem 2022, kiedy było ich 490. Wykres 16 ukazuje liczbę pacjentów i hospitalizacji w Szpitalu Uniwersyteckim między 2019 i 2023.

Wykres 16. Liczba pacjentów obcokrajowców i hospitalizacji w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 do 2023



Spośród świadczeń udzielonych pacjentom hospitalizowanym w roku 2023, 631 otrzymali cudzoziemcy spoza krajów UE/EFTA, 107 pacjenci, którzy pochodzili z UE/EFTA, 62 pacjenci, którzy mieli nienadany lub nieznaną numer PESEL, natomiast 10 otrzymali pacjenci, którzy mieli już nadany numer PESEL.

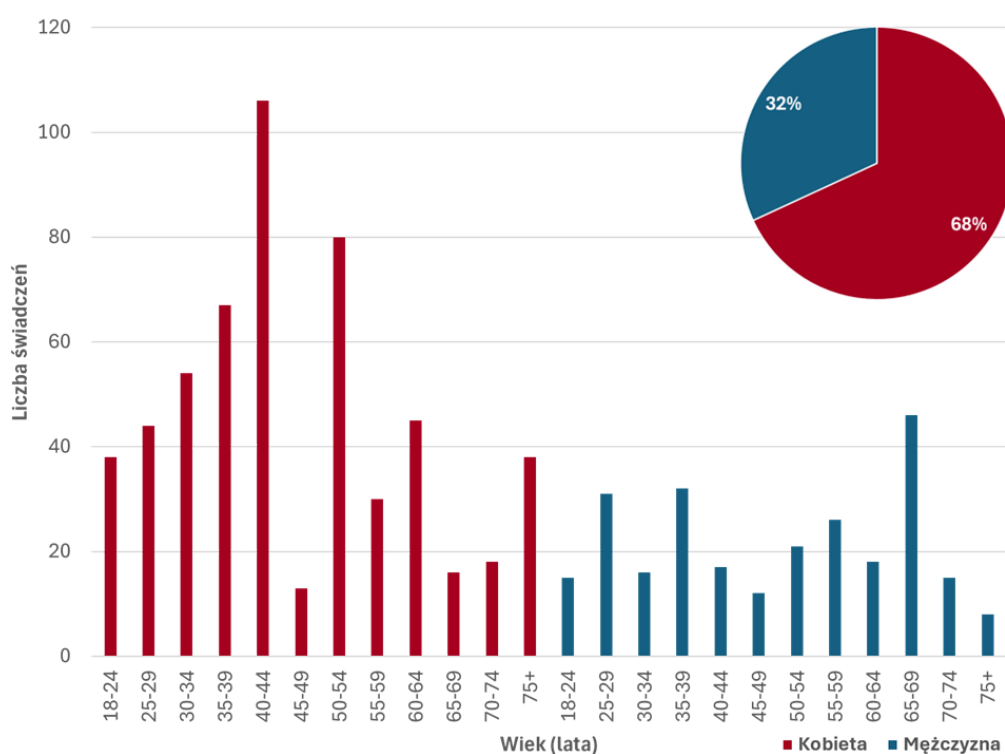
Tabela 31 przedstawia najczęstsze kraje pochodzenia pacjentów obcokrajowców w latach 2019 i 2023. Najwięcej pacjentów pochodziło z Ukrainy i ta sytuacja nie zmieniła się na przełomie lat 2019-2023.

Wykres 17 przedstawia rozkład płci i wieku pacjentów w 2023 roku, wśród których przeważały kobiety.

Tabela 31. Najczęstsze kraje pochodzenia pacjentów obcokrajowców hospitalizowanych w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 i 2023

2019 rok		2023 rok	
Kraj pochodzenia	n (%)	Kraj pochodzenia	n (%)
Ukraina	158 (38%)	Ukraina	618 (76%)
Wielka Brytania	38 (9%)	Białoruś	17 (2%)
Stany Zjednoczone Ameryki	21 (5%)	Stany Zjednoczone Ameryki	15 (2%)
Niemcy	20 (5%)	Rosja	13 (2%)
Włochy	19 (5%)	Niemcy	12 (1%)
Francja	18 (4%)	Belgia	11 (1%)
Norwegia	11 (3%)	Francja	11 (1%)
Szwecja	11 (3%)	Holandia	11 (1%)
Holandia	10 (2%)	Włochy	10 (1%)
Austria	9 (2%)	Indie	7 (1%)

Wykres 17. Rozkład płci i wieku pacjentów obcokrajowców hospitalizowanych w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w 2023 r.



Najczęstsze oddziały przyjęcia były oddział onkologiczny (n=233, 29%), oddział położniczo-ginekologiczny (n=81, 10%) i oddział chirurgiczny ogólny (n=65, 8%). Tabela 32 przedstawia najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów w latach 2019 i 2023 – cykle chemioterapii nowotworów.

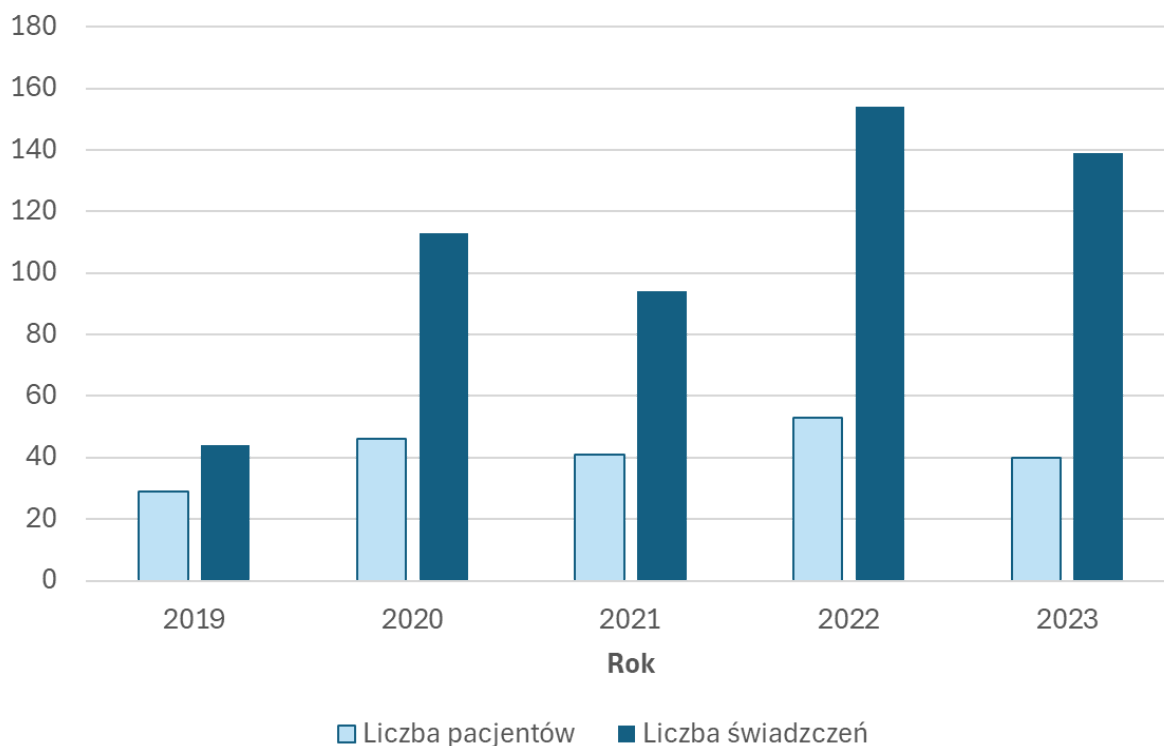
Tabela 32. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów obcokrajowców hospitalizowanych w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 i 2023

2019 rok		2023 rok	
Rozpoznanie ICD-10	n (%)	Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Cykle chemioterapii nowotworów	30 (7%)	Cykle chemioterapii nowotworów	194 (24%)
Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, nieokreślone	11 (3%)	Nowotwór złośliwy (sutek, nie określony)	24 (3%)
Złamanie szyjki kości udowej	11 (3%)	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego, nieokreślone	19 (2%)
Choroba wywołana przez HIV, której skutkiem są inne określone stany chorobowe	8 (2%)	Choroba Hodgkina (stwardnienie guzkowe)	18 (2%)
Kamica pęcherzyka żółciowego bez zapalenia pęcherzyka żółciowego	8 (2%)	Inne określone zaburzenia otrzewnej	14 (2%)
Etanol	6 (1%)	Nowotwór złośliwy sutka	14 (2%)
Nowotwór złośliwy (spojówka)	6 (1%)	Szpiczak mnogi	14 (2%)
Ogniskowy uraz mózgu	6 (1%)	Nowotwór złośliwy jelita grubego	11 (1%)
Nowotwór złośliwy sutka	5 (1%)	Nowotwór złośliwy (naczyniówka)	9 (1%)
Ostry zawał serca podwiersrdziowy	5 (1%)	Poronienie chybione	9 (1%)

Wizyty w poradniach w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie

W 2023 roku, 40 pacjentów obcokrajowców z 13 krajów otrzymało 139 świadczeń w poradniach Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie (Wykres 18). Był to spadek liczby pacjentów w porównaniu z rokiem 2022 - 53. Biorąc pod uwagę niewielką liczbę świadczeń, istnieje prawdopodobieństwo, że pacjenci obcokrajowcy nie są w pełni zidentyfikowani w bazie danych.

Wykres 18. Liczba pacjentów obcokrajowców i świadczeń w poradniach Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 do 2023 r.



Większość pacjentów miała nadany numer PESEL (132 z 139 otrzymanych świadczeń). Tabela 33 przedstawia najczęściej występujące kraje pochodzenia pacjentów obcokrajowców w latach 2019 i 2023. Najwięcej pacjentów pochodziło z Ukrainy i ta sytuacja nie zmieniła się na przełomie lat 2019-2023.

Tabela 33. Najczęstsze kraje pochodzenia pacjentów obcokrajowców, którzy mieli wizyty w poradniach Szpitalu Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2019 i 2023

2019 rok		2023 rok	
Kraj pochodzenia	n (%)	Kraj pochodzenia	n (%)
Ukraina	17 (39%)	Ukraina	94 (68%)
Hiszpania	6 (14%)	Białoruś	15 (11%)
Norwegia	5 (12%)	Pakistan	6 (4%)

Najczęściej korzystano z poradni lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (n=78, 56%) i poradni endokrynologiczno-ginekologicznej (n=45, 32%). Tabela 34 przedstawia najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów w 2023 roku – obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne.

Tabela 34. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów obcokrajowców, którzy mieli wizyty w poradniach Szpitalu Uniwersyteckiego w Krakowie w 2023 r.

Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	34 (24%)
Niepłodność męska	22 (16%)
Niepłodność kobieca	16 (12%)
Osoby stykające się ze służbą zdrowia w celu uzyskania konsultacji i porad innych niż sklasyfikowane gdzie indziej	7 (5%)
Powtórne recepty	7 (5%)

Studium przypadku - Pacjenci migranci ekonomiczni i przymusowi w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim

Szpitalny oddział ratunkowy w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim

W 2023 roku, 2359 pacjentów obcokrajowców z 70 krajów korzystało 2789 razy ze szpitalnego oddziału ratunkowego (Wykres 19). Oznaczało to spadek liczby pacjentów w porównaniu z rokiem 2022, kiedy 3895 pacjentów było przyjętych 4724 razy w szpitalnym oddziale ratunkowym. Wzrost liczby pacjentów w roku 2022 wyjaśnia przyjazd migrantów przymusowych z Ukrainy.

Wykres 19. Liczba pacjentów obcokrajowców i świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 do 2023

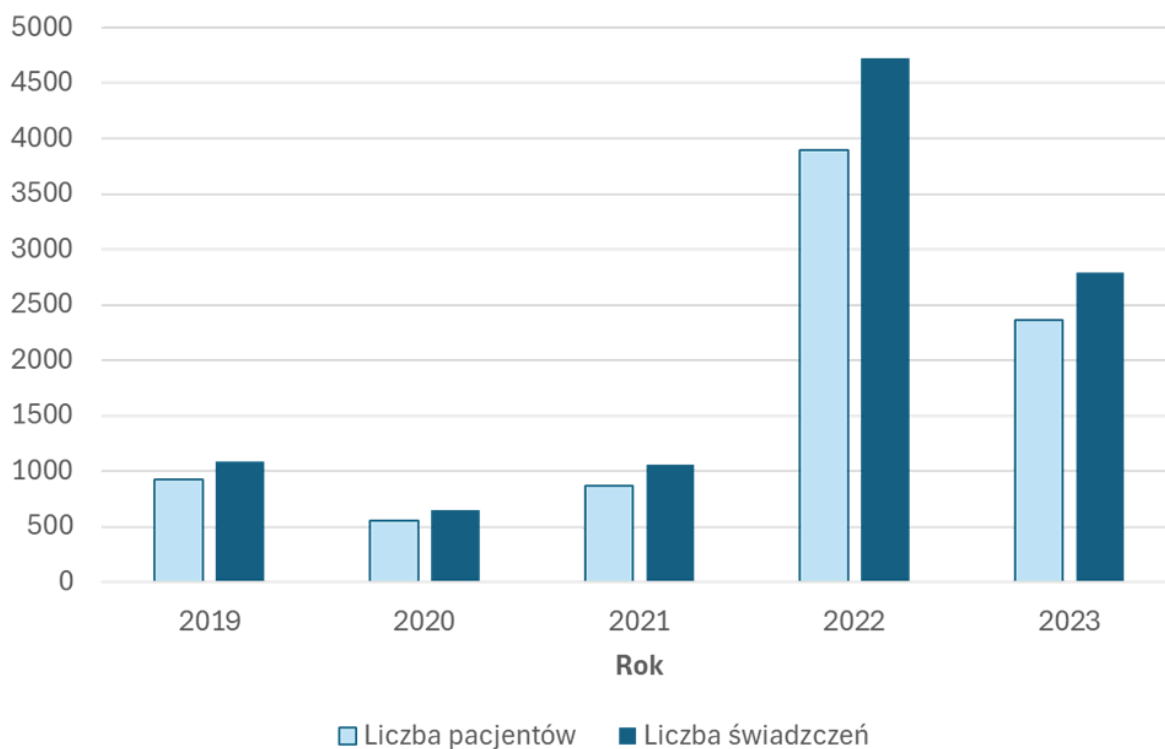
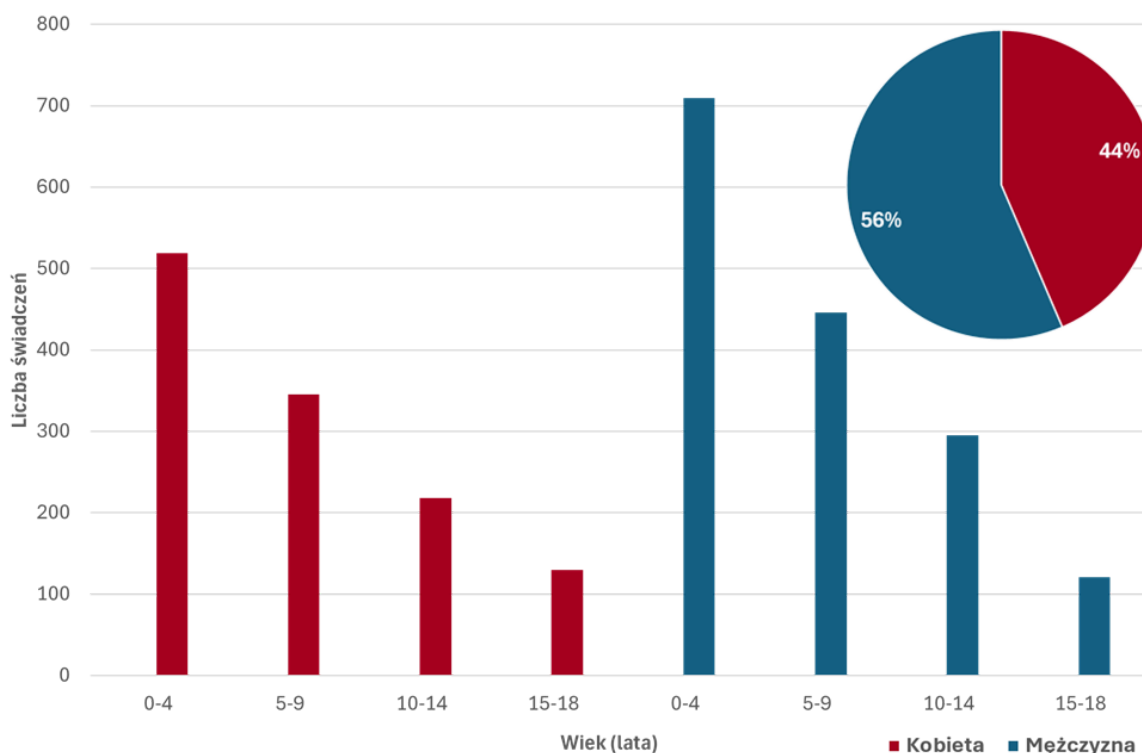


Tabela 35 przedstawia kraje pochodzenia pacjentów w latach 2019 i 2023. Najczęstszy kraj pochodzenia pozostał bez zmian przez te lata (Ukraina), jednakże tym pacjentom przypadła również w udziale większa część świadczeń udzielanych wszystkim pacjentom-obcokrajowcom w roku 2023. Wykres 20 przedstawia rozkład płci i wieku pacjentów, wśród których przeważali najmłodsi pacjenci i chłopcy.

Tabela 35. Najczęstsze kraje pochodzenia pacjentów obcokrajowców w szpitalnym oddziale ratunkowym w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w latach 2019 i 2023

2019 rok		2023 rok	
Kraj pochodzenia	n (%)	Kraj pochodzenia	n (%)
Ukraina	373 (34%)	Ukraina	2021 (72%)
Wielka Brytania	113 (10%)	Białoruś	120 (4%)
Niemcy	59 (5%)	Wielka Brytania	72 (3%)
Włochy	38 (3%)	Niemcy	55 (2%)
Stany Zjednoczone Ameryki	36 (3%)	Rosja	52 (2%)
Francja	33 (3%)	Indie	33 (1%)
Austria	32 (3%)	Austria	23 (1%)
Norwegia	32 (3%)	Norwegia	23 (1%)
Rosja	31 (3%)	Stany Zjednoczone Ameryki	22 (1%)
Irlandia	24 (2%)	Włochy	22 (1%)

Wykres 20. Rozkład płci i wieku pacjentów obcokrajowców w szpitalnym oddziale ratunkowym w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w 2023 r.



Wykres 21 przedstawia rozkład grup triażu według systemu Emergency Severity Index (ESI) od priorytetu 1 (natychmiastowa interwencja ratująca życie) do priorytetu 5 (stabilny stan, niewymagający interwencji) w latach 2019 i 2023. Najwięcej pacjentów w obu latach otrzymała priorytet 3 lub 4. W 2023 odnotowano niewielki wzrost wizyt zakwalifikowanych na poziomie 4, w porównaniu z rokiem 2019 (64% i 58%).

Wykres 21. Rozkład grupy triage świadczeń u obcokrajowców w szpitalnym oddziale ratunkowym w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w latach 2019 i 2023

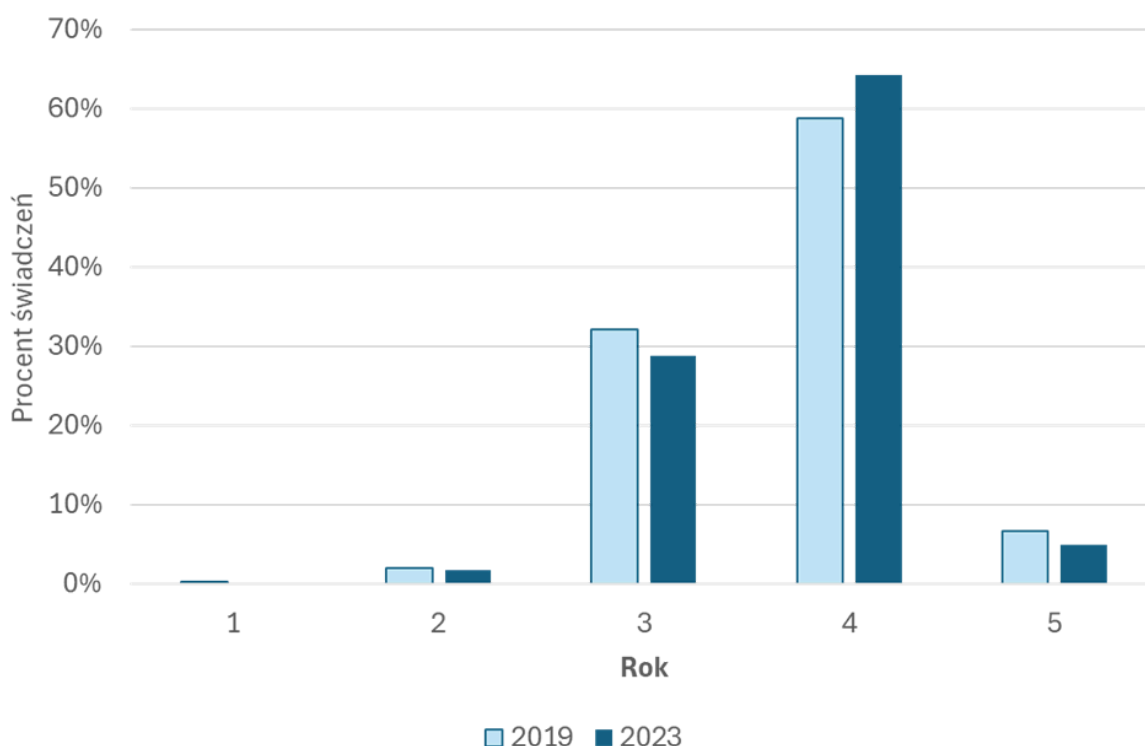


Tabela 36 przedstawia najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów w latach 2019 i 2023 – choroby żołądkowo-jelitowe i urazy głowy.

Tabela 35. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów obcokrajowców w szpitalnym oddziale ratunkowym w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w latach 2019 i 2023

2019 rok		2023 rok	
Rozpoznanie ICD-10	n (%)	Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Powierzchnowy uraz powłok głowy	48 (4%)	Inny i nieokreślony ból brzucha	156 (6%)
Obserwacja w kierunku podejrzewanych innych chorób i stanów	43 (4%)	Nudności i wymioty	120 (4%)
Otwarta rana powłok głowy	43 (4%)	Powierzchnowy uraz głowy	116 (4%)
Nudności i wymioty	39 (4%)	Otwarta rana głowy	101 (4%)
Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu	36 (3%)	Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu	71 (3%)
Gorączka, nieokreślona	34 (3%)	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	61 (2%)
Inny i nieokreślony ból brzucha	33 (3%)	Zabiegi niewykonane z powodu decyzji pacjenta wynikającej z innych nieokreślonych przyczyn	53 (2%)
Stłuczenie palca (palców) bez uszkodzenia paznokcia	30 (3%)	Ból w okolicy brzucha i miednicy	50 (2%)
Obserwacja w kierunku nieokreślonych chorób i stanów	26 (2%)	Grypa wywołana zidentyfikowanym wirusem	48 (2%)
Skręcenie i naderwanie stawu skokowego	22 (2%)	Gorączka, nieokreślona	47 (2%)

Hospitalizacje w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim

W 2023 roku, 735 pacjentów obcokrajowców z 43 krajów było hospitalizowanych 1220 razy (Wykres 22). Stanowiło to spadek liczby pacjentów i hospitalizacji w porównaniu z rokiem 2022 (odpowiednio: 1010 i 1409). Tak, jak opisano powyżej,

odnotowano wzrost liczby pacjentów i hospitalizacji począwszy od roku 2022, co wiąże się z przyjazdem migrantów przymusowych z Ukrainy.

Wykres 22. Liczba pacjentów obcokrajowców i hospitalizacji w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 do 2023

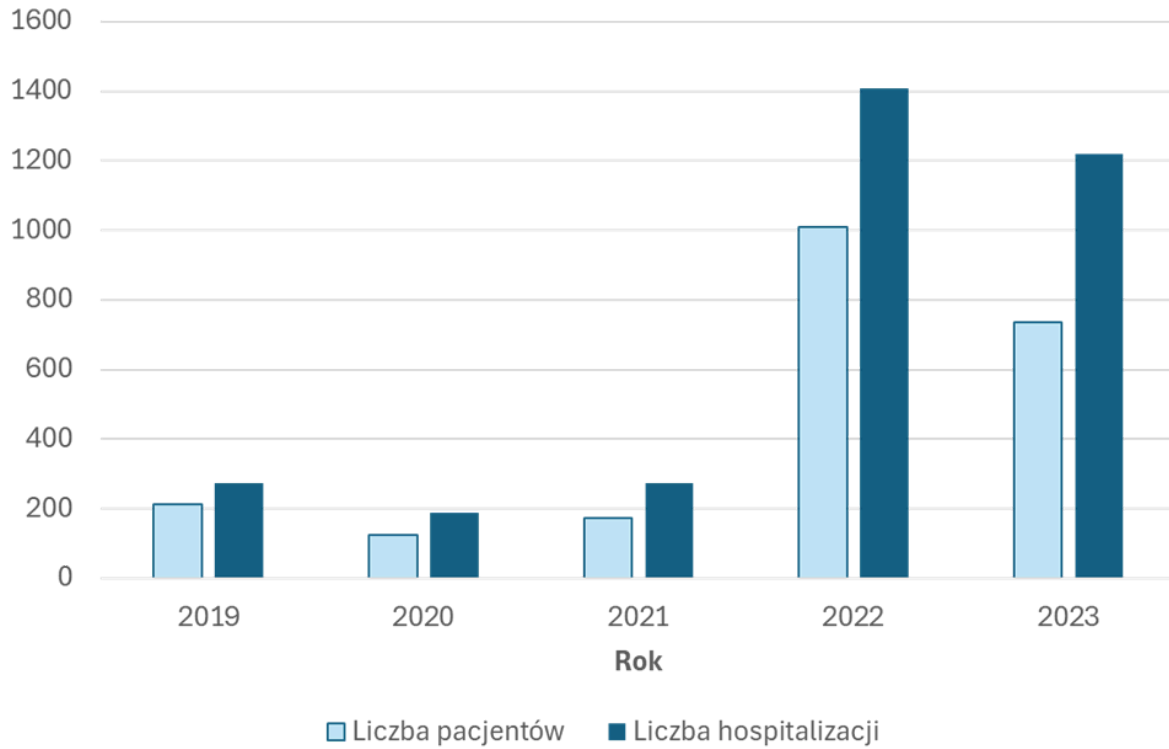


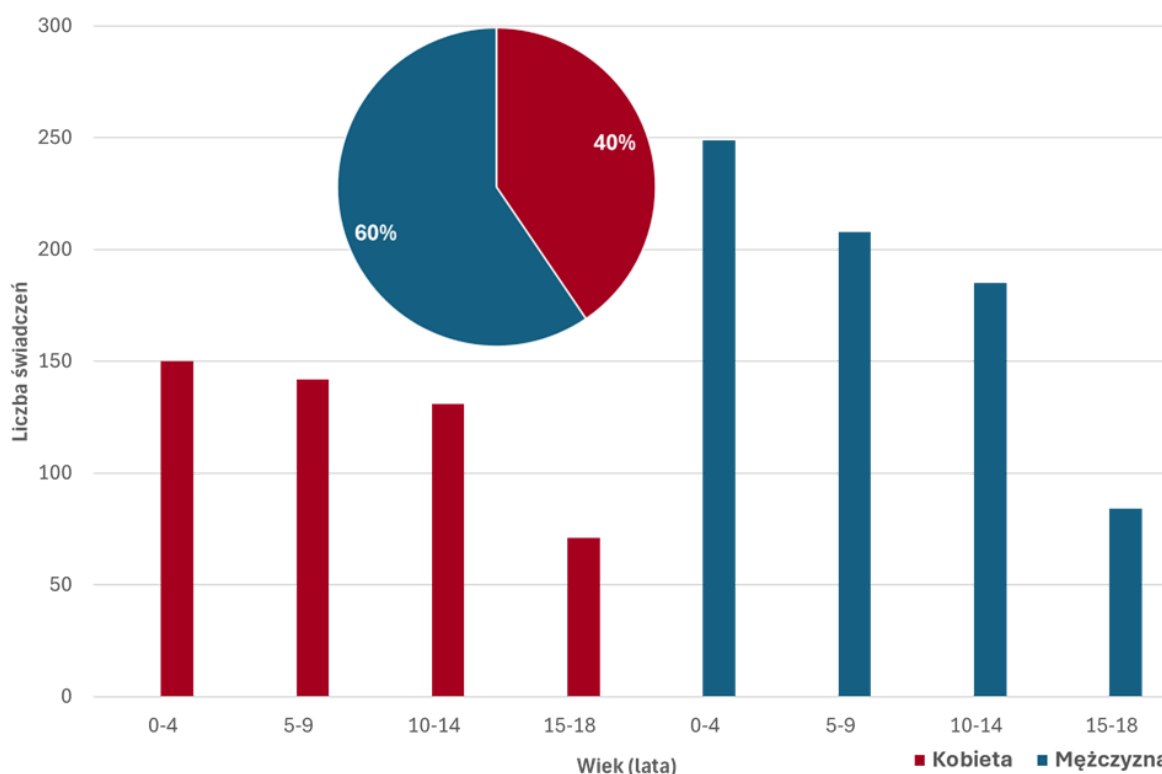
Tabela 36 przedstawia kraje pochodzenia pacjentów obcokrajowców w latach 2019 i 2023. Najczęstszym krajem pochodzenia była Ukraina w obu latach. Inne kraje pochodzenia to Rosja, Białoruś i Wielka Brytania.

Wykres 23 przedstawia rozkład płci i wieku pacjentów, wśród których przeważali chłopcy.

Tabela 36. Najczęstsze kraje pochodzenia pacjentów obcokrajowców hospitalizowanych w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w latach 2019 i 2023

2019 rok		2023 rok	
Kraj pochodzenia	n (%)	Kraj pochodzenia	n (%)
Ukraina	97 (36%)	Ukraina	990 (81%)
Wielka Brytania	37 (14%)	Rosja	40 (3%)
Rosja	21 (8%)	Białoruś	36 (3%)
Niemcy	15 (6%)	Wielka Brytania	26 (2%)
Stany Zjednoczone	10 (4%)	Irlandia	14 (1%)
Włochy	9 (3%)	Niemcy	12 (1%)
Irlandia	7 (3%)	Brazylia	7 (1%)

Wykres 23. Rozkład płci i wieku pacjentów obcokrajowców hospitalizowanych w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w 2023 r.



W 2023 roku najczęstsze przyjęcia były na oddział onkologii i hematologii (n=234, 19%), oddział chirurgii dziecięcej (n=176, 14%) i oddział pediatrii, reumatologii i

chorób środowiskowych (n=168, 14%). Tabela 37 przedstawia najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów w latach 2019 i 2023. W 2019 roku były to choroby żołądkowo-jelitowe, a w 2023 roku były to cykle chemioterapii nowotworów.

Tabela 37. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów obcokrajowców hospitalizowanych w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w latach 2019 i 2023

2019 rok		2023 rok	
Rozpoznanie ICD-10	n (%)	Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu	10 (4%)	Cykle chemioterapii nowotworów	87 (7%)
Zapalenie płuc wywołane innymi bakteriami	9 (3%)	Inne postacie choroby Crohna	48 (4%)
Padaczka, nieokreślona	8 (3%)	Nowotwory złośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich - tkanka łączna i tkanka miękka kończyny dolnej łącznie z biodrem	44 (4%)
Nieżyt jelitowy wywołany przez rotawirusy	7 (3%)	Zaburzenia metaboliczne, nie określone	36 (3%)
Zakażenia wirusowe jelit, nie określone	6 (2%)	Inne dziedziczne zaniki mięśni pochodzenia rdzeniowego	25 (2%)
Inne dziedziczne zaniki mięśni pochodzenia rdzeniowego	5 (2%)	Cukrzyca insulinozależna - bez powikłań	22 (2%)
Nadmierna utrata płynów	5 (2%)	Ostra białaczka limfoblastyczna	21 (2%)
Nieprawidłowe wchłanianie jelitowe, nie określone	5 (2%)	Padaczka, nieokreślona	21 (2%)
Nieżyt jelitowy wywołany przez inne wirusy	5 (2%)	Samoistna plamica małopłytkowa	21 (2%)
Nowotwory złośliwe nerwów obwodowych i autonomicznego układu nerwowego - nerwy obwodowe i autonomiczny układ nerwowy, nieokreślone	5 (2%)	Nieokreślone bakteryjne zapalenie płuc	20 (2%)

Wizyty w poradniach w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim

W 2023 roku 1889 pacjentów obcokrajowców z 49 krajów odbyło 6420 wizyt w poradniach (Wykres 24). To oznaczało wzrost w porównaniu z liczbą pacjentów i świadczeń w roku 2022 (odpowiednio: 1398 i 4612).

Liczba pacjentów i świadczeń w poradniach wzrosła znacząco w 2022 roku wraz z przyjazdem uchodźców z Ukrainy. Te liczby wzrosły ponownie w roku 2023, prawdopodobnie ze względu na pełne korzystanie z usług ambulatoryjnych przez tych pacjentów.

Wykres 24. Liczba pacjentów obcokrajowców i świadczeń w poradniach Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 do 2023

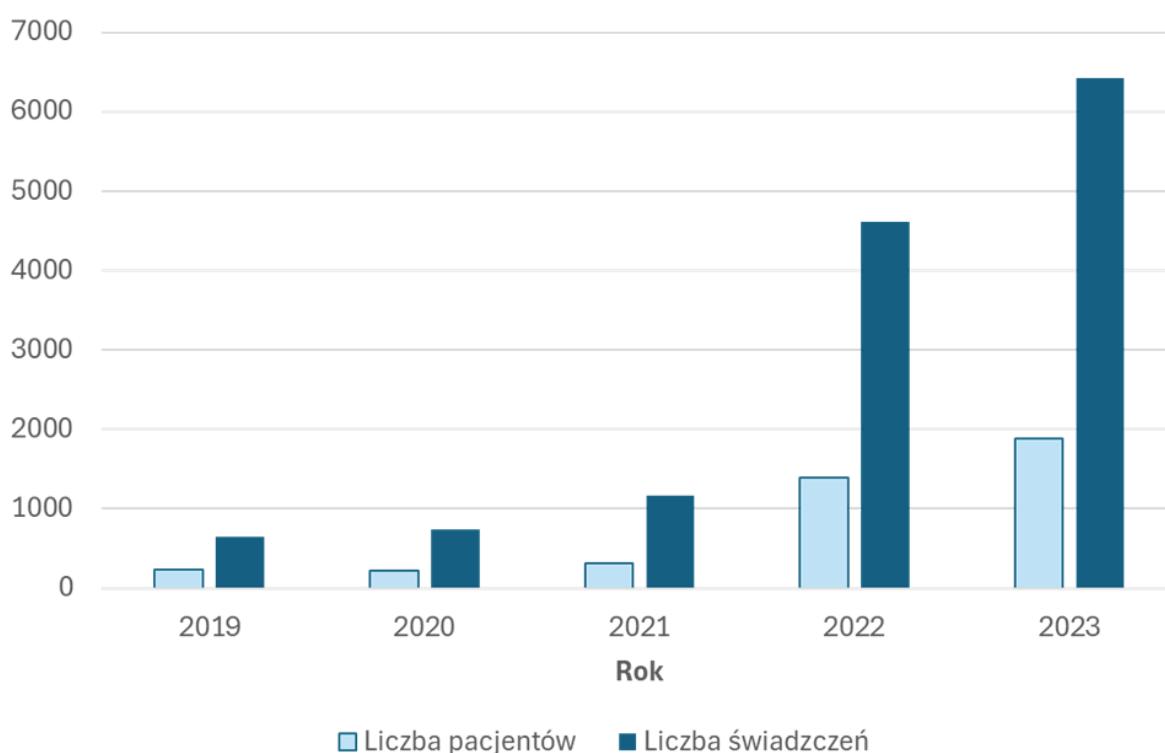


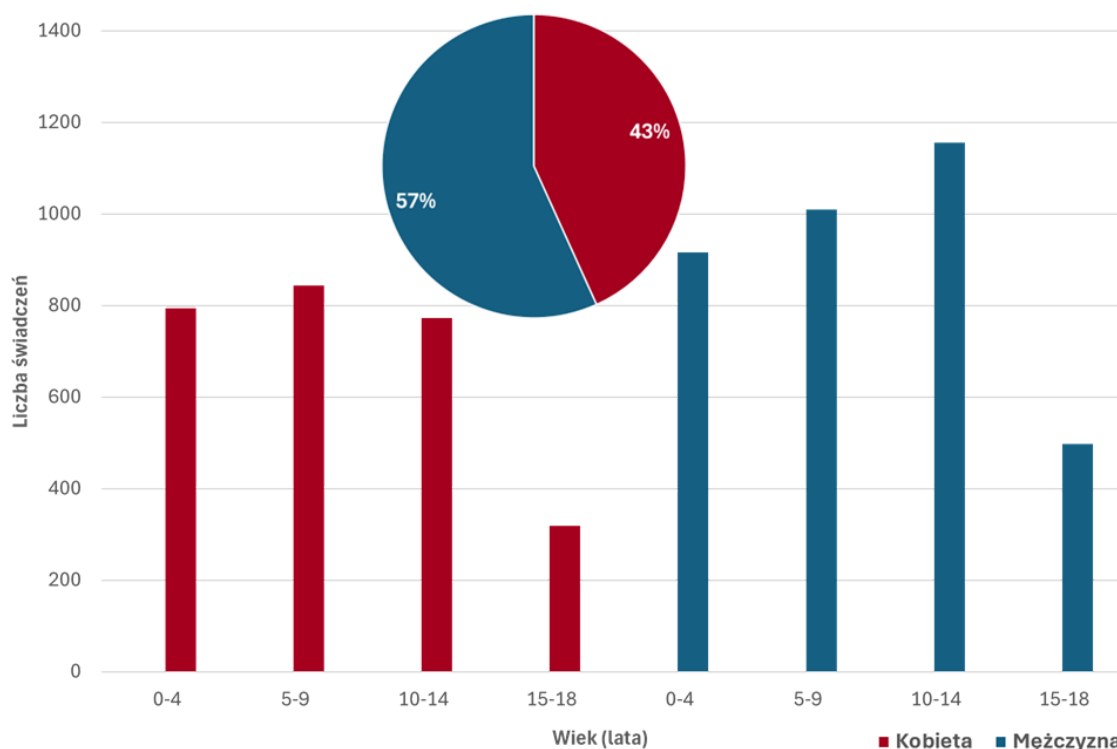
Tabela 38 przedstawia najczęstsze kraje pochodzenia pacjentów obcokrajowców w latach 2019 i 2023. Jak poprzednio, większość pacjentów pochodziła z Ukrainy i odnotowano to w obu latach.

Wykres 25 przedstawia rozkład płci i wieku pacjentów, wśród których przeważali chłopcy.

Tabela 38. Najczęstsze kraje pochodzenia pacjentów obcokrajowców, którzy mieli wizyty w poradniach w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w latach 2019 i 2023

2019 rok		2023 rok	
Kraj pochodzenia	n (%)	Kraj pochodzenia	n (%)
Ukraina	358 (56%)	Ukraina	5509 (86%)
Wielka Brytania	62 (10%)	Białoruś	181 (3%)
Turcja	39 (6%)	Rosja	166 (3%)
Rosja	24 (4%)	Wielka Brytania	135 (2%)
Niemcy	15 (2%)	Niemcy	53 (1%)
Włochy	14 (2%)	Brazylia	35 (1%)
Austria	13 (2%)	Irlandia	32 (<1%)
Irlandia	13 (2%)	Indie	22 (<1%)
Słowacja	9 (1%)	Włochy	20 (<1%)
Indie	8 (1%)	Norwegia	16 (<1%)

Wykres 25. Rozkład płci i wieku pacjentów obcokrajowców, którzy mieli wizyty w poradniach w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w 2023 r.



Najczęściej korzystano z Poradni Ortopedyczno-Traumatologicznej Narządu Ruchu (n=1602, 25%), Zakładu Fizjoterapii (n=773, 12%) i Poradni Onkologii i Hematologii Dziecięcej (n=650, 10%). Tabela 39 przedstawia rozpoznania ICD-10 u pacjentów którzy pojawili się w poradniach w latach 2019 i 2023. Najczęściej przybywali z chorobami przewlekłymi.

Tabela 39. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów obcokrajowców, którzy mieli wizyty w poradniach Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w latach 2019 i 2023

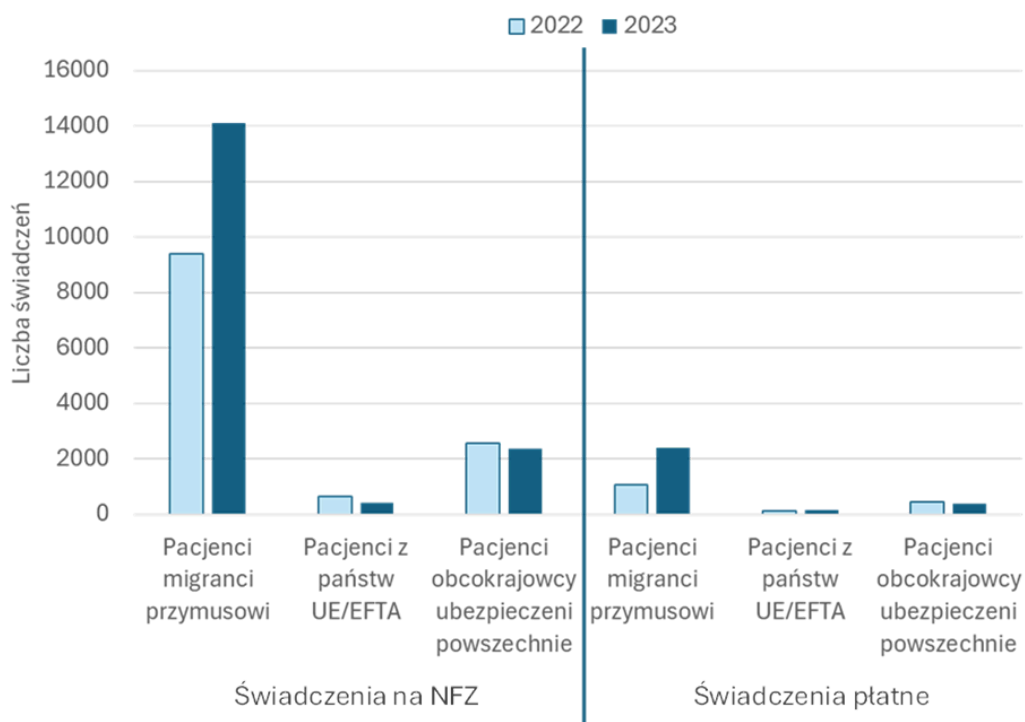
2019 rok		2023 rok	
Rozpoznanie ICD-10	n (%)	Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	77 (12%)	Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	327 (5%)
Zespół Downa - trisomia 21, meiotyczna nierozdzielność	42 (7%)	Cukrzyca insulinozależna	159 (2%)
Złamanie barku i ramienia	23 (4%)	Przewlekła niewydolność nerek - schyłkowa niewydolność nerek	156 (2%)
Brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego	18 (3%)	Inne zaburzenia krzepnięcia - Choroba Von Willebranda	154 (2%)
Złamanie przedramienia	18 (3%)	Złamanie przedramienia	115 (2%)
Samoistna plamica małopłytkowa	11 (2%)	Ostra białaczka limfoblastyczna	85 (1%)
Złamanie kości udowej	11 (2%)	Skręcenie i naderwanie stawu skokowego	83 (1%)
Złamanie podudzia łącznie ze stawem skokowym	11 (2%)	Złamanie podudzia łącznie ze stawem skokowym	82 (1%)
Inne objawy i oznaki chorobowe dotyczące układu krążenia	10 (2%)	Nowotwory złośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich	74 (1%)
Nieokreślone zaburzenia przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych	10 (2%)	Złamanie innego palca	72 (1%)

Studium przypadku - Pacjenci migranci ekonomiczni i przymusowi korzystający ze świadczeń Scanmed

Aby uzyskać jeszcze pełniejszy obraz korzystania z usług ochrony zdrowia przez pacjentów-obcokrajowców, wystąpiliśmy z prośbą o dane największych firm - dostawców usług medycznych w Krakowie. Jedną z firm, która odpowiedziała na prośbę i dostarczyła dane o świadczeniach medycznych w 2022 i 2023 r. w swoich placówkach w Małopolsce – wszystkie, oprócz jednej w Nowym Sączu, znajdowały się w Krakowie – była Scanmed. W analizie uwzględniono pacjentów zagranicznych, którzy byli ubezpieczeni w NFZ jako przymusowi migranci, pacjentów ubezpieczonych w krajach UE lub EFTA lub pacjentów ubezpieczonych powszechnie, ale odnotowanych w systemie firmy jako obcokrajowcy. Informacje na temat kraju pochodzenia były niedostępne.

Wykres 26 ukazuje liczbę świadczeń w placówkach Scanmedu w Małopolsce realizowanych na NFZ i płatnych w latach 2022 i 2023.

Wykres 26. Liczba świadczeń pacjentów obcokrajowców w placówkach Scanmedu w Małopolsce na NFZ i płatnych w latach 2022 i 2023



Pośród pacjentów obcokrajowców otrzymujących świadczenia finansowane przez NFZ, pacjenci migranci przymusowi tworzyli najliczniejszą grupę pacjentów z 9388 świadczeniami w 2022 roku i 14114 świadczeniami w 2023 roku. Pacjenci obcokrajowcy ubezpieczeni powszechnie otrzymali 2561 świadczeń w 2022 i 2347 świadczeń w 2023 na NFZ. Ponadto zaobserwowano wzrost świadczeń płatnych wśród pacjentów migrantów przymusowych z 1060 w 2022 do 2407 w 2023. Pacjenci obcokrajowcy ubezpieczeni powszechnie otrzymali 362 świadczeń płatnych w 2023 roku.

Tabela 40. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów migrantów przymusowych, którzy mieli wizyty na NFZ w placówkach Scanmedu w Małopolsce w latach 2022 i 2023

2022 rok		2023 rok	
Rozpoznanie ICD-10	n (%)	Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	416 (4%)	Opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą	707 (5%)
Próchnica zębów	416 (4%)	Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	621 (4%)
Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	288 (3%)	Próchnica zębów	599 (4%)
Porażenie połowicze, nieokreślone	245 (3%)	Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	571 (4%)
Ogólne badania lekarskie osób bez dolegliwości i rozpoznania choroby	238 (3%)	Następstwa zawału mózgu	429 (3%)
Opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą	233 (2%)	Próchnica ograniczona do szkliwa	413 (3%)
Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie)	219 (2%)	Ogólne badania lekarskie osób bez dolegliwości i rozpoznania choroby	359 (3%)
Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	186 (2%)	Ostry zawał serca pełnościenny ściany przedniej	241 (2%)
Zapalenie dziąseł i choroby przyzębia	167 (2%)	Złogi nazębne	234 (2%)
Badanie dentystryczne	118 (1%)	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym	212 (2%)

Tabela 40 przedstawia najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów migrantów przymusowych na NFZ w latach 2022 i 2023. W 2023 roku były to opieka położnicza, nadciśnienie i próchnica zębów. Dla porównania w 2022 roku najczęstsze rozpoznania dotyczyły nadciśnienia i próchnicy zębów.

Tabela 41 przedstawia najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów migrantów przymusowych, którzy otrzymali płatne świadczenia w latach 2022 i 2023. W 2022 roku pacjenci najczęściej otrzymywali świadczenia stomatologiczne, oraz te związane z chorobami przewlekłymi, nowotworami i opieką ginekologiczną. w 2023, najwięcej rozpoznań było związanych z położnictwem-ginekologią.

Tabela 41. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów-migrantów przymusowych, którzy mieli płatne wizyty w placówkach Scanmedu w Małopolsce w latach 2022 i 2023

2022 rok		2023 rok	
Rozpoznanie ICD-10	n (%)	Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	26 (2%)	Badanie ginekologiczne (ogólne) (rutynowe)	238 (10%)
Próchnica zębów	22 (2%)	Nadzór nad prawidłową pierwszą ciążą	116 (5%)
Badanie ginekologiczne (ogólne) (rutynowe)	20 (2%)	Ciąża potwierdzona	65 (3%)
Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	15 (1%)	Ogólne badania lekarskie osób bez dolegliwości i rozpoznania choroby	44 (2%)
Nowotwór złośliwy (sutek, nie określony)	13 (1%)	Nadzór nad inną prawidłową ciążą	44 (2%)
Inne badania specjalne osób bez dolegliwości i rozpoznania choroby	12 (1%)	Mięśniak gładkokomórkowy macicy	43 (2%)
Nowotwór o nieokreślonym charakterze (sutek)	10 (1%)	Próchnica zębów	43 (2%)
Cukrzyca insulinozależna	9 (1%)	Zespół policystycznych jajników	29 (1%)
Krótkowzroczność	9 (1%)	Ostre zapalenie pochwy	28 (1%)
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca	9 (1%)	Kandydoza sromu i pochwy	26 (1%)

Tabela 42 przedstawia najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów obcokrajowców ubezpieczonych powszechnie, którzy otrzymali świadczenia na NFZ w latach 2022 i

2023. W 2022 roku były to zaburzenia osobowości. W 2023 roku najczęstsze rozpoznania dotyczyły nadciśnienia i próchnicy zębów.

Tabela 42. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów obcokrajowców ubezpieczonych powszechnie, którzy mieli wizyty na NFZ w placówkach Scanmedu w Małopolsce w latach 2022 i 2023

2022 rok		2023 rok	
Rozpoznanie ICD-10	n (%)	Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Specyficzne zaburzenia osobowości	252 (10%)	Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	107 (5%)
Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	72 (3%)	Próchnica zębów	103 (4%)
Próchnica zębów	68 (3%)	Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	91 (4%)
Opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą	66 (3%)	Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych	74 (3%)
COVID-19, wirus zidentyfikowany	57 (2%)	Zapalenie nadkłykcia bocznego	62 (3%)

Tabela 43 przedstawia najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów obcokrajowców ubezpieczonych powszechnie, którzy mieli płatne zlecenia w latach 2022 i 2023. Biorąc pod uwagę niewielką liczbę świadczeń, istnieje prawdopodobieństwo, że imigranci nie są w pełni zidentyfikowani w bazach danych firmy.

Tabela 43. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów obcokrajowców ubezpieczonych powszechnie, którzy mieli płatne wizyty w placówkach Scanmedu w Małopolsce w latach 2022 i 2023

2022 rok		2023 rok	
Rozpoznanie ICD-10	n (%)	Rozpoznanie ICD-10	n (%)
Próchnica zębów	9 (2%)	Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	13 (4%)
Badanie laboratoryjne	6 (1%)	Badanie laboratoryjne	7 (2%)
Inne zespoły bólu głowy	5 (1%)	Próchnica zębów	6 (2%)
Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	5 (1%)	Choroby rzepek	6 (2%)

Wstęp do części jakościowej

Opis metodologii

By naświetlić jak najpełniejszy obraz korzystania przez migrantów ekonomicznych i przymusowych z systemu ochrony zdrowia w Krakowie oprócz analiz ilościowych przeprowadzone zostały również badania jakościowe. Były one prowadzone metodą wywiadu częściowo ustrukturyzowanego, z wykorzystaniem dwóch scenariuszy wywiadów z pytaniami do ekspertów - ekspertek (osób pracujących w systemie zdrowia i wchodzących w regularny kontakt z migrantami) oraz do migrantów - migrantek. Pierwszą grupę pytano o to, jak wg. ich wiedzy osoby migrujące do Krakowa korzystają z usług medycznych w kraju pochodzenia, a jak robią to w Małopolsce. Drugą grupę o doświadczenia korzystania z systemu ochrony zdrowia w Polsce. Ekspertów i migrantów pytano też o kluczowe różnice, a także o szczegółowe kwestie, np. lekarstwa, kontakty z lekarzami i ewentualne odmienne traktowanie ze względu na bycie migrantami. Wywiady przeprowadzono latem i jesienią 2024 r. w Krakowie, osobiście lub w formie zapośredniczonej przez wideokonferencję. Wywiady prowadzono w językach: polskim, ukraińskim i angielskim, a następnie te dwa ostatnie przetłumaczono na język polski. Rozmowy zostały spisane i poddane analizie tematycznej z wykorzystaniem programu do analizy jakościowej Atlas.ti by wyodrębnić powtarzające się kwestie kluczowe.

Do badania dobrano celowo 22 osoby: 12 ekspertów i ekspertek oraz 10 migrantów i migrantek. Wśród tych pierwszych było 7 osób z obywatelstwem ukraińskim i 5 z polskim. W grupie migrantów 7 osób miało obywatelstwo ukraińskie, a po jednej osobie białoruskie, tureckie i greckie. Podstawowym kryterium doboru była dobra znajomość sytuacji migrantów w kontekście usług medycznych w Krakowie i Małopolsce. Obie pod-próby zróżnicowano ze względu na wiek, płeć, rolę w systemie opieki zdrowotnej, wykształcenie. Szczegółowe matryce badanych znajdują się w aneksie.

Największą grupę migrantów w Krakowie stanowią Ukraińcy. Dlatego, w omówieniu wyników części jakościowej badania, to ich perspektywa będzie domyślną. Tam,

gdzie nie zaznaczono, że mowa jest o przedstawicielkach lub przedstawicielach innych państw, należy zakładać, że odwołujemy się do Ukrainy, ukraińskich mieszkańców Krakowa i Małopolski, czy też ukraińskiego systemu opieki zdrowotnej - jako punktu odniesienia.

Udział w badaniu był anonimowy i dobrowolny. Badacze uzyskali świadome zgody, oparte na informacji o zasadach udziału. Nagrania rozmów zostały stranskrybowane i nieodwracalnie usunięte. Nazwy własne i inne identyfikujące informacje zostały usunięte. Badanie uzyskało pozytywną opinię komisji etyki badań naukowych Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie. Numer decyzji to: KEBN/71/0044/D46/204 z dnia 26. czerwca 2024 r.

Elastyczność systemu ochrony zdrowia

Polski system opieki zdrowotnej został poddany ogromnej presji w następstwie rosyjskiej inwazji na Ukrainę w lutym 2022 r., w ostatniej fazie trwania pandemii COVID-19, która była dla niego ogromnym stresem i oficjalnie skończyła się w 2023. Nasze wyniki należy rozpatrywać przez pryzmat tych dwóch, następujących po sobie kryzysów.

Badane osoby były przez nas pytane o działanie systemu opieki zdrowotnej z ich własnej perspektywy. Ten indywidualny ogląd nie zawsze obejmuje całość i złożoność systemu, a ludziom łatwiej skupiać się na negatywach i dysrupcji, niż na tym, co po prostu działa. W dalszej części tego raportu przedstawiamy bariery wynikające z rozmaitych uwarunkowań, ale najpierw przejrzymy te mocne strony systemu opieki zdrowotnej w Krakowie, które dostrzegły badane przez nas osoby.

System jest dostępny dla migrantów jak wspominaliśmy we wstępie - ich różne grupy dysponują różnymi tytułami do korzystania z usług medycznych. Przede wszystkim jednak, usługi były dostępne nieodpłatnie dla osób migrujących przymusowo po bardzo krótkim czasie od rozpoczęcia tego kryzysu. Zwróciła na to uwagę jedna z ekspertek:

Myślę, że dostęp mają łatwy, nie jest, nie jest problematyczne jeszcze w momencie, kiedy weszła ta specustawa, gdzie oni wiedzieli, że mogą to robić bezpłatnie. Bo na początku tak jak mówię, no było trochę chaotycznie, bo nie bardzo wiadomo było, co z nimi zrobić. Nie bardzo wiadomo było, jak nawet receptę wystawić, ale to trwało krótko, bo to potem weszła ta specustawa. I w tym momencie uważam, że mają bardzo, bardzo łatwy. Jeżeli chodzi o ukraińskich, natomiast jeżeli chodzi o innych z Europy, z Zachodu, czy w ogóle, no to mają kartę EKUZ. Jeżeli jest karta EKUZ, nie ma najmniejszego problemu. (11_ExPL_K56)

Dostęp dla migrantów przymusowych był nie tylko powszechny, ale także umożliwiał kontynuację lub podjęcie skomplikowanego lub wysoko specjalistycznego leczenia. Dotyczyło to pacjentów onkologicznych, pacjentów z rdzeniowym zanikiem mięśni i przypadków innych schorzeń neurologicznych. Jedna z ekspertek zwróciła, na przykład, uwagę na dostęp do programów leczenia, które były praktycznie nieosiągalne w Ukrainie:

Generalnie ja miałam na przykład do czynienia z pacjentami z SMA. To są pacjenci neurologiczni... bardzo trudni ... którzy w Polsce na przykład mają leczenie programowe. W Ukrainie takiego programu całościowego nie ma. Owszem, znaczy Kijowie jest taki program, o który się wystarał Kliczko jako prezydent miasta, ale w Ukrainie całej nie ma. To nie ma dostępu w każdym mieście, więc niektórzy Ukraińcy, którzy tutaj przyjeżdżali mieli po prostu włączenie do programu i mieli problem z głową. W Ukrainie trzeba było się bardzo postarać, to wyjeżdżać do Kijowa i nie każdy był zakwalifikowany. (1_ExUA_K36)

Także, w trudnych przypadkach, koordynacja transferów i kontynuacji leczenia była niezwykle precyzyjna pomiędzy szpitalami krakowskimi i placówkami w Ukrainie. Ta sama ekspertka zwróciła uwagę na rolę współpracy w kontynuacji leczenia specjalistycznego:

Jeżeli chodzi o porozumienie szpitali, to między innymi nasz szpital współpracował z szpitalami onkologicznymi w Ukrainie. I jakby ten transfer pacjentów był bardzo ułatwiony. I bardzo przemyślany i pacjenci nie tracili na chemioterapii, na radioterapii. Generalnie rzecz biorąc, pacjenci po prostu byli przekazani. Włączenie od razu natychmiast do leczenia. (1_ExUA_K36)

Koordynacja skomplikowanego leczenia była ściśle planowana, bez czego taka terapia w ogóle nie byłaby możliwa. Jednak najważniejszą cechą krakowskiego i szerzej - polskiego systemu ochrony zdrowia w momencie przyjazdu dużej liczby

przymusowych migrantów - była jego elastyczność i zdolność do absorpcji tak znacznej liczby pacjentów bez strat dla jakości działania.

Na przykład, z perspektywy badanego przez nas ratownika medycznego, liczba pacjentów, którym udzielane są usługi medyczne nie wzrosła odczuwalnie:

Moderator: A tak na ogół jakby pan ocenił współpracę, z pana doświadczeniami, szczególnie na przykład, porównując rok dwudziesty drugi z obecną sytuacją?

Badany: Ja nie widzę różnicy. Tak naprawdę nie ma różnicy jeśli chodzi o liczbę pacjentów. Nie ma różnicy, jeśli chodzi o sytuacje jakieś szczególne wśród tych pacjentów. No tutaj, no ciężko powiedzieć, no ale ja raczej nie widzę różnicy, dla mnie się nic nie zmieniło, jakby byli. No nie da się powiedzieć, że jest większa liczba pacjentów ukraińskich, na przykład dzisiaj niż rok temu czy 2 lata temu. No nie, ja czegoś takiego nie widzę. (7_ExPL_M31)

Według badanych ekspertek i ekspertów, rzeczywistość obecność znacznie większej liczby pacjentów w systemie nie spowodowała jego destabilizacji. Podobnie w wymiarze jakościowym, struktura udzielanych świadczeń - w perspektywie badanych pracowniczek i pracowników systemu - nie zmieniła się na tyle, żeby być odczuwalną. Zwrócił na to uwagę badany przez nas lekarz rodzinny:

Szczerze mówiąc, myślę, że aktualnie oni się jakoś ci migranci nie różnią od populacji polskiej. Myślę, że po prostu no podobnie. Też przychodzą z bólami pleców. Też przychodzą z infekcjami. Też przychodzą jeżeli chodzi o kamice moczową, miałem taką pacjentkę. Nadciśnienie. W zasadzie to już się nie różni. (8_ExPL_M35)

Zgodnie z prezentowanymi przez nas w części ilościowej analizami udzielanych usług, presja na system miała miejsce przede wszystkim we wczesnej fazie konfliktu. Efekty przymusowej relokacji, warunków podróży, a także bezpośrednie efekty działań wojennych generowały wyzwania, na które system krakowski nie był gotowy, ze względów obiektywnych. Natomiast, wraz z upływem czasu, profil potrzeb pacjentów zmienił się i upodobnił do tego, jaki ma populacja polska:

Często po prostu byli wycieńczeni, po długich wędrówkach, związane z przekraczaniem granicy albo też oczywiście byli też tacy pacjenci, którzy byli dla nas wyzwaniem wspólnym medycznym, ponieważ były to urazy militarne tak naprawdę, więc tacy pacjenci też oczywiście byli i też byli wyzwaniem ponieważ no na co dzień u nas w Polsce nie ma wojny, tak? Więc to też jest takie dla nas coś nowego. Tak, teraz to już jest zupełnie inaczej. (10_ExPL_K28)

Ratowniczka medyczna przyznała, że w początkowej fazie przybywania migrantów przymusowych, specyficznie wojenne urazy i konsekwencje długiej podróży stanowiły wyzwanie. Natomiast dotyczyło to tylko początkowej fazy wojny i aktualnie te sytuacje należą już do przeszłości.

Krakowski system ochrony zdrowia jawi się więc - według badanych - jako absolutnie zdolny by przyjmować osoby migrujące. Nawet bardzo duża presja, związana z przyjazdem ogromnej liczby potencjalnych pacjentów, została przez placówki medyczne zaabsorbowana. Zdaniem badanych przez nas ekspertek i ekspertów, populacja migrantów odzwierciedla cechy ogólnej populacji polskiej i nie stanowi dostrzegalnego wyzwania dla pracujących w systemie opieki zdrowotnej osób.

Bardzo ważną rolę swoistych "nawigatorów kulturowych" odegrały i odgrywają osoby cudzoziemskie pracujące w systemie ochrony zdrowia. Ci którzy pracowali w placówkach medycznych przed rozpoczęciem pełnoskalowej inwazji byli poddani szczególnie silnemu stresowi i presji w momencie zmasowanego napływu uchodźców. Oprócz wykonywania swoich dotychczasowych obowiązków bardzo często angażowali się jeszcze w inne formy wsparcia migrantów przymusowych w otrzymaniu świadczeń w Polsce.

Aktualnie sytuacja pacjentów migrantów (szczególnie przymusowych) pozostaje złożona, a niektóre wyzwania stanowią istotne bariery dostępowe. Dlatego w dalszej części analizy skupiamy się szczególnie na tych trudnościach, które mimo formalnej inkluzji i strukturalnej elastyczności, mogą stanowić przeszkody w pełnym dostępie do opieki zdrowotnej.

Postrzegane podobieństwa i różnice w systemach opieki zdrowotnej

Większość systemów ochrony zdrowia działa podobnie, opiera się na podobnych założeniach i zasadach. Osoby, które badaliśmy również dostrzegają podobieństwa. Na przykład ta ekspertka - sama z doświadczeniem migracyjnym - jest zdania, że w zasadzie Polski i Ukraiński system są bardzo podobne:

Ja powiem może co jest podobne, z tego zacznę, bo, na przykład, co mamy podobnego - lekarz pierwszego kontaktu, lekarz rodzinny. Ten lekarz, do którego każdy pacjent ma początkowo zwrócić się z jakimś problemem zdrowotnym. I to jest podobne, tak samo w Ukrainie, i w Polsce. No, to mimo tych stanów jakiegoś zagrożenia życia, czy nagłych przypadków, kiedy już trzeba zwrócić się na SOR, na oddział ratunkowy, więc to jest podobne, że zaczyna się wszystko od lekarza rodzinnego. W Ukrainie mamy podobny, podobny system, czyli tutaj te świadczenia finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W Ukrainie też mamy podobną służbę, która finansuje teraz takie świadczenia. Jedyne, że w Polsce, no obywatel musi pracować, płacić składki i wtedy ma ubezpieczenie i ma dostęp też do tego lekarza rodzinnego, dostęp, do, bezpłatnie, wtedy. (4_ExUA_K33)

Podobieństwa mogą jednak przeszkadzać w dostrzeganiu ważnych różnic. Osoby, które migrują przybywają do nowych miejsc z bagażem doświadczeń i wypracowanych oraz zinternalizowanych sposobów nawigowania w systemach zdrowotnych swoich państw pochodzenia. Dla większości osób, które przyjechały do Krakowa i Małopolski z Ukrainy, tamtejszy system opieki zdrowotnej stanowi naturalny punkt odniesienia, kiedy myślą o - i działają w krakowskim systemie opieki zdrowotnej. Tę oczywistą rzecz wyraziła jedna z badanych osób:

Może medycyna ukraińska jest dla nas prostsza, bo znamy swoje algorytmy, gdzie się zapisać i do kogo się udać. (4_MiUA_K46)

Podstawowe różnice w systemach mają znaczenie przede wszystkim na poziomie ich postrzegania i odwoływania się do nich przez osoby, które migrują do Krakowa. Jest tak, ponieważ oceny i decyzje dotyczące korzystania z systemu ochrony zdrowia podejmowane są w oparciu o te subiektywne obserwacje. Dla naszych uczestniczek i uczestników z Ukrainy, różnice w dostępności specjalistów i czasie oczekiwania na nich, a także rozbieżność w strukturze publiczne-prywatne stanowiły podstawową systemową różnicę. Jak wynika z przeprowadzonych wywiadów, dla

wielu osób z Ukrainy, bliski i bezpośredni kontakt ze znanymi sobie - nierzadko przez długie lata - lekarzami-specjalistami, do którego byli przyzwyczajeni, kontrastował z systemem skierowań i długim czasem oczekiwania w polskich warunkach. Sektor prywatny w Ukrainie i jego dostępność dla ukraińskiej klasy średniej jest - według uczestniczek i uczestników badania - rozwiązaniem znacznie bardziej wygodnym. Wiąże się to z większym poczuciem sprawczości dla tych, których na takie usługi stać, a także - zgodnie z tym, co przyznają osoby badane - przerzuca odpowiedzialność i inicjatywę na stronę pacjenta, który gromadzi kontakty i utrzymuje relacje, nawigując między prywatnym i publicznym systemem, czasami również w formie udzielanych i oczekiwanych nieoficjalnych gratyfikacji.

Podstawowym zjawiskiem odnotowanym przez nas w badaniu jakościowym jest przewijające się niezrozumienie lub nieznamość systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Niezrozumienie często łączy się z poczuciem frustracji, zwłaszcza związanym z niemożnością osiągnięcia pożądaných rezultatów - np. dostaniem się do określonego specjalisty, uzyskaniem skierowania na określone zabiegi. Sformalizowany system referencyjny w Polsce nie jest znany wszystkim badanym przez nas pacjentom i pacjentkom.

Na różnice między systemami nakłada się nadzwyczajna sytuacja, jaką jest migracja przymusowa i jej konsekwencja - czyli przyjęcie w Polsce na zasadach specjalnej ustawy - w przypadku Ukraińców uciekających z powodu agresji rosyjskiej. Z jednej strony, osoby uchodźcze mają z definicji prawo oczekiwać pomocy, a z drugiej, udzielający jej system funkcjonuje na określonych zasadach. W konsekwencji, w przypadku braku informacji lub zrozumienia może to prowadzić do nieporozumień szczególnie pojawiających się na początku. Jak opisała to jedna z osób eksperckich:

Oni są chyba przyzwyczajeni... Przyjechali wtedy tak, jak przyjechali w czasie, zaraz po wojnie, to oni mieli wrażenie takie, że mają być przyjmowani bez kolejki, wszystko im się należy i tutaj były problemy na początku. Mamy wywieszoną kartkę z NFZu po ukraińsku, że są przyjmowani za kolejnością taką jak pacjenci polscy, że jeżeli nie ma miejsca na pacjenta polskiego, to dla nich też nie będzie. Aczkolwiek mieliśmy sytuację, gdzie pani chciała wzywać policję bo ona potrzebuje natychmiast lekarza dla dziecka. No, zdarzało się. (11_ExPL_K56)

Ze względu na rozbieżne milczące założenia o tym, jak system działa i jak należy się w nim zachowywać, szczególnie na początku przyjazdu migrantów przymusowych do Polski dochodziło do nieporozumień. Budziły one emocje, ale dotyczyły zdecydowanej mniejszości pacjentów. Z czasem migranci zdobyli wiedzę na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowia i tego typu sytuacje zaczęły być coraz rzadsze.

Niezrozumienie działania systemu w stresujących sytuacjach związanych z obawami o własny stan zdrowia wiąże się z dyskomfortem, ale także może prowadzić do sytuacji potencjalnie generujących konflikty - np. o szybszy dostęp do opieki, jak w przypadku jednej z uczestniczek, której nie wyjaśniono, że jej ponadprogramowe przyjęcie wiąże się z koniecznością przepuszczenia pacjentów umówionych wcześniej na wizytę u specjalisty tego dnia:

Później, kiedy zobaczył mnie lekarz, wyjaśnił mi, że ponieważ ja czekałam tylko 2 tygodnie, a Polacy 2 miesiące, to muszę wszystkich przepuścić i być ostatnią. Ale dlaczego mnie o tym nie poinformowano? Miałam wtedy tak ciężki stan, plus nie było już czym oddychać, zaczął się atak paniki. (6_MiUA_K43)

Niezrozumienie systemu stanowi poważną barierę w dostępie i korzystaniu z usług zdrowotnych zarówno dla osób, które migrują, jak i dla osób pracujących w systemie i korzystających z niego.

Czas oczekiwania

Podstawowym problemem polskiego systemu opieki zdrowotnej jest długi czas oczekiwania na niektóre świadczenia. Dotyczy to zwłaszcza wizyt u specjalistów i specjalistycznych zabiegów co może powodować frustrację i niezrozumienie. Pytani o podstawowe różnice między systemami opieki zdrowotnej, migranci i eksperci najczęściej odwoływali się właśnie do czasu oczekiwania. Według nich, czas oczekiwania na świadczenia w opiece zdrowotnej w Ukrainie jest krótszy.¹¹ Na przykład, tak ujęła to ekspertka pracująca z ukraińskimi kobietami przygotowującymi się do porodu w Krakowie, niektóre z jej klientek to "przeraża":

¹¹ Nasza rozmówczyni z Białorusi twierdziła natomiast "Czas oczekiwania w Białorusi jest gorszym niż w Polsce." (2_MiBY_K44)

Wszystko szybciej. Można już, na teraz. Wszystko można na teraz. I przeraża cię często, naszych pań, to że "można zapisać się tylko na 1,5 miesiąca do przodu, o boże, i to w prywatnego lekarza, jak to jest możliwe?", bo u nas jest tak, jak do prywatnego, to można na dziś, a jak w przychodni takiej państwowej, no to 2-3 tygodnie. Dlatego te kolejki mogą przerażać, chociaż, moim zdaniem, to jest normalne, no jak coś cię boli, nie umierasz, no to można poczekać 1,5 tygodnia, no nie? (03_ExUA_K36)

Osoby, które przebywają w Polsce już pewien czas - jak cytowana ekspertka - są skłonne rozumieć, z czego wynikają długie kolejki. Z drugiej strony, właśnie takie osoby, które prowadzą już ustabilizowane życie w Krakowie, są krytyczne wobec długiego czasu oczekiwania:

Płacę duże podatki, żeby otrzymać opiekę medyczną, niestety niezbyt dobrej jakości i niezbyt szybką. Do lekarza rodzinnego nigdy nie trafiam, kiedy muszę, są długie kolejki. O 7 rano jestem już ok. 18 w kolejce, a wszyscy lekarze są już zajęci, zmuszona jestem albo iść prywatnie, albo poczekać na opiekę nocną. Z dziećmi jest trochę łatwiej, można trafić wcześniej. (5_ExUA_K41)

Długie oczekiwanie może stanowić poważną barierę w korzystaniu z usług medycznych. Jeśli osoby nie są w stanie skorzystać z prywatnej alternatywy, czas oczekiwania na usługi objęte ubezpieczeniem społecznym jest przeciwnie skuteczny. Dotyczy to tak ważnego obszaru, jak zdrowie psychiczne, które - z punktu widzenia migrantów przymusowych, uciekających przed traumatycznymi doświadczeniami wojny - jest kluczowy. Niestety, właśnie w tym zakresie i dla najbardziej wrażliwych populacji, czas oczekiwania stanowi największy problem:

Próbowałam trafić do psychologa i psychiatry, ale tam była kolejka, a każda nowina z Ukrainy zabierała moje siły. (10_MiUA_K62)

Pomoc w zakresie zdrowia psychicznego dla uchodźców przyjmowanych na wielką skalę, powinna być najbardziej podstawowym świadczeniem. W czasie reakcji na kryzys, realizowały je - w ramach projektów - rozmaite organizacje. Natomiast, wraz z upływem czasu, ich projekty wygasały, a regularny system opieki zdrowotnej musiał zaadaptować się do przyjęcia tych przypadków.

System skierowań

System opieki zdrowotnej w Polsce opiera się na wielostopniowym dostępie. Podstawowa opieka zdrowotna pełni rolę filtra, który przekierowuje na podstawie wstępnych diagnoz do korzystania ze świadczeń specjalistycznych. Nasi badani przekonywali w wywiadach o tym, że w zasadzie system ukraiński jest podobny, co do zasady, ale w działaniu - z perspektywy osób, które migrują do Krakowa i Małopolski - jest inny. Podstawową różnicą jest to, że należy samemu nawigować przez system skierowań. Jest to podobne do omawianej powyżej "podmiotowości" ukraińskich pacjentów, którzy "zarządzają" relacjami z swoimi lekarzami. Jednak odwrotnie niż w tamtym przypadku, w optyce badanych, system skierowań w Polsce polega na zarządzaniu abstrakcyjnymi systemem dokumentów, instytucji i informacji:

Tutaj jest za darmo na NFZ, ale niestety musisz sobie pilnować wszystkich dokumentów, wszystkich skierowań. Musisz chodzić od jednej administracji do drugiej. Na rejestracji nie zawsze się orientujesz. Rzadko kiedy ktoś ma czas ci pomóc wyjaśnić, jak dojść od jednego szpitala do drugiej instytucji czy tam od budynku do budynku. Dlatego, w tym jest taki największy problem. (2_ExUA_K26)

Z perspektywy badanych samodzielne nawigowanie jest wyzwaniem - mimo jego niezaprzeczalnej zalety, jaką jest bezpłatna dostępność. System nie jest czytelny i, jest rozproszony według nich. Wspomniany system skierowań w Ukrainie, w praktyce może być pomijany. Poruszanie się po systemie opiera się na wykorzystywaniu kapitału relacji i znajomości z lekarzami, również ze specjalistami, do których - wg relacji - można mieć dostęp niezapośredniczony przez system. Jak powiedziała nam jedna z badanych, plastycznie omówiła to na przykładzie hipotetycznej wizyty u okulisty:

Musimy rozumieć, że jak ty dużo, długi czas mieszkasz w Ukrainie, to ty masz swój jakiś, swoją listę lekarzy, do których chodzisz. I jak masz jakiś problem w dziedzinie działalności tego lekarza, na przykład u ciebie problemy z wzrokiem, to ty nie będziesz czekać na skierowanie od terapeuty, typu, idziesz - od razu pójdziesz do okulisty i naprawdę może być nawet taka sytuacja, że ty zadzwonisz do swojego okulisty i zapytasz niego, kiedy jemu będzie komfortowo, kiedy tobie będzie komfortowo, żeby było to spotkanie i to w ogóle nie, to oficjalnie, to nie za łapówkę, to po prostu taka komunikacja pomiędzy ludźmi. (1_MiUA_K_40)

W wielu wywiadach system skierowań jawił się jako niezrozumiały z perspektywy migrantów. Z drugiej strony, na przykład migranci ekonomiczni z innych krajów Unii Europejskiej znajdowali system skierowań jasnym i przejrzystym, opowiadając o korzystaniu z wielostopniowego systemu ochrony zdrowia jako czymś “zrównoważonym”, jak w przypadku tego Greka korzystającego przede wszystkim z zapewnianego przez firmę pakietu prywatnej opieki zdrowotnej:

Powiedzmy, że coś się dzieje. Dzwonię do lekarza, najczęściej do specjalisty, albo konkretnego specjalisty. Muszę mieć skierowanie od lekarza POZ, więc kontaktuję się albo z POZ albo już ze specjalistą, mówię, w czym jest problem, jakie mam objawy i otrzymuję zalecenia albo skierowanie na badania lub receptę na lekarstwa, po które muszę iść do apteki. Powiedziałbym, że to jest to całkiem zbalansowane. (7_GR_M37)

Ta specyficzna nieznajomość lub niezrozumienie systemu skierowań - czy kolejności korzystania z opieki medycznej przejawia się w sposób problematyczny w przypadku korzystania ze szpitalnych oddziałów ratunkowych i pogotowia ratunkowego.

Korzystanie z SOR i pogotowia ratunkowego

Korzystanie z pogotowia ratunkowego zdaje się być regulowane w znacząco odmienny sposób w Polsce i w Ukrainie. Przyzwyczajenie wynikające z innych praktyk korzystania z pogotowia ratunkowego i regulaminowych oraz społecznie akceptowalnych sytuacji wzywania takiej formy pomocy stanowi zarzewie potencjalnych nieporozumień, ale także może prowadzić do blokowania bardzo wrażliwego systemu ratunkowego w Polsce. Dla obu stron - pacjentów ukraińskich i przedstawicieli polskiej opieki zdrowotnej, jest kluczowe, żeby dokonać pełnej redefinicji tego stanu rzeczy. Jedna z badanych omówiła praktykę i zalecenia dotyczące wzywania pogotowia ratunkowego w Ukrainie:

Odczuwamy więcej, jako różnicę w opiece zdrowotnej, przede wszystkim to karetka, bo w Ukrainie mamy taką praktykę i to zawsze nam lekarze sami mówią tak, że ja nawet jak niepewnie, że macie ostry stan, ale macie, ale podejrzewacie, że macie ten ostry stan, lepiej zadzwonić do karetki. A, tak, oni nie zawsze mogą przyjechać. Może być taka sytuacja, że ty z nimi komunikujesz, tam specjalista na tym końcu telefonu i on powie tobie, czy jej potrzebujesz ty, teraz, pomocy, czy możesz tam podejść do przychodni za dzień. Ale, a jak to sytuacja z dzieckiem? Lub sytuacja z osobą, która ma jakieś choroby serca, takie, na stałe ma takie, choroby i coś poszło nie tak jeszcze, to zawsze karetka będzie koło twojego domu za 4-7 minut. I to dla nas taka, no naprawdę zwykła rzecz, że jak nie rozumiesz, co się dzieje z tobą, zawsze dzwonisz do karetki. (1_MiUA_K_40)

Pogotowie ratunkowe stanowi więc rodzaj mobilnej opieki zdrowotnej “ostrego” kontaktu. Według badanej, wzywanie pogotowia stanowi rutynowe działanie w nagłych przypadkach. W podobny sposób - w opowieściach naszych rozmówców - osoby migrujące z Ukrainy zrutyinizowały zgłaszanie się do szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR). Jedna z badanych powiedziała nam o “pozytywnym doświadczeniu” z SOR, o którym wyraża się jak o zwyczajnej usłudze medycznej, oceniając ją pozytywnie i umieszczając w szerszym kontekście bezpłatnego dostępu:

Nawiasem mówiąc, mam pozytywne doświadczenia z SOR, byłam tam z moim dzieckiem, wszystko zostało zrobione jakościowo, bez problemów. I to bezpłatnie, co jest zaletą polskiej medycyny. (4_MiUA_K46)

“Bywanie” na SORze i recenzowanie tego przy użyciu ogólnych kategorii oceny usługi medycznej - nie odwołując się do sytuacji zagrożenia zdrowia, czy szybkości reakcji - może świadczyć o traktowaniu oddziału ratunkowego jak przychodni. Jest to uzasadnione przytoczonymi powyżej odmiennymi praktykami i sposobami korzystania z pogotowia ratunkowego, ale budzi uzasadnione wątpliwości polskiego personelu medycznego.

Podstawową jest obawa o zbytne obciążenie systemu. W wywiadach z przedstawicielami polskiej opieki medycznej przewijał się temat niewłaściwego korzystania ze szpitalnych oddziałów ratunkowych i pogotowia ratunkowego. Badani eksperci przytaczali ważną rolę edukacji i informowania pacjentów w decyzjach o tym w jakich sytuacjach - tych zagrażających życiu lub zdrowiu - powinni korzystać ze szpitalnych oddziałów ratunkowych:

Przykład chociażby taki, że mamy dziecko, które powinno udać się do nocnej świątecznej opieki zdrowotnej, a ono trafia na SOR, czyli do szpitalnego oddziału ratunkowego z powodem, który nie do końca jest uzasadniony do tego miejsca. No i tłumacząc na przykład rodzicowi, że on powinien udać się do nocnej, świątecznej opieki, czy chociażby do lekarza pierwszego kontaktu no to często jest tak, że ci rodzice są zdezorientowani. Nie wiedzą o tym, jakby że u nas jednak jest pewna w cudzysłowie, hierarchia tego, że na początku powinno się udać do lekarza pierwszego kontaktu. W momencie, kiedy lekarz stwierdzi, że jest taka potrzeba, to kolejnym krokiem jest udanie się do szpitalnego oddziału ratunkowego czy na oddział szpitalny. (7_ExPL_M31)

Według pozyskanych przez nas relacji, tego typu zachowania - uzasadnione przez przywiezione przyzwyczajenie i ugruntowane przez skuteczne uzyskanie pomocy w Polsce - czasowo wpływają na wzory korzystania z usług medycznych. Może to prowadzić - w ocenie badanych ekspertów - do przeciążania wrażliwego systemu i uwypuklania różnic metod korzystania z systemu między miejscowymi a migrantami. Należy podkreślić, że badani wskazywali na dynamikę spadkową w obserwowanej liczbie przypadków omawianych zjawisk. Można to więc traktować jako pewnego rodzaju dostosowanie do korzystania z systemu, które następuje z czasem. Tak opowiadał nam o tym ratownik medyczny:

To znaczy u nas w Polsce jesteśmy tacy bardziej rygorystyczni i znaczy, i my, Polacy wiemy w jakich zazwyczaj wiemy, w jakich przypadkach powinniśmy i do czego na przykład służy karetka. Tam jest trochę inaczej, karetka jest po prostu. Wzywa się karetkę do domu gdzie po prostu ktoś jest chory i tam jest lekarz, wypisuje lekarstwa i tak dalej. Na początku to było też takie duże wyzwanie, ponieważ karetki jeździły do właśnie takich osób z każdą że tak powiem głupotką ponieważ myśleli, że to jest taki nasz POZ na kółkach więc tam karetka wyjeżdża do jakby każdego problemu nie tak jak w Polsce, gdzie musi być sytuacja zagrażająca zdrowiu i życiu pacjenta. (10_ExPL_K28)

Poza czynnikiem wiedzy dotyczącej tego, kiedy używać systemu ratunkowego, w naszych wywiadach zidentyfikowaliśmy dwa czynniki, które mogą przyczyniać się do tego, w jaki sposób osoby, które migrują korzystają z-, i oceniają go, przede wszystkim: język (o czym w dalszej części raportu) i transport. Odgrywają one ważną rolę w otrzymywaniu usług medycznych i to tam można szukać usprawnień. Potrzeba ewentualnych dostosowań do potrzeb językowych osób, które mogą dzwonić na pogotowie ratunkowe, zwłaszcza tych z wrażliwych populacji. Jedna z badanych Ukrainek - ekspertek przywołała historię innej migrantki, którą początkowo

dyspozytorka informowała o konsekwencjach nieuzasadnionego wezwania karetki pogotowia i związanymi z tym mandatami karnymi:

No właśnie tutaj mam taki przypadek, tym latem, moja znajoma, Ukrainka, ona jest uchodźczynią. (...) No i u niej była taka sytuacja z jej chłopakiem, on jest Polakiem. I on ma ukąszenie przez kleszcza. I on najpierw udał się do SOR-u, tam zrobili im szczepienia, podali jakiś antybiotyk i oni wrócili do domu i po tej sytuacji, ten mężczyzna miał zatrzymanie krążenie i moja koleżanka musiała robić mu reanimacje. No i kiedy ona, jej udało się to, przywrócić go, i to była w domu jakby ta sytuacja, kiedy jej udało się na chwilę przywrócić go do świadomości, ona dzwoniła na karetkę, żeby po karetkę, żeby wezwać pogotowia ratunkowe. To było w Krakowie i właśnie ta pani nie mogła zrozumieć jej. Ona, ona mówi po polsku, troszkę może tak słabo, ale jeśli wolno jakoś, no, moim zdaniem, że można zrozumieć i ta pani zrozumiała w sumie, o co chodzi, ale jej powiedziała, że jeśli, że jeśli moja koleżanka, no jakby wezwie, wezwie karetkę bez podstawy, no, takiej właściwej, to zapłacił mandat. No i moja koleżanka tłumaczyła, że to jest bardzo ważne, że przywróciła go do świadomości, ale on źle się czuję nadal, jest tam blady, ma takie zaburzenia jakieś, tam nic nie mówi, czy mówi, a, no, że, że po prostu źle się czuje i tłumaczyła konkretnie co i jak mu jest, i ta pani bardzo długo przeprowadziła tą rozmowę i niby odmawiała, żeby ta karetka nie jechała i to, moja znajoma bardzo zestresowała, i powiedziała, że ona zapłaci mandat, jeżeli karetka, czy tam lekarz stwierdzi, że to jest niewłaściwe jakieś wezwanie, i żeby po prostu oni przyjechali, bo ona martwi się o jego życie. I karetka przyjechała, oczywiście, i go zabrali do szpitala. (4_ExUA_K33)

Wreszcie, jest jeszcze jeden aspekt, na który zwróciły uwagę osoby badane: migranci przymusowi (i wielu ekonomicznych) nie posiadają swojego środka transportu i na ewentualną wizytę w przychodni muszą udać się przy użyciu komunikacji zbiorowej. W sytuacjach, które nie są zagrożeniem życia, ale mają znamiona kryzysu stanu zdrowia i ograniczenia mobilności, migranci mogą skłaniać się do wezwania pogotowia ratunkowego, tak jak pokazuje przykład poniżej. Tego typu sytuacje demonstrują, jak ważna jest edukacja całej populacji na temat tego, jakie sytuacje wymagają wzywania lub korzystania z medycznych usług ratunkowych.

Z jednej strony sytuacja z karetkami, na pierwszym etapie była bardzo ostra, była, osoby dzwonili, jak oni zwykle w Ukrainie, oni dzwonili i otrzymali informację, że pani musi podjechać, pan musi podjechać, ale musisz rozumieć, że osoba, która przyjechali do Krakowa, większość z nich, nie ma samochodu. I podjechać, to jakimś transportem miasta. A ja ty masz, na przykład jedna z moich znajomych, koleżanek, ona ma, miała, taki z trawieniem jakiś problem, miała wymioty, miała rozwolnienie, ty po prostu, no, ty nie możesz wejść do tego tramwaju w tym stanie, rozumiesz? I ona wybierała w takiej sytuacji, kiedy jej już okropnie, kiedy ona już tracisz świadomość, kiedy no naprawdę je okropnie no. Co ona zrobiła? Ona napisała do grup facebookowych ukraińskich w Krakowie i odszukała lekarza Ukraińca, który po prostu tu teraz mieszka i otrzymała pomoc od niego. On przyjechał. Zrozumiałe, że to za pieniądze, zrozumiałe, że to nieoficjalnie, zrozumiałe, że mogą być cokolwiek, on mógł nie dojechać w ten czas, kiedy ona potrzebowała tej pomocy, ale jakby ona pojechała w tramwaju? (1_MiUA_K_40)

Przy okazji dyskusji o pogotowiu, w naszych rozmowach wybrzmiał także problem ograniczenia mobilności. W powiązaniu z pewnym przyzwyczajeniem do wzywania pogotowia do różnych sytuacji zdrowotnych kryzysów, korzystanie z pogotowia ratunkowego lub oddziałów ratunkowych stanowi bardzo ważną różnicę systemową generującą potencjalne problemy. Osobną kwestią zasygnalizowaną w powyższym cytacie jest odwoływanie się przez migrantów do pomocy lekarzy obcokrajowców, o czym szerzej traktujemy poniżej.

Oficjalna i nieoficjalna gratyfikacja

W oglądzie osób badanych, istotną różnicą między polskim a ukraińskim systemem opieki zdrowotnej jest rola dodatkowej gratyfikacji za świadczone usługi. Jak wspomnieliśmy na wstępie opisując ramy systemowe okazywanie wdzięczności jest w pewnym stopniu również obecne w systemie Polskim. Jednak, mniej lub bardziej zawoalowane formy korupcji są - wg relacji badanych - przyjętą normą w przypadku korzystania z usług w Ukrainie, podczas gdy - jak uważają osoby badane - nie stosuje się ich w Polsce:

Badana: No tak, że najważniejsze znaleźć lekarza i zapłacić mu pieniądze.

Moderator: Że tak robić, czy tak nie robić?

Badana: No właśnie, że u nas w Ukrainie, to tak się robi, a że tutaj nie trzeba tego robić, tak.

Moderator: Ale można, a da się?

Badana: Da się, ale to tylko legalnie to można zrobić, w sensie, na przykład, prywatna klinika. Ty tam możesz pójść, zapłacić pieniądze, wykupić pakiet z lekarzem, położną ... ale żeby po prostu pójść, włożyć do kieszeni jakieś tysiące, żeby lepiej ci poszedł poród, no to nie da się. (03_ExUA_K36)

Logika dodatkowych gratyfikacji znajduje zastosowanie w polskim systemie. Jest ona jednak usankcjonowana rozdziałem publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej. W Ukrainie, dysponujący wystarczającymi zasobami mogą mieć wpływ na jakość czy szybszy dostęp do usług medycznych. Ten fakt, niezależnie od tego, czy znajdujący potwierdzenie w rzeczywistości, czy też nie, ma dwojakie konsekwencje: po pierwsze, może stanowić o pewnym specyficznym, transakcyjnym postrzeganiu korzystania z usług medycznych, w którym wyższą jakość uzyskuje się za wyższą cenę. Po drugie, może to wpłynąć na postrzeganie pacjentów z Ukrainy przez pracowników systemu ochrony zdrowia. Wiedza o roli nieformalnej gratyfikacji w innych systemach jest obecna dzięki opowieściom samych migrantów. Tak ilustruje to wypowiedź krakowskiego ratownika medycznego:

Z tego co kojarzę i z tego, co gdzieś tam wywiązywało się z rozmów pomiędzy pacjentami nas personelu, to często ci ludzie wspominają o tym, że na Ukrainie, bo zazwyczaj są to pacjenci pochodzący z Ukrainy skarżą się na dużą korupcję, która występuje w ich kraju. Że jakby pozycja społeczna osoby ma wpływ kluczowy na to, jaką opiekę jest w stanie państwo im zagwarantować, czyli po prostu osoby bardziej majątne są w stanie gdzieś wpłynąć na to, żeby uzyskać na przykład szybszy czy lepszy dostęp do usług medycznych. (7_ExPL_M31)

Nieoficjalne płatności, milcząco uzgodnione "taryfy" stanowią - wg tego, o czym mówiły nam osoby badane, element rzeczywistości korzystania z opieki zdrowotnej w Ukrainie. Ich sumy są powszechnie znane, adekwatne do możliwości mieszkańców i oczekiwane.

My mamy taki kombinowany wariant, że i nawet, jak klinika bezpłatna w ogóle, jakieś usługi będą płatne i to nie zawsze, to nie łapówka, ale nie do końca oficjalnie. No, musisz to zrozumieć, no na przykład za narodzenie dziecka istnieje suma, jaką kobieta płaci lekarzu, pielęgniarki ... i to taka stała cyfra na miasto. Jak inny region, to też będzie tam stała cyfra, ale po prostu to będzie inna cyfra. Na przykład jak miasto mniej, a ja mieszkała w dużym, w bardzo dużym, no drugie za rozmiar miasto, no 3 razy więcej od Krakowa i u nas sumy były trochę wysokie, ale, ale to nie było ostrym problemem dla nas. Te sumy były normalne dla naszego budżetu. (1_MiUA_K_40)

Omawiamy kwestię nieformalnej gratyfikacji nie dlatego, żeby piętnować sytuację w Ukrainie, ale dlatego, że stanowi ona symptom ograniczonego zaufania do systemu i jego zasad. Skomplikowane, ale dobrze zinternalizowane nieoficjalne zasady funkcjonowania w systemie, osłabiają poczucie sprawczości jako pacjenta i utrwalają relację z usługodawcą, która polega na indywidualnej odpowiedzialności za wynagrodzenie i w efekcie jakość usługi. Nasze badane wspominały "opłaty" za urodzenie dziecka w szpitalu w następujący sposób:

Jeszcze mamy na przykład taką sytuację, kiedy z tego budynku, gdzie urodzone dziecko, z tego szpitala, a wychodzisz z dzieckiem, ty musisz zapłacić za usługi, których nie potrzebujesz, ale, tak, taki system, że no po prostu u ciebie będzie dużo problem, będzie dużo jakiegoś, no, ty dłużej będziesz w tym szpitalu po prostu, jak ty nie zachcesz kupić te usługi, na przykład robienie zdjęcia na wypiskę. Tak, to, to nie dotyczy medycyny, ale to dotyczy miejsca medycznego. Przez to my mamy dużo takich, i to najwięcej my mamy problemy ze śmiercią i urodzeniem. Tam najwięcej takich usług, których ty możesz nie potrzebować, ale musisz za nie zapłacić. Ja mam na przykład te zdjęcie i za 14 lat, co istnieje moja córka, żadnego razu na nie nie patrzyłam, bo to okropne zdjęcie, no jak wychodzisz ze szpitalu, no, no to naprawdę, no tamte 3 dni temu urodziła dziecko, ty tam masz taki wygląd chorobowy i to, to dla ciebie jeszcze nie święto. (1_MiUA_K_40)

Ta - ewidentnie zinternalizowana przez wielu migrantów - cecha systemu, która podważa jego zasady funkcjonowania i promuje indywidualne rozwiązania i brak zaufania do niego, powinna być brana pod uwagę przy rozumieniu zachowań wobec systemu w Polsce. Jest to także delikatna kwestia - to, że system ma pewne strukturalne cechy, nie oznacza, że ludzie operujący w nim dokonują jednoznacznie moralnie nagannych wyborów. Jest więc ważne, żeby personel medyczny brał pod uwagę różnice systemowe podczas udzielania pomocy pacjentom z doświadczeniem migracyjnym.

Lekarstwa

Nasza analiza korzystania z lekarstw pozwoliła na wyodrębnienie trzech aspektów, które są kluczowe dla zrozumienia kwestii stosowania leków przez migrantów. Po pierwsze, tego jakie jest zapotrzebowanie migrantów na leki. Po drugie, jak wygląda procedura pozyskania leków przez osoby migrujące i po trzecie, jak wyglądają praktyki związane z używaniem leków przez migrantów.

Badane przez nas osoby właściwie nie zauważały niedoboru leków potrzebnych do konkretnego leczenia. Rynek farmaceutyczny w Krakowie w pełni zaspokaja pilne potrzeby pacjentów w zakresie leków. Ponadto, nie odnotowaliśmy prawie żadnych skarg na koszt leków. Wynika to przede wszystkim z możliwości wykorzystania narzędzi NFZ dla określonych grup migrantów. Część migrantów otrzymuje również wsparcie finansowe na zakup leków od organizacji społecznych działających na terenie Krakowa. Warto odnotować również prowadzoną przy Centrum Wielokulturowym "aptekę", w której uchodźcy mogli otrzymać lekarstwa bezpłatnie.¹²

Rzeczywiście jednak, mimo odpowiedniej podaży leków, zaobserwowaliśmy bariery symboliczne, które sprawiają, że niektóre osoby migrujące do Krakowa sądzą, że ich potrzeby farmakologiczne mogą być zaspokojone tylko w kraju pochodzenia:

Zdarzały mi się też sytuacje, że pacjenci wracali na Ukrainę po to, żeby jakby wykupować leki tamte, które tam przyjmowali i później wracali do Polski. No, były takie sytuacje. Więc no ten problem też trochę jest, że nie wiem, gdzieś mentalnie myślą, że jednak te leki, które zostały przepisane im tam można uzyskać tylko tam. No nie do końca tak jest, bo podejrzewam, że systemowo czy handlowo może gdzieś te nazwy się różnią, ale substancja jest.(7_ExPL_M31)

Jak widać, mimo rzeczywistej dostępności substancji, ich inne nazwy handlowe, czy pewne przekonanie o tym, że potrzebne leki są dostępne tylko w domu, potrafi zmotywować osoby migrujące do podróży z powrotem właśnie w celu ich uzyskania. Sama rynkowa dostępność więc, nie wystarcza - w niektórych przypadkach potrzebne są odpowiednie objaśnienia.

¹² Według informacji uzyskanych od Pani dr Marii Wojtacy - dyr. Fundacji IB Polska zarządzającej Centrum Wielokulturowym w Krakowie punkt apteczny działał przy Centrum od kwietnia do sierpnia 2022 i obsłużył 12 tysięcy osób (komunikacja mailowa z dr. Wojtachą 22.12.2024).

Aby rozpocząć farmakoterapię, pierwszym krokiem jest spotkanie z lekarzem. Dla osób z doświadczeniem migracyjnym, generuje to dwa problemy naraz. Po pierwsze, zagraniczni pacjenci nie zawsze rozumieją, jak działa polski system ochrony zdrowia. Po drugie, ze względu na kolejki w placówkach medycznych, nie zawsze jest możliwe dotarcie do lekarza na czas. Omawiana wyżej różnica w działaniu systemów odgrywa ważną rolę:

Mają może stres, że nie mają tutaj, bo sporo osób nawet nie ma tutaj swojego lekarza rodzinnego. (2_ExUA_K26)

Znaczy tak, ci pacjenci troszeczkę skarżą się na to, że u nas dostęp do specjalisty jest utrudniony, dlatego, że tam często ci pacjenci dostają się do specjalistów znacznie szybciej niż medycyna rodzinna, od razu. Tam, jakby ta instytucja lekarza rodzinnego, do którego wchodzi, dopiero kiełkuje i tam ci pacjenci mogą od razu się dostać do specjalisty dziedzinowego konkretnego. I też kwestia tego, że więcej leków jest bez recepty i niektórzy pacjenci są zdziwieni. (8_ExPL_M35)

Praca lekarzy w zakresie przepisywania leków wymaga maksymalnej koncentracji i informacji. Pacjent zostaje sam na sam z lekami, więc skuteczność takiego leczenia w znacznym stopniu zależy od tego, na ile rozumie powody ich przepisania, zasady podawania i możliwe konsekwencje.

Oni też jeżdżą do siebie i też korzystają tam z tych usług swoich. Bo jest tak czasem, że przyjeżdżają na przykład do nas, mają jakieś lekarstwo. Potem doktor, na przykład nasz, zleca. Potem się okazuje, że byli na Ukrainie i znowu mają coś innego. I wtedy zaczynamy od nowa ustawianie. (11_ExPL_K56)

No bo to tak to jest znaczy taki dosyć problem, że oni paczkami kupują leki w Ukrainie, przepowiadając sobie tutaj, bo jest taka masowa panika to że nie będzie leków, nie dostanę się do lekarza, to trzeba przywieźć z Ukrainę. (2_ExUA_K26)

Leki przywiezione z domu nie zawsze są najlepsze, istnieje po prostu tradycja ich stosowania. Tak więc wśród leków są leki homeopatyczne i leki immunostymulujące, których skuteczność nie została udowodniona, jak mówi o tym nasza respondentka z wykształceniem medycznym. (5_ExUA_41)

Z kolei pacjenci z nadciśnieniem zauważają, że systematycznie sprowadzają swoje leki z Ukrainy właśnie dlatego, że te sprzedawane w Polsce, zalecone przez krakowskiego lekarza, według nich powodują u nich uboczne powikłania związane z samopoczuciem. Ponadto w Polsce leki te wymagają recepty, a takim pacjentom

niezwykle trudno jest dostać się do lekarza na czas, gdy ich stan zdrowia się pogarsza.

Niestety, kiedy miałam kryzys nadciśnieniowy, trafiłam do szpitala, ponieważ tabletki na nadciśnienie są tu dostępne tylko na receptę, kazano mi przyjść pojutrze. To ostra faza, powiedziałam, że mam nadciśnienie i potrzebuję teraz pomocy, nie wezwałam pogotowia, z jakiegoś powodu pomyślałam, że pójdę do lekarza. Powiedziano mi albo za 3 dni, albo mam iść do innego szpitala. (5_ExUA_K41)

Mama bierze leki na nadciśnienie i ukraińskie bardziej jej odpowiadają niż polskie. Przepisał jej lekarz, ale teraz wyjeżdża na Ukrainę i tam jest badana. (5_ExUA_K41)

Leki podstawowe, które nie mają działania na niektóre choroby, bo są na przykład zażywane z innego powodu. (10_ExPL_K28)

Jest problem z dostępnością, bo niektórych leków, tak jak mówisz, po prostu nie ma takich, do których są przyzwyczajeni. (2_ExUA_K26)

Trudnym testem dla systemu opieki zdrowotnej było przyjęcie pacjentów z Ukrainy do dalszego leczenia. Tacy ludzie zostali już zaopatrzeni w leki, do których są przyzwyczajeni. Po przyjeździe do Polski czasami okazywało się, że nie mogli znaleźć dotychczasowych leków i musieli stworzyć nowy schemat leczenia.

Okazało się, że zupełnie inne leki są na receptę w Ukrainie, a w Polsce i są takie, które tutaj są na receptę, a tam nie i odwrotnie. Składy leków tak, tak samo są, no, no też trzeba je przetłumaczyć (9_ExPL_K40)

Bo te leki, mimo że te substancje czynne mają te same, no to czasami są inne składki. (9_ExPL_K40)

Dobór odpowiedników przyjmowanych leków sprawia, że lekarze muszą sprawdzać substancję aktywną w danym preparacie:

Ja wtedy patrzę jaka jest substancja, szukam w internecie, bo nawet taki... znaczy, szukam oczywiście mam nazwę międzynarodową, a ja ją potem... znaczy nazwa handlowa a potem patrzę na międzynarodową, czyli nazwę substancji. (8_ExPL_M35)

Sytuacja ta staje się krytyczna w przypadku konieczności udzielenia pacjentowi pomocy w nagłych wypadkach.

Są takie sytuacje, w szczególności to dotyczy osób starszych, którzy przyjmują leki różnego pochodzenia. Jakby często te leki też są napisane, jakby etykiety tych leków czy substancje są napisane w języku ukraińskim więc my, przyjeżdżając do takiego chorego też często nie wiemy do końca, co on przyjmuje, bo no, gdzieś tam trzeba ratować się wtedy internetem, żeby chociażby tą dawkę czy tam nazwę tego leku gdzieś rozszyfrować. (7_ExPL_M31)

Często ludzie wybierają samoleczenie ze względu na niedostępność lekarza. Rzeczywiście, łatwiej jest rozpocząć leczenie od razu, niż czekać dzień lub kilka na wizytę u lekarza. Takie podejście jest dość częste i nie dotyczy to tylko pacjentów zagranicznych.

Taka jest tylko wyłącznie praca, ale gdyby miała wybór czy iść do apteki, czy iść do lekarza, umawiać się na wizytę? Oczywiście, że w ten sam dzień się nie dostanę na wizytę. Mam gorączkę i tak jestem... No muszę się wyleżeć w domu, wyspać.

No to idę na następny dzień, czekam w kolejce. Lekarz się spóźnia... czekam godzinę. (...) Wizyta 5 minut, ona mi daje receptę, a tak ja sobie poszłam do apteki i kupiłam leki i przyszłam do domu. (2_ExUA_K26)

Znaczy teraz już tego problemu nie ma, bo to są pacjenci, którzy już są w Polsce kilka lat, więc wiedzą. Choć początkowo rzeczywiście było takie zdziwienie, że niektóre leki są na receptę, które na Ukrainie były bez recepty. Z punktu widzenia lekarskiego mogę też powiedzieć, że nasze leczenie trochę się różni. Nie wiem czy jest jakaś statystyka ale z mojej obserwacji wynika, że troszkę więcej mamy EBMu [Evidence Based Medicine] jednak, że tam niektóre te leki były takie bardziej na bazie ziół i nie do końca takie, które są zgodne z jakby tam evidence based medicine. (8_ExPL_M35)

Recepty elektroniczne to ważne elementy, które ułatwiają życie pacjentom. Podkreślał to migrant ekonomiczny z innego kraju UE:

Idę do apteki z kodem QR. Wszystko, wszystko jest załatwione ze strony systemu. Ja tylko widzę kod QR. Nawet jeśli z farmaceutą nie mogę komunikować się w języku angielskim - dostaje kod QR. (7_GR_M37)

Istotną różnicą jest doświadczenie Ukraińców w stosowaniu i kupowaniu antybiotyków. W przeszłości antybiotyki były dostępne niemalże od ręki. Rzadko, potrzebne były na nie recepty według naszych rozmówców. Jedna z nich mówiła o tej sprawie w następujący sposób:

Nie rozumieją czemu nie u nas leki, większość leków jest na receptę i sobie nie mogą tego kupić. No, my tłumaczymy, że to nie są leki takie, które u nas w Polsce można. Po prostu trzeba iść do lekarza i lekarz, jeśli będzie taka potrzeba, to wypisze. (10_ExPL_K28)

Można sobie normalnie iść do apteki i jak paracetamol kupić tam antybiotyk i ci pacjenci często je po prostu posiadali, razem ze sobą przywieźli i często mówili, że oni zażywają taki antybiotyk. Na przykład na pytanie dlaczego, kto przepisał i jakby od kiedy, było tłumaczone, że sami sobie wzięli i zażywali. (10_ExPL_K28)

Ta sytuacja uległa zmianie gdy ukraińska Rada Ministrów podpisała dekret, zgodnie z którym od 1. sierpnia 2022 r. w Ukrainie wolna sprzedaż antybiotyków została zakazana. Od tej pory takie leki są dostępne wyłącznie na receptę. Rozmówcy przebywający w Polsce od czasu pełnoskalowej inwazji mogą nie posiadać informacji na ten temat. Jedna z ekspertek podzielała ten pogląd:

Tak, wcześniej tak było dla nas, chyba wprowadzili zmiany przez te ostatnie 2 lata, bo teraz antybiotyk chyba trzeba kupować też na receptę jak w Polsce. Wcześniej było inaczej. 2_ExUA_K26

Jednocześnie część osób, wręcz przeciwnie, kupuje część leków w Polsce i przewozi je/przywozi na Ukrainę. Może to wynikać z niedoboru niektórych leków na Ukrainie, czy też z postrzeganej jakości polskich leków. Dlatego aktywnie kupują witaminy, suplementy diety, środki przeciwbólowe.

Moja siostra jest farmaceutką i twierdzi, że polskie leki są lepsze od ukraińskich. Natomiast przewożę witaminy i suplementy diety z Polski na Ukrainę. (6_MIUA_K43)

Generalnie sytuacja z lekami z czasem się stabilizuje. Migranci wyrabiają sobie nawyk otrzymywania recept, także elektronicznych, a leki w swoim kraju kupują z wyprzedzeniem, aby nie mieć pilnych problemów.

Warto zauważyć, że istnieją leki, na przykład środki antykoncepcyjne, których stosowanie różni się w różnych krajach w zależności od norm prawnych i etycznych obowiązujących w tych krajach. W naszym badaniu nie poruszyliśmy tego tematu ze względu na jego wrażliwość i konieczność stosowania w tym celu odrębnych procedur.

Bariera językowa

Bariera językowa stanowi jedną z najważniejszych przeszkód w dostępie do usług medycznych dla osób, które migrują do Krakowa i Małopolski. Jest ona problemem dla pacjentów, którzy nie mogą swobodnie poruszać się w systemie, nie potrafią w pełni się wyrazić i mogą zostać niezrozumiani. Podobnie, język stanowi poważne wyzwanie dla pracowników - nie chodzi tylko o utrudnioną komunikację, ale o wzięcie odpowiedzialności za konsekwencje ew. nieporozumień i niedopowiedzeń.

W opiece zdrowotnej są jednak takie zasoby, które pozwalają na zniwelowanie tego problemu. Jeden ze szpitali po prostu zatrudnił tłumaczy, pomagali też zatrudnieni obcokrajowcy i możliwość rozmowy w języku angielskim. Ponadto, niektórzy polscy lekarze operują również językiem rosyjskim. Zdaniem jednej z badanych ekspertek, barierę językową można rozwiązać:

Moim zdaniem nie ma barier. W chwili obecnej żadne. A, jeżeli nawet były bariery językowe, to nie w naszym szpitalu, bo zatrudniony kilka tłumaczy. Więc problemie generalnie były rozwiązywane na bieżąco. Poza tym mamy też bardzo dużo zatrudnionych obcokrajowców i nie tylko. Zresztą można też się zawsze dogadać w języku angielskim. Jeżeli jest problem, jeżeli pacjent nie zna polskiego, a terapeuta medyk nie zna ukraińskiego. Poza tym bardzo dużo lekarzy zna język rosyjski i na początku komunikacja była między innymi też w języku rosyjskim (1_ExUA_K36)

Wśród naszych uczestniczek i uczestników jest to jednak głos odosobniony. Osoby badane przekonywały, że bariera językowa stanowi bardzo poważny problem. Języki rosyjski i angielski są obecne w krakowskim systemie opieki zdrowotnej. Ten pierwszy jest obecny w rezydualnej formie wśród starszego pokolenia, które przed transformacją systemową mogło uczyć się tego języka. Natomiast, rosyjski nie jest oczywiście podstawowym językiem w Ukrainie i w obecnej sytuacji politycznej nie jest też chętnie używany. Komunikacja pomiędzy polskim i ukraińskim jest możliwa, chociaż alternatywą jest język angielski, który - z kolei - pojawił się w formie "zinstytucjonalizowanych" rozwiązań ze względu na doświadczenia Krakowa z dużymi wydarzeniami międzynarodowymi:

Na pewno bariera językowa [stanowi problem]. To jest pierwsze. Ja jeszcze jestem z tego systemu, który się uczył rosyjskiego, więc tutaj akurat my z koleżanką jesteśmy 2 pielęgniarki, które są w stanie się porozumieć z nimi po rosyjsku, aczkolwiek nie wszyscy chcą po rosyjsku mówić. Niektórzy chcą tylko po angielsku, ponieważ mówią, że nie będą używać rosyjskiego, mimo że znają rosyjski. Ale ukraiński jest na tyle, że można się dogadać. Natomiast jeżeli chodzi o zachodnich, no to czasami jest tam bariera językowa większa. Ale to tak, jakoś tak jak mówię lekarze młodszy, oni potrafią po angielsku, także tu myślę, że nie ma, nie ma większych problemów. Mamy też takie jeszcze ze Światowych Dni Młodzieży, jak było dużo tutaj w Polsce zagranicznych gości, to mamy też takie jakby skrypty, które tam pomagają. Są pytania, takie podstawowe, które można zadać i tam są, w innych językach, po prostu można nawet pokazać. Tak, że to myślę, że to też nie jest to takie, żeby się nie dało. (11_ExPL_K56)

Poza wypracowanymi rozwiązaniami w instytucjach, sam personel medyczny także wdrożył oddolne rozwiązania. Przede wszystkim są to aplikacje do tłumaczenia. Inna ekspertka wspomniała o tym, kiedy mówiła, że te rozwiązania działają:

Nie, dużo lekarzy, który często, który mają doświadczenie w pracy z obcokrajowcami, po prostu już mają aplikację, którą można po prostu mówić i oni ci też w języku odpowie coś. Lekarze starszego pokolenia często kiedyś tam w szkole uczyły rosyjski, to też może pomóc. No, no prawie nie słyszałam takich przypadków, żeby w ogóle "poszłam do lekarza i skończyliśmy wizyty, bo nie mogliśmy tam coś, znaleźć wspólnego języka, nie. (03_ExUA_K36)

Oczywiście, w przypadku języka angielskiego i migrantów posługujących się nim, a dodatkowo korzystających z prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce, sytuacja jest zupełnie odmienna. Lekarze i personel medyczny posługuje się językiem angielskim, a komercyjny charakter usług reguluje ich płynność. Komercyjni usługodawcy umożliwiają umawianie wizyt przy pomocy aplikacji internetowej działającej jako filtr. Pacjenci zaznaczają język angielski jako preferowany i są przydzielani do odpowiednich specjalistów i obsługiwani w tym języku:

Moderator: A jak z nimi rozmawiasz? W sensie: czy mówisz po polsku?

Uczestnik: Jeszcze nie. No więc, to jest angielski. Więc tak. Szukam, no powiedzmy, zaznaczam w aplikacji filtr "tylko angielski". (7_GR_M37)

Język angielski jest wykorzystywany również w publicznej opiece medycznej, kiedy pracuje się z pacjentami z innych krajów niż Ukraina, lub, kiedy próby porozumienia przy pomocy polskiego i ukraińskiego są nieskuteczne.

Białorusinami czy tam nie wiem Hindusami czy tym Australijczykiem. No to rzeczywiście po angielsku można się dogadać. Natomiast no powiem, rzeczywiście jest tak jak są jeszcze Ukraińcy, jeszcze się to zdarza, którzy mówią po ukraińsku, bądź po rosyjsku. Bardziej po ukraińsku. I ten polski jest... czasem jest rzeczywiście tak, że się da dogadać, ale czasem jest tak, że nie da się zrozumieć. No i to jest myślę, że taka metoda wypróbowana przez kolegów, moich kolegów lekarzy, że po prostu na to, że pacjent wpisuje, ja wpisuje i pokazujemy sobie. To się rzadko zdarza, ale jeszcze są takie przypadki, że właśnie, no, ciężko się dogadać. (8_ExPL_M35)

W skrajnych - ale nie odosobnionych - przypadkach, do porozumiewania się wykorzystywane są aplikacje. Według doświadczeń, którymi podzielili się nasi badani z UE, język wyznacza różnicę między prywatnym a publicznym sektorem i między administracją a lekarzami. W prywatnych podmiotach komunikacja w języku angielskim jest możliwa. W przypadku podmiotów publicznych, to lekarze w typowych przypadkach posługują się tym językiem, podczas gdy pozostały personel raczej nie:

Główna różnica w moim doświadczeniu, pomiędzy prywatnym, a publicznym sektorem usług zdrowotnych, a w szczególności szpitali, polega na tym, że trudno mi otrzymać to, co chcę lub potrzebuję. Powiedzmy, że względu na to, że nie jestem w stanie tego zakomunikować. Bardzo często zdarzało się, że na te wszystkie wizyty, na które musiałem iść do szpitala, na te ponowne badania i testy, musiałem prosić moją partnerkę, która jest Polką, żeby zadzwoniła za mnie i porozmawiała z sekretarką czy rejestracją. To tu leży problem. Na pierwszej linii, gdzie rozmawiasz z kimś z administracji - ponieważ sami lekarze czy to w szpitalu, czy nie [mówią po angielsku], z nimi nie miałem problemu. (7_GR_M37)

Komunikacja z personelem medycznym pracującym w pierwszej linii kontaktu - przede wszystkim z punktami rejestracji, jest absolutnie kluczowa by w ogóle uzyskać dostęp do usług medycznych. Jeśli migranci nie mają odpowiednich umiejętności lub zasobów społecznych - np. znajomych Polaków skłonnych pomóc w rejestracji - często nie są w stanie w ogóle umówić wizyty. Jedna z badanych migrantek z doświadczeniem migracyjnym w Wielkiej Brytanii zwróciła na to uwagę mówiąc:

Rejestracja do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej była trudna nawet w języku angielskim. Aby umówić wizytę musiałam polegać na znajomych mówiących po polsku. [...] Dostęp do usług medycznych jest iluzoryczny jeśli nie zlikwiduje się barier językowych. W Wielkiej Brytanii pracowałam w pomocy językowej przy rejestracjach telefonicznych. Rejestracja powinna być dostępna po angielsku, a lekarze powinni mieć dostęp do tłumaczy przez telefon. Wszystkie instytucje medyczne powinny mieć usługi językowe, a informacja, jakimi językami posługują się lekarze powinna być powszechnie dostępna. (9_MiTR_K48)

Odwołując się do swoich doświadczeń zagranicą, nasza rozmówczyni zwróciła też uwagę na to, że kontakt ze specjalistami powinien być również umożliwiony przez tłumaczy (dostępnych choćby telefonicznie). Pomocne mogłoby również być informowanie, jakimi językami posługują się poszczególni lekarze. Co bardzo ważne, zwróciła również uwagę na to, że bez przewyciężenia tych podstawowych barier komunikacyjnych nie jest możliwy równy dostęp do usług medycznych pomimo ram formalnych mogących prawnie gwarantować taki dostęp.

Poza utrudnionym dostępem, kwestia językowa utrudnia również porozumienie podczas udzielania usług medycznych. Inny ekspert zwrócił uwagę na to, jak kluczowa jest precyzyjna komunikacja, a w związku z tym pozorna lub niedostateczna znajomość języka może być również szkodliwa:

I bardzo przepraszam, ale to, że ktoś potrafi powiedzieć "dzień dobry" i "do widzenia" w Żabce nie świadczy o jej poziomie znajomości języka, ale o pewności siebie. Wątpię, czy tym osobom jest łatwo wyjaśnić swoje sprawy zdrowotne lekarzowi i zrozumieć, co lekarz mówi. Właśnie dlatego ludzie potrzebują tłumaczenia czy pomocy w gabinecie lekarskim, bo czasami to jest sprawa życia i śmierci, na przykład, kiedy musisz wyjaśnić coś anestezjologowi, nie? I musisz być, bardzo, ale to bardzo precyzyjny. Czasami mała pomyłka może prowadzić do naprawdę paskudnych konsekwencji. (12_ExUA_M25)

Bariera językowa dotyczy więc również poziomu jego znajomości, nie chodzi jedynie o podstawową umiejętność komunikacyjną.

Na korzyść migrantów w wymiarze możliwości porozumiewania się, przemawia fakt, że wraz z upływem czasu przebywają w Polsce coraz dłużej. Jak zauważył jeden z uczestników badania, po początkowych problemach, wypracowywane są rozwiązania, a przede wszystkim - osoby, które przyjeżdżają do Krakowa coraz łatwiej porozumiewają się w języku polskim:

Teraz oczywiście po kilku latach już oni się nauczyli polskiego tutaj więcej raczej częściej mówimy z nimi po polsku niż po angielsku. Na początku były rozwiązania takie, że po prostu byli tłumacze albo ochotnicy, którzy chętnie... lekarze podwójnojęzyczni tak zwani, którzy tłumaczyli. A teraz już po prostu to jakby zanika, tak, ponieważ zaczynamy się po prostu rozumieć, więc tutaj powoli już nie ma tego problemu. (10_ExPL_K28)

To powoduje, że bariera językowa przestaje odgrywać tak krytyczną rolę. Byłoby jednak poważnym nadużyciem zignorować kwestię języka jako bariery w dostępie do usług medycznych dla migrantów mieszkających w Krakowie i Małopolsce.

Tłumaczki i tłumacze

Skoro język i bariera językowa stanowią tak istotny problem, to funkcja tłumacza ma kapitalne znaczenie w relacjach pomiędzy pacjentami-migrantami, a systemem opieki zdrowotnej. Są takie osoby wśród migrujących do Krakowa i Małopolski, którym niezwykle trudno nauczyć się języka polskiego. Dotyczy to zarówno osób, które posługują się językami (i alfabetykami) bardzo różnymi od polskiego, ale także osób, które nie mają zasobów by naukę podjąć lub z sukcesem ukończyć. Jeden z badanych powiedział nam, że co prawda uczy się języka ze względu na pracę, ale w kontaktach medycznych potrzebuje pomocy:

Chodzę na kursy językowe, jest to niezbędne do pracy. Ale mówię słabo. Z lekarzami komunikuję się poprzez tłumacza-wolontariusza. (3_MiUA_M56)

W związku z tym, że potrzeba pośredniczenia w interakcjach związanych z korzystaniem z usług medycznych jest realna, niektóre instytucje i ich pracownicy i pracowniczki dostosowują się do coraz bardziej powszechnej obecności obcokrajowców wykorzystując swoje zasoby ludzkie i chęć do zrozumienia, żeby pokonywać barierę językową. Jedna z ekspertek z doświadczeniem migracyjnym opowiedziała o tym, jak w przychodni, gdzie była na wizycie, opowiedziano jej o stosowanych tam rozwiązaniach:

No na przykład kiedy ja byłam na wizycie, to, no, byłam w stanie wszystko wytłumaczyć i, i pani mnie rozumiała, i, i wszystko było dobrze, i ja zapytałam się ostatnio, czy, czy oni sobie radzą z obywatelami Ukrainy, bo, no bo mam znajomych i chciałabym pani polecić, żeby tutaj skorzystali z tej wizyty, tutaj w tej przychodni. I ta pani doktor powiedziała, że radzą, że ona stara się zrozumieć pacjenta, że korzysta z tłumaczy [translatorów], że pacjent też stara się i ona stara się, i jakoś sobie radzą, ale oprócz tego u nich jest lekarz, w tej przychodni, który posługuje się językiem rosyjskim, że jak coś, to jest taka możliwość. (4_ExUA_K33)

Inna badana ekspertka - Ukrainka pracująca w jednej z krakowskich organizacji pozarządowych jako asystentka mobilna osób migrujących przymusowo do Krakowa - w następujący sposób mówiła o wyzwaniach z komunikacją pomiędzy pacjentami - obcokrajowcami a medykami - Polakami:

Narzekają, no w mojej obecności narzekają na pacjentów z Ukrainy. Tak ja często to słyszę. Słyszę "pacjenci, przyszedli z Ukrainy", "totalnie nie mogłam się z nią dogadać", "ona coś chciała, ale nie mogłam się z nią dogadać". Słyszę: "fajnie, że pani jest, bo bym się nie dogadała z nią." No i cały czas takie teksty. (...) I tego nie było tyle, albo w ogóle nie było wcześniej, jakiś rok temu było tego mniej. To były takie pojedyncze wypadki, no może troszeczkę więcej, ale teraz? Właśnie tak teraz tego jest dużo, dużo, więcej. (2_ExUA_K26)

Jednocześnie zwraca uwagę na to, że we wcześniejszych fazach konfliktu polscy medycy z którymi ona obcowała wykazywali się większą tolerancją i zrozumieniem dla pacjentów nie władających językiem polskim. Aktualnie o wiele częściej zauważa przypadki uskarżania się przez medyków na pacjentów, którzy nie znają polskiego.

Według uczestniczek i uczestników badania, zmiana ma złożony charakter i nie polega tylko na przemianach postaw wobec przymusowych migrantów z Ukrainy. W związku z długim trwaniem konfliktu w Ukrainie i wygaszaniem form doraźnej pomocy, na przykład przez organizacje pozarządowe, usługi tłumaczenia znikają z oferty dostępnej dla osób, które migrują. Opisała to jedna z ekspertek:

No szukają jakiegoś rozwiązania. Na początku wojny to było dużo pomocy, że sami tłumacze zgadzali się tłumaczyć za darmo w jakichś ciężkich przypadkach. Albo, albo były fundacje, organizacje, które wspierały takie osoby i opłacały po prostu te usługi tłumaczy dla obywateli Ukrainy, na przykład jeśli ktoś chciał sobie wyrobić nowe orzeczenie o niepełnosprawności tutaj. I potrzebował tu, no, tam kilku dokumentów, to już stanowi koszt, a osoba jest z niepełnosprawnością, nie pracuje w Ukrainie też, nie pracowała na przykład, a my mamy znacznie mniejsze te, no ten zasiłek jakiś czy pomoc. (4_ExUA_K33)

Jednocześnie, wymogi dotyczące tłumaczeń - w tym również dokumentacji medycznej - nie zmieniły się na przestrzeni lat trwania wojny. Pod nieobecność tłumaczy i środków - na przykład - z organizacji pozarządowych, instytucje udzielające usługi medyczne wciąż wymagają i potrzebują tłumaczeń.

Jedna z badanych wolontariuszek wyraziła wątpliwości co do tego, czy wymóg obecności tłumaczy stanowi rzeczywistą potrzebę w niektórych przypadkach, opisując historię podopiecznej, którą wysłała samą na zabieg, ponieważ pomagała w tym czasie innej osobie:

Dostałam telefon z rejestracji i on mówi, zaczyna krzyżeć na mnie po prostu o siódmej rano krzyżeć na mnie, że było wielokrotnie powiedziane pani, że nie przyjmujemy ją na oddział, nie przyjmujemy, pani musi być z tłumaczem, bo ja tutaj mam masę ludzi i ja muszę jej poświęcać więcej czasu, a ja nie mam tego czasu i takim strasznie podniesionym głosem do mnie. (2_ExUA_K26)

Poza kontekstem emocjonalnym, ta interakcja z recepcjonistą również pokazuje problem dotyczący dodatkowego wysiłku i pracy, która musi zostać wykonana w celu porozumienia. Natomiast dalsza część tej samej historii wskazuje na symboliczny wymiar wymogu obecności tłumacza. Okazał się bowiem, że faktycznie obecność tłumaczki nie była potrzebna, a po jej przyjeździe okazało się, że usługi były realizowane:

I nikt nie potrzebował ode mnie żadnego tłumaczenia, nawet anestezjolog nie przyszedł do niej, żeby z nią porozmawiać. Jeszcze czekałam pod salę operacyjną, ale wygonili mnie, nakrzyżały na mnie pielęgniarki i ja sobie poszłam. (2_ExUA_K26)

Może to wynikać z wielu powodów w tym efektem braku systemowych rozwiązań i typową wadą doraźnie stosowanych rozwiązań - dezorganizacją i brakiem koordynacji.

Dokumentacja medyczna w języku obcym

Specyficznym zagadnieniem związanym z barierą językową przy udzielaniu usług medycznych cudzoziemcom jest sprawa tłumaczeń dokumentacji medycznej. Niezależnie od oddolnych rozwiązań, czy też zmian postaw, historii chorób, wyniki

badań i zalecenia w języku obcym muszą być precyzyjnie i jasno zrozumiałe dla personelu medycznego udzielającego dalszej pomocy osobom przyjeżdżającym z zagranicy do Krakowa i Małopolski.

Dokumentacja w języku obcym może być niezrozumiała także ze względu na inne sposoby jej sporządzania, w tym zapis odręczny. W przypadku języka ukraińskiego, dodatkową barierę stanowi zapis przy pomocy odmiennego alfabetu niż stosowany w Polsce łaciński. Jedną z badanych ekspertek, która pomagała w tym obszarze w polskiej instytucji opieki medycznej, podkreślała trudności związane z rozszyfrowaniem tak prowadzonej dokumentacji:

Największym problemem, który, z którym ja się spotkałam, jeżeli chodzi o dokumentację medyczną, to dokumentacja medyczna prowadzona po prostu, pisana ręcznie. Jest to bardzo duży problem, żeby się rozczytać, oprócz tego, że jest dokumentacja w języku ukraińskim, dla na przykład Polaków jest to bardzo duże utrudnienie. To jeszcze tak napisana, że po polsku praktycznie jest trudna do rozszyfrowania, a co dopiero w innym języku. No ale była bardzo dobra współpraca. Nawet pamiętam takie były przypadki, kiedy - szczególnie na hematologii i onkologii były takie przypadki - kiedy dzwoniłiśmy do lekarzy z Ukrainy i przez telefon im tłumaczyłam. (1_ExUA_K36)

Żeby uniknąć poważnych nieporozumień i ze względu na odpowiedzialność ciążącą na udzielających usług medycznych, wymaga się tłumaczeń przysięgłych dokumentacji medycznej w języku obcym. Zasada ograniczonego zaufania do historii choroby wygenerowanej w innym systemie opieki zdrowotnej i ogólne zasady przyjęte powodują, że w szpitalach i przychodniach i tak dokonuje się wywiadów z pacjentami, żeby ustalić fakty na nowo. To sprawia, że kwestia języka i komunikacji z pacjentami z zagranicy jest podwójnie istotna. Jedną z ekspertek z Ukrainy pracującą w krakowskim szpitalu wyjaśniła, że jedyna dokumentacja włączana do akt pacjentów to ta przetłumaczona u tłumaczy przysięgłych:

Ale teraz jest taki obowiązek, że powinien pacjent przyjść z przetłumaczoną dokumentacją medyczną przez tłumacza przysięgłego. [...] Szpital traktuje każdy dokument poważnie, a jakby przede wszystkim jest wywiad z pacjentem. Więc na tych wywiadach też się opieramy. Ale trzeba mieć przetłumaczone dokumenty przysięgłym żeby... najlepiej tak, jeżeli chcemy, żeby te dokumenty były brane pod uwagę i wpisywane do dokumentacji medycznej, elektronicznej szpitalu. (1_ExUA_K36)

Z naszych wywiadów wynika, że zdarzają się jednak przypadki, kiedy z jakichś powodów tłumaczenia nie są przygotowane rzetelnie lub są przez polskich lekarzy kwestionowane. Usługa tłumaczenia przysięgłego jest kosztowna, więc ewentualne nieuwzględnienie dokumentacji medycznej przez lekarza oznacza znaczną stratę finansową dla pacjentów-cudzoziemców. Badana przez nas wolontariuszka obsługująca głównie migrantów przymusowych w Krakowie opisała nam powtarzającą się sytuację, kiedy - w jej odbiorze - lekarze kwestionują przetłumaczoną zgodnie z przepisami dokumentację, demonstrując niezrozumienie i niezadowolenie:

Często miałam tak, że są przetłumaczone dokumenty przysięgłym tłumaczem. Przychodzisz do lekarza. On tak patrząc to czyta i mówi, że "ja tutaj nic nie rozumiem, w ogóle nie wiem, kto to tłumaczył". Ja mówię, "no wasz przysięgły, tłumacz, tam jest pieczęć". On na to, że... on mówi, "a no to, a to? Ja tego nie potrzebuję. Ja tutaj połowy nie rozumiem." O no to jest i tyle pieniędzy idzie po prostu w kosz tak, ale tak to nie są, to nie są pojedyncze przypadki. Tak się częściej zdarza, tak? Zależy od lekarza, jakby, tak powiedziałabym, że 50 na 50. (2_ExUA_K26)

Może to wskazywać na problem, że tłumacze przysięgli, niewyspecjalizowani w medycznej terminologii i specyfice językowej krajów pochodzenia migrantów, mogą być nieprzygotowani do opracowywania specjalistycznych tłumaczeń w tym zakresie i sam fakt tego, że tłumaczenia mają charakter przysięgły, nie gwarantuje ich bezwarunkowej przydatności w sektorze medycznym.

Z jednej strony, wg relacji, które zebraliśmy - są lekarze, którzy z rezerwą podchodzą do tłumaczeń dokumentacji medycznej, ale też powiedziano nam o lekarzach, którzy zadają sobie trud, żeby samemu tłumaczyć materiały na temat historii choroby cudzoziemców. Badany obywatel UE opowiedział nam o swoim pozytywnym zaskoczeniu dociekliwą postawą lekarzy w jednym z krakowskich publicznych szpitali, którzy sami wyszli z inicjatywą zrozumienia dokumentacji z zagranicy:

Lekarze zrobili coś, co mnie zaskoczyło. Chcieli dostać pełną dokumentację, którą miałem ze Słowacji, bo tam zostałem zdiagnozowany, kiedy mieszkałem w Słowacji. Więc miałem tę dokumentację, papierową i rezonans na DVD. No więc, jak rozumiem, oni sami zadali sobie trud, żeby przetłumaczyć przy pomocy Google translatora, żeby zrozumieć, jakie informacje są w tej dokumentacji, którą miałem ze sobą ze Słowacji. Ale i tak zrobili co, myślę, że po prostu wynika z protokołu postępowania, czyli powiedzieli, no dobra, nie mamy solidnych danych, więc zaczniemy od początku. Więc zrobili mi rezonans od nowa. (7_GR_M37)

Oczywiście - podobnie jak w przypadku migrantów spoza UE - w szpitalu zdecydowano się na zgromadzenie danych o pacjencie od nowa.

W przypadku leczenia ambulatoryjnego, zwłaszcza w pogotowiu ratunkowym, tłumaczenie dokumentacji medycznej cudzoziemców ma jeszcze inne znaczenie. W celu udzielenia odpowiedniej pomocy, w niektórych przypadkach, znajomość wcześniejszych diagnoz i przebytych zabiegów czy farmakoterapii może stanowić kluczową informację dla udzielania pomocy w sytuacji nagłej, do której wzywa się pogotowie ratunkowe. Osoba badana, która pracuje w oddziale ratunkowym opowiedziała nam o tym problemie:

No bo często jeździ się do miejsc, w których ci ludzie mieszkają. Do miejsca mieszkania. I oni posiadają dokumentację na przykład z poprzedniej hospitalizacji. To jest dokumentacja napisana w innym języku. Nie jest przetłumaczona i podejrzewam, że tam znajdują się kluczowe informacje, które są konieczne do tego, żebyśmy o tym wiedzieli, o stanie tego pacjenta. No a bardzo często zdarza się tak, że ta dokumentacja nie jest przetłumaczona i to generuje problem też, no bo my musimy wiedzieć takie rzeczy, no a jednak to dziś jest ograniczone. I to faktycznie ten problem widać, że emigranci nie widzą może potrzeby takiej, żeby to tłumaczyć. A to jest naprawdę ważne, że gdzieś powinna być informacja taka, że skoro mieszkają tu jakiś okres czasu, to żeby te dokumentacje, które są ważne w szczególności medyczne, które dotyczą takich rzeczy, czy zabiegów przebytych, czy hospitalizacji, które są naprawdę ważne, powinny być przetłumaczone po to, żeby w razie jakiegoś pogorszenia stanu chorego no ta osoba, czy miejsce, do którego ona trafi, miały możliwość dowiedzieć się jakby, no jaki był stan tego chorego. (7_ExPL_M31)

W przypadkach kontynuowania terapii, zaplanowanych wizyt i intencjonalnych decyzji dotyczących zdrowia, migranci mogą dowiedzieć się o wymogu tłumaczenia dokumentacji medycznej i nawet mimo wysokich kosztów, uzyskać ją. Natomiast ci, którzy mogą być potencjalnie zaskoczeni przez sytuację zagrażającą zdrowiu lub życiu, a są na to nieprzygotowani - tj. nie posiadają przetłumaczonej historii choroby, narażeni są na poważne ryzyko. Tym poważniejsze, im większe znaczenie

wcześniejsze ustalenia czy zapisane leki mają dla udzielania ewentualnej nagłej pomocy.

Nieporozumienie dotyczy także głębokich struktur podzielanych znaczeń i zapewne wymaga wysiłku po obu stronach. Jednym z rozwiązań, o którym szerzej traktujemy poniżej jest pojawienie się w systemie ochrony zdrowia coraz większej liczby obcokrajowców którzy są w stanie lepiej zrozumieć pacjentów zagranicznych.

Inne bariery dostępne

Osoby badane najczęściej pozytywnie opisywały swoje doświadczenia z systemem ochrony zdrowia w Polsce. Jeśli wskazywały, że mają lub miały problem z dostępem do systemu to nie na poziomie formalnym, lecz praktycznym. Utrudnienia, na które natrafiają są na ogół powiązane nie tylko z barierami ogólnosystemowymi (dotyczące wszystkich użytkowników i użytkowniczek posiadających obywatelstwo polskie), ale dotyczą również spraw kulturowych. Oprócz wyzwania językowego, o którym traktowaliśmy powyżej, część osób z którymi przeprowadzaliśmy wywiady wskazywała na przykład na “dystans emocjonalny” pomiędzy pacjentami i medykami jako utrudniający efektywną komunikację. Jedna z osób badanych opisywała tą barierę w następujący sposób:

Jest jeszcze bariera ... związana z tym, że często jest tak, że tutaj lekarze mają dużo osób i mogą poświęcić osobie 5 minut. A u nas osoby przyzwyczajeni być na wizycie dłużej. I oni zaczynają opowiadać o wszystkich swoich chorobach, od urodzenia (...) i to jakby w większości przypadków lekarza, jakby denerwuje i ja to widzę ... i jakby ja też rozumiem lekarza, ale też rozumiem tego pacjenta, ale jest taki dystans bardziej emocjonalny. To, że oni tego nie rozumiem. Dlaczego? Bo lekarz nie chce ich wysłuchać. Oni mają takie wrażenia nie bycia wysłuchanymi jak wychodzą z tej wizyty. (2_ExUA_K26)

Wyżej wymieniony postrzegany dystans emocjonalny przekładał się również u niektórych badanych na brak zaufania wobec polskiego systemu ochrony zdrowia. Jedna z badanych ekspertek w następujący sposób mówiła o tym problemie:

Mam 3 pracowników, którzy leczą się w Ukrainie, jeżdżą do lekarza w dalszym ciągu. (...) Bo po pierwsze brak zaufania do polskiego systemu, po drugie takie długie oczekiwanie na usługę. (...) I po prostu nie odnajdują się w tym systemie i wolą pojechać do Ukrainy. (9_ExPL_K40.)

W powyższym cytacie nasza rozmówczyni wskazuje jeszcze na inne powody (kolejki i ogólna wiedza na temat systemu) dla których znani jej imigranci z Ukrainy decydują się na korzystanie z tamtejszego systemu ochrony zdrowia raczej niż z polskiego, tym niemniej brak zaufania odgrywa tu ważną rolę.

Na niewystarczające zaufanie do jednego z kluczowych elementów polskiego systemu ochrony zdrowia - lekarzy rodzinnych - zwracał uwagę również inny nasz rozmówca - ekspert Polak. Jego zdaniem wynikało to z tego, że pacjenci z Ukrainy nie mieli dużego doświadczenia korzystania z lekarza rodzinnego¹³. Mówił o tym w następujący sposób:

Znaczy, mogło to wynikać rzeczywiście, że instytucji lekarza rodzinnego nie ma na Ukrainie i może rzeczywiście ci pacjenci nie do końca tak ufali. Może uważali, że polskie leczenie może być jakieś gorsze ... co im nie pomogło. I też taka może moja teoria. (8_ExPL_M35)

Jeszcze inna nasza rozmówczyni - migrantka z Ukrainy mówiła o obawach uchodźców przed korzystaniem z systemu ochrony zdrowia w Polsce zwracając uwagę nie tyle na elementy zaufania co strachu.

(...) ze strony samych uchodźców strach. Strach, że ciebie nie zrozumieją, że nie chce ciebie zrozumieć lekarz. A dużo mi to, dużo, jak, jak otwierasz Internet, specjalnie media ze strony Ukraińców, to wszyscy mówią: wy tu nikomu niepotrzebni, nic nie czekajcie od władzy, od lekarzy, przez to tych mitów dużo i wiarę dla tych mitów dużo. (1_MiUA_K_40)

Tym samym wskazywała na to, że na wzory korzystania z systemu ochrony zdrowia tak przez migrantów przymusowych jak i ekonomicznych kluczową rolę mają postawy wobec określonych grup migrantów. Jeśli migranci czują się w danym

¹³ Reforma systemu ochrony zdrowia w Ukrainie z 2018 roku przewiduje opiekę u lekarza rodzinnego. Zdecydowana większość pacjentów podpisała te umowy z tymi samymi lekarzami, którzy byli wcześniej ich lekarzami rejonowymi, więc faktycznie nic się dla nich nie zmieniło. Z drugiej strony dla Ukraińców lekarz rodzinny nie jest "barierą" w drodze do lekarzy specjalistów. Jeżeli ktoś nie wie do jakiego specjalisty się udać, zaczyna od wizyty u lekarza rodzinnego. Ale jeśli wie, gdzie się udać, to idzie od razu do specjalisty.

społeczeństwie "mile widziani" to również z mniejszymi obawami korzystają z oferowanych w nim usług medycznych.

W ciągu ostatnich lat można dostrzec bardzo dużą fluktuację postaw wobec różnego typu migrantów w polskim społeczeństwie i grup narodowych do których przynależą. Przed rozpoczęciem pełnoskalowej inwazji rosyjskiej w Ukrainie między 35-40% polskiego społeczeństwa była przeciwna przyjmowaniu przez Polskę ukraińskich uchodźców z terenów objętych konfliktem. Po lutym 2022 ta sytuacja uległa diametralnej zmianie i poniżej 10% społeczeństwa była niechętna takim działaniom bądź nie miała na ten temat opinii, a zdecydowana większość Polaków była za przyjmowaniem migrantów przymusowych z Ukrainy i wielu aktywnie włączyło się w pomoc uchodźcom (CBOS 2022, Czerska-Shaw et al 2022). Po znaczącym wzroście postaw prouchodźczych w stosunku do osób przybywających z Ukrainy po lutym 2022¹⁴ oraz spadku niechęci do narodu ukraińskiego (z 25% w 2022 roku do 17% w 2023) w ostatnim roku znów nastąpił wzrost niechęci do obywateli i obywaterek Ukrainy do 30% (CBOS 2024). Wspominały o tym również nasze rozmówczynie i rozmówcy. Jedną z naszych rozmówczyń - ukraińska lekarka, która rozważa nostryfikację swojego dyplomu w Polsce mówiła o tym w następujący sposób:

Jestem zarejestrowana na jakichś medycznych portalach, tam gdzie mają dostęp tylko lekarze, że jakiegoś komentarza nie widzą na przykład ludzie spoza służby zdrowia i że bardzo negatywnie polskie lekarze w ogóle oceniali, że obywatele Ukrainy będą mogli pracować tutaj jako, na tych zasadach ustawy covidowej (..) no jest takie coś, że, ta konkurencja, czy to konkurencja po prostu, czy, no, trudno, trudno mi powiedzieć (...) Jest coś takiego, że jakieś, no, takie nierówności, jakaś dyskryminacja, podważanie kompetencji, że u nas jest gorzej rozwinięta czy ochrona zdrowia, czy lekarze jakoś mniej wykwalifikowani, (..). Mówię że na jakiegoś bardziej nawet zamkniętych portalach dla lekarzy takie opinie były. I to też jakoś zniechęca, zniechęca lekarza iść w tą branżę ...(1_MiUA_K_40)

Naszą rozmówczynię zaskakuje to, że na profesjonalnych forach lekarskich widzi negatywne opinie na temat medyków ukraińskich, którzy podejmują zatrudnienie w systemie ochrony zdrowia w Polsce i kwestionowanie ich kompetencji. Rozważa

¹⁴ Nie dotyczyło to osób ubiegających się o ochronę międzynarodową przybywających z innych krajów między innymi przez granicę polsko-białoruską (Fiałkowska i Judzińska 2025)

wejście na ścieżkę złożonej procedury nostryfikacyjnej ale lektura komentarzy na forach branżowych jej do tego nie zachęca.

Ogólnie nasi rozmówcy bardzo rzadko przywoływali przykład otwartej dyskryminacji. Jedną z nich była migrantka z Ukrainy, która w następujący sposób opisała doświadczenie nierównego traktowania:

Ale mnie wysłuchali i postawili w kolejce za 2 tygodnie. Kiedy przyjechałam, zaczęły się poważne problemy od nieporozumień ze strony Polaków. Ponieważ w całym Krakowie są tylko 2 gabinety. Byłam umówiona na godzinę 11, a pielęgniarka z jakiegoś powodu ciągle pomijała mój numer. Nie mogłam zrozumieć dlaczego. Osoby w kolejce usłyszały, że mam akcent i zaczęły mówić, że mamy kolejki z powodu Ukraińców, mimo że w tej chwili byłam jedyną Ukrainką w kolejce.(6_MiUA_K43)

W innym odnotowanym przez nas przypadku nierównego traktowania lekarka przyjmująca pacjentkę - migrantkę w przychodni bezpodstawnie zażądała dowodu wykonania szczepienia anty-covidowego, a gdy go nie otrzymała to wyprosiła pacjentkę z gabinetu (1_ExUA_K36). Wydarzenie to mogło mieć kontekst nie tyle nierównego traktowania wobec obcokrajowczynie co osoby, która nie jest zaszczepiona. Tym niemniej została odczytana jednoznacznie przez naszą rozmówczynię w ten pierwszy sposób. Choć tego typu opisy pojawiały się w naszych wywiadach bardzo rzadko, to miały one silny negatywny wpływ na postrzeganie przez migrantów polskiego systemu ochrony zdrowia.

Lekarze zagraniczni w państwowym systemie opieki zdrowotnej i poza nim

W polskim - a tym samym i krakowskim - systemie opieki zdrowotnej pojawia się w ostatnich latach coraz więcej medyków obcokrajowców. Jednym z mechanizmów formalnych, który umożliwił cudzoziemcom łatwiejszy dostęp do rynku pracy w polskim systemie ochrony zdrowia była ustawa Covidowa. Innym¹⁵ były ułatwienia w

¹⁵ Szczegóły tych regulacji są dostępne w art 1 Ustawy traktującym o Art. 61. Wykonywaniu zawodu lekarza albo lekarza dentysty przez obywatela Ukrainy (System Informacji Prawnej LEX, 2025), <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/pomoc-obywatelom-ukrainy-w-zwiazku-z-konfliktem-zbrojnym-na-19216115/art-61>

dostępie do rynku pracy dla medyków ukraińskich wprowadzone na mocy regulacji ustawy z 12 marca 2022. Ich obecność jest doceniana przez polskich ekspertów z którymi rozmawialiśmy na potrzeby badania i w bardzo istotny sposób pozwala przewyciężyć choćby część barier dostępu do ochrony zdrowia dla migrantów.

Jak zauważyła jedna z badanych osób:

Teraz dobrze, że w szpitalach pojawili się ukraińscy lekarze i rozmawiamy z nimi językiem zrozumiałym dla wszystkich i nie chodzi o język, tylko o jeden system znaczeń. (4_MiUA_K46)

Powyższy cytat wskazuje na to jak istotną rolę w efektywnej komunikacji w kontekście systemu ochrony zdrowia odgrywa język. Pojawienie się coraz większej liczby ukraińskich medyków w polskim systemie zdrowia pozwala pacjentom ukraińskim na uzyskanie lepszej jakości usług dzięki możliwości pełniejszego skomunikowania się z personelem medycznym. Ich rola jest szczególnie istotna w przestrzeniach, które generują znaczne pokłady obaw wśród migrantów pacjentów czyli wszelkich kontekstach szpitalnych. Wiąże się ona między innymi z możliwościami szybszego porozumienia się między medykami i pacjentami imigrantami, które to może przyczynić się do sprawniejszego wydania diagnozy i efektywniejszego i mniej kosztownego leczenia.

Jednym z takich obszarów gdzie obecność medyków zagranicznych wydaje się szczególnie ważna to ginekologia i położnictwo. Wśród naszych rozmówczyń - ekspertek były między innymi osoby aktywne w tej sferze mówiące o niej w następujący sposób:

Ukrainkom trudniej jest znaleźć taką położną. Stworzyliśmy w Krakowie punkt wsparcia dla Ukrainek, gdzie staramy się to naszym kobietom tłumaczyć, ... Dziewczyny omawiają przepisy, jak szybko znaleźć położną Idąc na plac zabaw, możesz nawet zapytać mamę z dzieckiem przez tłumacza. Może mieć szczęście, że ta położna nie odmówi, bo bardzo często odmawia, motywując to tym, że ma już komplet pacjentek na pół roku. (5_ExUA_K41)

Z pewnością medyków zagranicznych byłoby więcej w polskim systemie gdyby nie ograniczenia systemowe w tym nade wszystko te związane z uznawalnością

dypłomów i uprawnień zagranicznych. W następujący sposób mówiła o nich jedna z naszych rozmówczyń:

Powiem z własnego przykładu, bo moja koleżanka tutaj po wojnie przyjechała do mnie. Ona jest lekarką. Ona skończyła szpital medyczny z Ukrainie i pracowała tutaj szpitali uniwersyteckim, ale potrzebowała nostryfikacji dyplomu i to był bardzo ciężki i drogi proces ... Gdyby jakoś ułatwić ten cały proces dla naszych lekarzy z Ukrainy, to by był duży plus, bo wtedy by było więcej tych lekarzy z Ukrainy. Wam by to ułatwiło troszeczkę życie, bo u was by było więcej specjalistów, bo u Was też jest wiecznie brak specjalistów ... no i nam by to też ułatwiło życie, bo ta sporo osoby sporo osób by po prostu chodziło do do tych lekarzy ... też zatrudnić jak najwięcej ludzi na rejestracji Też, którzy mówią nie tylko tam ukraińskim, rosyjskim języku, nawet angielskim. Czasami, jak już mówimy o tych imigrantach. No bo faktycznie jest racja, to jest też taki ważny proces leczenia. (2_ExUA_K26)

Jak słusznie zauważyła jedna z ukraińskich ekspertek z którą przeprowadziliśmy wywiad na potrzeby niniejszego badania obecność większej liczby medyków z Ukrainy byłaby korzystna nie tylko z perspektywy lepszej obsługi pacjentów ukraińskich ale, co równie ważne, zapewnienia profesjonalnej opieki nad polskimi pacjentami, którzy stanowią przeważającą większość osób korzystających z przychodni i szpitali. To się wydaje szczególnie ważne w perspektywie dynamicznie starzejącego się polskiego społeczeństwa i coraz większego zapotrzebowania na rozmaite świadczenia medyczne.

Inna nasza rozmówczyni ekspertka mówiła o procesie nostryfikacji dyplomu w Polsce w następujący sposób:

Proces nostryfikacji rozpoczęłam 2 lata temu, miałam dwa podejścia do egzaminu, teraz będzie trzecie podejście. Egzamin jest trudny ... 4 godziny, 200 pytań z różnych dziedzin.(6_ExUA_K50)

Ze względu na ograniczenia systemowe i między innymi trudność i złożoność procesu nostryfikacyjnego wielu medyków zagranicznych zmuszona jest do pracy poza systemem ochrony zdrowia. Tego typu sytuacje odnotowaliśmy we wcześniejszych badaniach prowadzonych przez CASPAR w ramach projektu Małopolska Otwarta (vide np Brzozowski et al. 2023) oraz w wypowiedziach naszych rozmówczyń i rozmówców. Jedna z nich mówiła o nich tak:

To jest do tej pory z tych obcokrajowców, to pracują u nas jeden lekarz, pielęgniarek nie było jak do tej pory innych. Jest jeden lekarz. Jest pani doktor z Ukrainy. I ona pracowała najpierw przez rok w sklepie. Potem robiła nostryfikację dyplomu i w tej chwili pracuje już u nas ponad półtora roku. (11_ExPL_K56)

Praca medyków ukraińskich poza systemem ochrony zdrowia miała miejsce szczególnie często na początku pobytu w Polsce. Z czasem osoby zainteresowane podjęciem pracy w zawodzie podjęły wysiłek nostryfikacyjny i znaczna część z nich - podobnie do osoby z powyższej wypowiedzi - pracuje już w polskim systemie ochrony zdrowia.

Bardzo istotną rolę w rozpowszechnianiu informacji na temat polecanych zagranicznych specjalistów medycznych pracujących w państwowym systemie oraz poza nim odgrywają rozmaite imigracyjne kanały i platformy informacyjne. Mówiła o nich jedna z naszych rozmówczyń wskazując na to, że na jednym z imigranckich kanałów na Telegramie stworzony został plik z informacjami na temat lekarzy i medyków, do których warto iść ale też tych, których warto unikać. Jej zdaniem "Wielu obcokrajowców nie znających języka woli chodzić do tego typu osób" (2_MiBY_K44).

Jednocześnie w Krakowie (podobnie jak w innych dużych miastach Polski) powstały centra usług medycznych dla obcokrajowców, w których pracuje wielu lekarzy z Ukrainy i Białorusi. Jednym z takich miejsc jest Centrum Medyczne "Twój lekarz" (Медичний Центр «Твій Лікар у Кракові - Медицинський Центр «Твой Врач в Кракові» działające również w Warszawie, Poznaniu i Wrocławiu)¹⁶. Powstanie tego typu placówek przejmuje część świadczeń obsługiwanych tradycyjnie przez państwowe placówki, a co ważniejsze zwiększa poczucie komfortu i bezpieczeństwa pacjentów obcokrajowców.

Część migrantów w Krakowie (podobnie do przedstawicieli polskiej diaspory) jeśli tylko może to podróżuje również do swoich krajów pochodzenia celem odbycia konsultacji medycznych lub skorzystania z określonych świadczeń medycznych. Najpopularniejsze są wśród nich świadczenia stomatologiczne. Jedna z naszych rozmówczyń opisywała tego typu "turystykę medyczną" w następujący sposób

¹⁶ Szczegółowe informacje dostępne na temat Centrum dostępne stronie <https://krakow.twojlekarz-wawa.pl/>

Jadą do Ukrainy. Nawet jadą tutaj bliżej granicy do Lwowa, troszkę, troszkę bezpieczniej, bo uważam, że nie ma bezpiecznego miejsca w Ukrainie teraz, ale gdzie tutaj troszkę bezpieczniej niby i jest bliżej, to ludzie tak, jeżdżą do Ukrainy, żeby leczyć zęby. (4_ExUA_K33)

Inna ekspertka ukraińska pracująca od wielu lat w polskim systemie ochrony zdrowia mówiła "leczenie stomatologiczne w Ukrainie to klasyka" (1_ExUA_K36).

Jeszcze inna osoba wspominała też o świadczeniach ginekologicznych po które mieszkająca w Krakowie obywatelka Ukrainy udała się do swego kraju pochodzenia.

A, znam jedną kobietę, która pojechała na zabieg. Potrzebowała zabiegu, coś takiego już po porodzie, ale coś ginekologicznego i po prostu tam było szybciej i taniej, no, pojechała. (03_ExUA_K36)

Część migrantów, którzy z różnych względów (np. politycznych) nie są w stanie podróżować do swoich krajów pochodzenia (dotyczy znacznej części Białorusinów w Polsce) odbywają też zdalne konsultacje z krajowymi medykami. Wspominała nam o takich praktykach nasza rozmówczyni z Białorusi. (2_MiBY_K44)

Strategie adaptacyjne i możliwe rozwiązania

Omawiane przez nas bariery w dostępie i wyzwania dla systemu ochrony zdrowia z jednej strony niwelują się z czasem, ponieważ personel medyczny i pacjenci szukają na bieżąco rozwiązań. Natomiast z drugiej strony, leżące u podstaw tych wyzwań problemy trwają i mogą prowadzić do nierówności w dostępie, kiedy nie każda osoba z doświadczeniem migracji lub migracji przymusowej ma zasoby, żeby stosować rozwiązania ad hoc.

Badana przez nas szefowa organizacji pozarządowej podzieliła się z nami obserwacją na temat dostosowania się pacjentów - migrantów przymusowych do wyzwań systemu:

Moderator: Ale myślisz, że teraz po tych 2 ponad latach się to, że tak powiem, te bariery, o których mówiłaś one się jakoś, że tak powiem...?

Badana: Nie, absolutnie nie, ludzie się po prostu nauczyli. Uzyskali sprawczość mają swoje pieniądze, większość ma prywatnych lekarzy niż ...

Moderator: Powstały ukraińskie kliniki?

Badana: Tak. Uważam, że po prostu tutaj ludzie się bardziej się sobą zaopiekowali czy podmioty różne ludźmi. (9_ExPL_K40)

Wspomniana sprawczość dotyczy migrantów przymusowych czy ekonomicznych z klasy średniej - osób, które posiadają środki do uzyskania dostępu do prywatnych podmiotów i kapitał kulturowy by poszukiwać informacji. Badani zwracali naszą uwagę na zagospodarowanie rynku usług medycznych przez przedsiębiorcze osoby z Ukrainy z tej branży. Omawiane zjawisko jest charakterystyczne dla korzystania z usług medycznych przez Polaków, którzy także zwracają się do sektora prywatnego wobec barier w dostępie do usług publicznych. Podobne do tego są omawiane przez nas wcześniej wzory korzystania z usług medycznych w Ukrainie, które stanowią punkt odniesienia dla osób z doświadczeniem migracyjnym i niejako przygotowują grunt pod tę prywatyzację dostępu.

Podstawowe bariery, które omawiamy w części jakościowej raportu stanowią: niezrozumienie systemu, bariera językowa i zmiany postaw wobec migrantów przymusowych w Polsce po długim czasie trwania rosyjskiej inwazji na Ukrainę. Osoby badane wskazały na możliwe rozwiązania w tych obszarach, które prezentujemy poniżej jako możliwe strategie adaptacyjne dla systemu.

Problem nawigacji niezrozumienia systemu powinien być zaadresowany poprzez edukację pacjentów ale też adaptację systemu opieki zdrowotnej. Badany przez nas pracownik postulował syntetyczną i ujednoliczoną komunikację dotyczącą najbardziej podstawowych zasad funkcjonowania publicznych usług medycznych w Polsce:

No to myślę, że powinno powstać miejsce, czy jakiś dokument, który jasno by mówił. To by był dokument informacyjny, który by skupiał wszystkie te informacje niezbędne do tego, jak w polskim systemie powinien obchodzić się imigrant. Czyli, że w przypadku błahego problemu na początku udaje się do lekarza pierwszego kontaktu czy wieczorem do nocnej świątecznej opieki zdrowotnej a w przypadku stanu nagłego zagrożenia życia na SOR czy wzywa pogotowie ratunkowe po to, żeby po prostu nie występował problem obciążenia systemu. Więc myślę, że takie informacje gdzieś powinny być zawarte. To powinno być ogólnie dostępne tak, żeby trafiło do dużej grupy ludzi, żeby oni byli tego świadomi. (7_ExPL_M31)

Wiemy od uczestniczek i uczestników badania o ulotkach, stosowanych lokalnie instrukcjach, fiszkach i plakatach. Wszystkie te rozwiązania mają charakter doraźny, a także nie adresują problemu globalnego zrozumienia dla systemu. Taka rozproszona i fragmentaryczna komunikacja może jedynie punktowo rozwiązywać problemy złożonego systemu. Postulat prostej komunikacji o podstawach powinien stać się przyczynkiem do dyskusji o zintegrowanej kampanii informacyjnej.

Problem porozumienia to druga fundamentalna bariera. Badane osoby - tak migranckie jak i eksperckie - wskazywały na potrzebę systemowego rozwiązania tego problemu poprzez zatrudnianie tłumaczek lub tłumaczy, ze specjalistycznym przygotowaniem językowym i osobnym zakresem obowiązków, ponieważ takie pośrednictwo jest pracochłonne i obciążające. Wolontariuszka, która pełniła również taką funkcję w ramach swojej asystentury dla osób z doświadczeniem migracji przymusowej, przekazała nam taki pomysł:

Osobę po prostu zatrudnić, która mówi w 3 językach do pracy nawet na rejestracji. (...) I jakby ona przychodzi na wizyty do lekarza, to lekarz dzwoni do niej i ona przychodzi na wizytę i tłumaczy na wizycie i to by mi ułatwiło życie - osoba, która jest po prostu specjalnie zatrudniona do tłumaczenia. To nie jest ktoś na rejestracji, kto coś tam mówi w tym języku, tylko jest po prostu osobny tłumacz. (2_ExUA_K26)

Zarysowana w tej wizji mobilność osoby tłumaczącej ma kluczowe znaczenie. Według niej, jest to taka osoba, która może "przejąć" pacjentów obcokrajowców od etapu rejestracji, ale także "podażyć" za nimi na wizytę lekarską. Takie spojrzenie procesowe uzupełnia perspektywa systemowa osoby badanej zarządzającej NGO, która nie miała wątpliwości, że potrzebna jest inwestycja w osoby tłumaczące:

Uważam, że szpitale powinny otrzymać środki od wojewody na zatrudnienie X w proporcji na liczbę pacjentów tłumaczy przysięgłych, którzy znają język specjalistyczny i niwelują tę barierę. To nie powinno się odbywać NGOsem, to są za poważne rzeczy. Tam zwłaszcza przy przy takich bardzo ciężkich sytuacjach, operacjach tak, nie wiem, wytłumaczenia, co anestezjolog mówi do pacjenta. To wydaje mi się, że absolutnie to powinna być bardzo szybka ścieżka, żeby tacy tłumacze się znaleźli w szpitalach. (9_ExPL_K40)

Wreszcie - niezaadresowanym obszarem jest obecność osób z doświadczeniami migracyjnymi w świadomości społecznej. To również jest zagadnienie komunikacyjne. Procesy migracyjne są częścią krakowskiej i polskiej rzeczywistości, toczy się na ich temat wiele dyskusji, zmieniają się także postawy wobec osób migranckich. Jak wspominaliśmy wyżej niektórzy nasi badani odnotowywali dynamikę wygaszania entuzjazmu i empatii związanych z odruchami solidarności wobec inwazji Federacji Rosyjskiej na Ukrainę. Dowiedzieliśmy się o rosnącej niechęci współ-pacjentów i niektórych przedstawicieli i przedstawicieli personelu. Wydaje się, że jest to pokłosiem - między innymi - braku wyraźnej definicji sytuacji ze strony osób zarządzających. Cytowana powyżej szefowa organizacji pozarządowej zwróciła uwagę na problem milczących założeń i niewyjaśnianych działań w obszarze reakcji na kryzys migracyjny:

A co więcej, nie można nie mówić do ludzi. Czyli jeśli mamy sztab kryzysowy, to ludzie mają prawo wiedzieć, że on się odbył. Kto był w tym sztabie. O czym rozmawiano. Jakie są wyniki tych rozmów. I co z tego będzie wynikało dla mnie, jako dla mieszkańca miasta, nie było tego przez cały przez cały ten okres nie było ani jednej informacji. (9_ExPL_K40)

Te uwagi można ekstrapolować na tematykę obecności osób z doświadczeniem migracyjnym w krakowskiej opiece medycznej. Żeby antycypować uprzedzenia, nieporozumienia, konflikty i niesnaski - warto rozważyć jasną linię komunikacji w tym zakresie. Partnerkami i partnerami takiej rozmowy powinni być nie tylko pacjenci-migranci, ale też pacjenci polscy, personel medyczny i mieszkańcy miasta.

Podstawowym wnioskiem z naszego raportu badawczego powinna być refleksja nad obecnością osób z doświadczeniem migracji w naszym systemie ochrony zdrowia. Jak informują nas uczestniczki i uczestnicy naszego badania, z jednej strony pacjenci dopasowują się sami, a z drugiej strony system punktowo dopasowuje się

do nich. Brakuje rozwiązań zintegrowanych, które wzięłyby pod uwagę niezrozumienie systemu jako całości, kapitalnego znaczenia bariery językowej oraz nieprzygotowania społeczeństwa na zmianę związaną z obecnością migrantów.

Zakończenie

Podsumowanie części ilościowej

Prezentowane dane ilościowe pokazują, że system ochrony zdrowia w Krakowie jest ważnym miejscem kontaktu z pacjentami obcokrajowcami. Na podstawie danych z Dziecięcego Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie wiadomo, że w roku 2023 pacjenci obcokrajowcy z 70 krajów korzystali ze szpitalnego oddziału ratunkowego, a w okresie pięcioletnim od 2019 byli to pacjenci pochodzący z aż 90 krajów.

System opieki zdrowotnej w Krakowie odegrał także istotną rolę dostarczając opiekę medyczną migrantom przymusowym z Ukrainy. W roku 2023, było to 17457 osób korzystających z różnych świadczeń, podczas gdy 32075 osób¹⁷ było zapisanych w rejestrze obywateli Ukrainy i członków ich rodzin w Krakowie. Zaobserwowaliśmy, że liczba pacjentów-migrantów przymusowych spadła o 31% w porównaniu z rokiem 2022 choć liczba udzielanych świadczeń wzrosła w tym czasie o 9% do 87016. To mogło oznaczać bardziej regularne korzystanie z systemu, szczególnie ze świadczeń udzielanych w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Profil demograficzny populacji uchodźców silnie wpłynął na wzorce korzystania z opieki zdrowotnej. Wśród pacjentów migrantów przymusowych przeważały dzieci i kobiety.

Dodatkowo, w 2023 roku, 2801 pacjentów uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji¹⁸ otrzymało 4641 świadczeń, jak również 129 osób ze specjalnym statusem¹⁹ otrzymało 19 świadczeń w jednostkach medycznych w Krakowie.

¹⁷ Serwis Rzeczypospolitej Polskiej (2022). Otwarte Dane, <https://dane.gov.pl/pl/dataset/2715,zarejestrowane-wnioski-o-nadanie-statusu-ukr/resource/51583/table>

¹⁸ Osoby ubezpieczone w państwach Unii Europejskiej lub Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu

¹⁹ Osoby, które otrzymały status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy wydane w wyjątkowych okolicznościach („w celu połączenia się z rodziną”) i które otrzymały świadczenia w szczególnych okolicznościach (osoby które nie ukończyły 18. roku życia lub osoby w okresie ciąży, porodu lub połogu) lub osoby posiadające Kartę Polaka, które otrzymały świadczenia w stanach nagłych.

W podstawowej opiece zdrowotnej pacjenci-migranci przymusowi najczęściej zgłaszali się z chorobami układu oddechowego. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej pacjenci pediatryczni najczęściej zgłaszali się z urazami, a u pacjentów dorosłych, nowotwory złośliwe i opieka położnicza były najczęstszymi powodami korzystania ze świadczeń. Jeśli chodzi o świadczenia udzielane w szpitalnych oddziałach ratunkowych, u pacjentów pediatrycznych i dorosłych najczęstszymi rozpoznaniem były choroby żołądkowo-jelitowe i urazy. Największą część hospitalizacji wynikała z przyczyn onkologicznych.

W przypadku osób ubezpieczonych w państwach UE lub EFTA nastąpił 16% wzrost liczby pacjentów od 2022 do 2023 roku, przy czym najczęściej świadczenia realizowano w szpitalnych oddziałach ratunkowych, podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Jedna czwarta pacjentów była ubezpieczona w Niemczech. Podobnie jak u pacjentów-migrantów przymusowych najczęstszymi rozpoznaniem w podstawowej opiece zdrowotnej były choroby układu oddechowego, a w szpitalnym oddziale ratunkowym - choroby żołądkowo-jelitowe i urazy. Najczęstszymi przyczynami hospitalizacji były nowotwory.

Prezentowane dane ilościowe nie przedstawiają całościowego obrazu korzystania przez cudzoziemców z usług medycznych na terenie Krakowa gdyż zidentyfikowanie migrantów, szczególnie ekonomicznych, w bazach danych jest wyzwaniem, ponieważ informacje dotyczące obywatelstwa i kraju pochodzenia nie są rutynowo gromadzone, szczególnie w przypadku pacjentów ubezpieczonych powszechnie w NFZ. Wskazuje to na potrzebę gromadzenia dodatkowych informacji społeczno-demograficznych. Niemniej jednak, zaprezentowane opracowanie to najbardziej dogłębna analiza korzystania z opieki zdrowotnej przez migrantów w Krakowie na podstawie dostępnych danych.

Podsumowując, w przedstawionej analizie uwzględniono dane z wielu źródeł aby szczegółowo opisać wzorce korzystania z opieki zdrowotnej przez migrantów przymusowych i ekonomicznych w Krakowie. Analiza danych z sektora publicznego z pięciu lat od 2019 do 2023 roku pozwoliła na obserwację potencjalnych zmian. Włączenie informacji z sektora prywatnego zapewniło pełniejszy wgląd w

analizowane zjawisko. Ponadto, informacje administracyjne uzupełniono danymi jakościowymi z wywiadów z pacjentami migrantami i świadczeniodawcami opieki zdrowotnej - co zapewniło dodatkowe informacje na temat wzorców korzystania z systemu opieki zdrowotnej.

Podsumowanie części jakościowej

System ochrony zdrowia w Krakowie i szerzej - w Polsce - w bardzo sprawny sposób przyjął niezwykle wysoką liczbę osób, które migrowały przymusowo po zimie 2022 r. Jest zasadniczo dostępny i dla najbardziej potrzebujących populacji - bezpłatny. Poważny stres związany z wojną został zaabsorbowany przez system, a pacjenci-cudzoziemcy z czasem stali się jego częścią.

Nasze badanie wykazało jednak, że różnice w systemach usług medycznych pomiędzy krajami pochodzenia, a Polską, mają znaczenie. Nie poddajemy analizie rzeczywistych strukturalnych różnic w systemach, np. pomiędzy Ukrainą, a Polską, natomiast przedmiotem zainteresowania są te różnice, które mają kapitalne znaczenie dla przyzwyczajzeń, sposobów korzystania i myślenia o tym, czym system usług medycznych jest i jak się w nim należy poruszać. Oczywiście, ludzie są różni, mają rozmaite doświadczenia, a np. Ukraina - kraj, z którego pochodzi największa część migrantów w Krakowie jest wielkim państwem, niezwykle zróżnicowanym, a to wpływa na bardzo różne doświadczenia ludzi przyjeżdżających tu. Niemniej jednak, zarówno w osobistych doświadczeniach tych, z którymi rozmawialiśmy, jak i w pewnej uogólnionej wiedzy, do której oni się odwoływali, między systemem w Polsce, a systemem w Ukrainie - istnieją ważne różnice. Piszemy o tym, nie dlatego, żeby pozycjonować, któryś z nich - jest to ważne, żeby zrozumieć, że przyjeżdżający do Krakowa mogą odwoływać się do zupełnie innych punktów odniesienia, żeby dokonywać wyborów, uzasadnień i ocen.

Podstawową zidentyfikowaną przez nas różnicą, do której bardzo często odwoływali się badani był długi czas oczekiwania na wizytę, zwłaszcza tę specjalistyczną. Wynikający z odmiennych doświadczeń, zinternalizowanych i przede wszystkim - dobrze sobie znanych - ten mankament jawi się jako niezwykle istotny. Jeśli w domu

znało się sposoby na szybkie adresowanie stresujących potrzeb, niemożliwość ich zrealizowania w kraju uznanym za bezpieczny, należący do rozwiniętych gospodarek Unii Europejskiej - może być trudne do zrozumienia, niezależnie od obiektywnych przyczyn takiego stanu rzeczy. Część badanych, zwłaszcza tych pracujących w systemie i będących w Polsce długo mówiła o tym, że jest to zrozumiałe - jednak - podkreślała równocześnie, że dla przyjeżdżających bezpośrednio z Ukrainy może to być trudne doświadczenie.

System skierowań i jego złożona struktura może być również widziana jako poważne utrudnienie. Według niektórych naszych badanych to bywało tak trudne, jak i niezrozumiałe. Ze względu na przyzwyczajenie umawiania się bezpośrednio ze - znanymi sobie osobiście - lekarzami specjalistami, badani mówili zarówno o koncepcyjnym jak i wykonawczym problemie ze zrozumieniem skierowań w Polsce. Odbieranie usług w różnych placówkach i lokalizacjach jest czymś nieznanym i wymagającym osobnego wyjaśnienia.

Korzystanie z pogotowia ratunkowego w sposób, który działa inaczej niż w Polsce - ze względu na przyzwyczajenia i praktyki w domu, było początkowo obszarem wymagającym wysiłku edukacyjnego ze strony personelu medycznego. Wywiady wykazały, że z czasem zwiększyło się zrozumienie roli SOR jako systemu zarezerwowanego dla przypadków zagrażających życiu i zdrowiu.

Innym obszarem, który w opiniach niektórych badanych, stanowi pole różnic, jest kwestia okazywania wdzięczności za usługi medyczne. Podobnie jak w przypadku innych omawianych obszarów, personel medyczny powinien zwracać uwagę na fakt, że istnieją różnice w systemach, kiedy pracuje z pacjentami-migrantami.

Temat lekarstw i farmakoterapii jest również zagadnieniem złożonym: osoby migrujące bywają przyzwyczajone do konkretnych leków i ich nazw, a także sposobów dozowania. Te same substancje pod innymi nazwami handlowymi mogą również budzić zaniepokojenie. Dodatkowo, różnice dotyczące dostępności lekarstw bez recepty zostały przez nas odnotowane. Były to obszary wymagające dostosowania przez lekarzy i pacjentów - ze względu na konieczność zmian

schematów leczenia. W mniejszym stopniu, niektórzy badani pacjenci wspominali o przewożeniu lekarstw z kraju pochodzenia lub samoleczeniu.

Bariera językowa jest najważniejszą przeszkodą w pełnym dostępie do usług medycznych. Stanowi wyzwanie dla pacjentów-cudzoziemców, ale także dla personelu medycznego. Utrudnia komunikację i komplikuje kwestię odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów, których historia choroby lub omawiane objawy nie mogą być w pełni zrozumiałe. Jest to zdecydowanie najpilniejsze wyzwanie, ponieważ nie wszystkie grupy osób, które migrują uczą się z czasem języka polskiego na poziomie wymaganym by efektywnie porozumiewać się i przekazywać informacje dotyczące zdrowia.

W naszym badaniu zidentyfikowaliśmy także inne bariery dostępowe: problem dystansu emocjonalnego, braku zaufania do systemu, obawy różnego rodzaju i nieliczne, ale odnotowywane doświadczenia nierównego traktowania.

Wobec tych rozmaitych wyzwań, system dostosowuje się - przede wszystkim stosując lokalne i doraźne rozwiązania. Jednocześnie, te oddolne działania, inicjowane często bezpośrednio w odpowiedzi na kryzys spowodowany inwazją rosyjską na Ukrainę, z czasem odbierane są mniej entuzjastycznie. Równoległe do pewnej zmiany społecznej energii, osoby migrujące do Krakowa uczą się systemu, uczą się także języka i dostosowują się. Jedną ze strategii adaptacyjnych, które odnotowaliśmy jest prywatyzacja korzystania. Pomaga to obejść wiele barier, ale wyklucza te najbardziej wrażliwe grupy, które nie dysponują odpowiednim kapitałem by korzystać z usług komercyjnych.

Bardzo ważną rolę, wreszcie, odgrywają obecne i obecni w polskim systemie opieki zdrowotnej cudzoziemskie lekarki i lekarze i inne osoby - od pielęgniarskich do obsługi recepcji. Obecność obcokrajowców w systemie pozwala przezwyciężyć część barier dostępu do ochrony zdrowia dla migrantów. Ponadto - co nie mniej ważne pozwala choć częściowo zredukować braki specjalistów - zapewnienia profesjonalnej opieki nad wszystkimi pacjentami.

Rekomendacje

Aktualnie bardzo trudno jest uzyskać pełen obraz korzystania z systemu ochrony zdrowia przez migrantów w Polsce przez niepełne zidentyfikowanie migrantów w bazach danych. Bez tego typu oglądu nie sposób jest zrozumieć ścieżki pacjentów migrantów, efektywnie monitorować system i ułatwić dostęp do świadczeń medycznych dla osób natrafiających na liczne bariery dostępowe. Niezbędne wydaje się wprowadzenie szczegółowej sprawozdawczości dotyczącej obywatelstwa i kraju pochodzenia wśród pacjentów korzystających ze świadczeń medycznych. Tego typu dane powinny być wypełniane obowiązkowo wraz z innymi danymi demograficznymi. Wydaje się to szczególnie istotne w kontekście zapowiadanych zmian statusu migrantów przymusowych z Ukrainy i odchodzenia od ochrony tymczasowej. Pilotażowo można by wprowadzić takie gromadzenie danych chociażby w szpitalach miejskich.

Adaptacja pacjentów zagranicznych do nowego systemu opieki zdrowotnej to sprawa bardzo złożona, która wymaga wielopoziomowych rozwiązań. Nasze badania z poprzednich lat (m.in. Trzeszczyńska et al. 2022, Czerska-Shaw 2022 i Pędziwiatr et al. 2022) pokazywały jak wiele urzędów, organizacji społecznych i placówek medycznych w Krakowie wspierała w tym zagranicznych pacjentów. Wydano również wiele ulotek instruktażowych dotyczących korzystania z opieki medycznej w Krakowie. Jest informator mieszkańca Krakowa, a niektóre placówki medyczne opracowały wewnętrzne instrukcje dla swoich pacjentów. Nasze badania pokazały jednocześnie, że te działania nie były w pełni systemowe i nie dotarły do części pacjentów zagranicznych oraz polskich lekarzy. Zgromadzony materiał badawczy pokazuje, że niezbędne są dalsze działania informacyjne skierowane z jednej strony do imigrantów (najlepiej w językach, które najłatwiej im zrozumieć i rozmaitych formatach) oraz do społeczeństwa przyjmującego.

Ważne jest również uwrażliwienie personelu medycznego, każdego szczebla na obecność osób z doświadczeniem migracji w naszym systemie opieki zdrowotnej. W tym aspekcie ważną rolę mogą odegrać między innymi szkolenia dla pracowników placówek medycznych z kompetencji wielokulturowych.

Jak pokazaliśmy w raporcie jedną z kluczowych barier dostępu do świadczeń medycznych jest bariera komunikacyjna. Jednym z działań, które stosunkowo łatwo można wdrożyć to wprowadzenie szczegółowej informacji na temat kompetencji językowych personelu medycznego. W znaczący sposób pomoże to osobom, które słabo lub w ogóle nie władają językiem polskim rozeznać się w uzyskaniu świadczeń.

Bardzo ważne jest również zatrudnienie większej liczby obcokrajowców i osób władających różnymi językami na recepcjach i w punktach obsługi pacjentów. Jak pokazały badania prowadzone przez Centrum CASPAR w Tarnowie (Pędziwiatr et al. 2023) tego typu rozwiązania w znaczący sposób wspomogły migrantów przymusowych z Ukrainy w uzyskaniu dostępu do świadczeń medycznych, których potrzebowali. W Krakowie posiadającym zdecydowanie licznieszą i bardziej zróżnicowaną społeczność migracyjną tego typu rozwiązania są jeszcze bardziej potrzebne.

Według najnowszego raportu OECD (2024) kreślącego główne rysy systemu ochrony zdrowia w Polsce najważniejszym wyzwaniem stojącym przed systemem jest niedobór pracowników ochrony zdrowia. Polska ma jedne z najniższych wskaźników lekarzy i pielęgniarek na mieszkańca w Europie, a liczba absolwentów medycyny i pielęgniarstwa utrzymuje się na poziomie niższym niż w Unii Europejskiej. Niezbędne wydaje się zatrudnianie większej liczby obcokrajowców wśród personelu medycznego.

Powyższa rekomendacja jest bezpośrednio powiązana z kwestią uznawania dyplomów i kompetencji zdobytych poza Polską. Bardzo ważne są dalsze modyfikacje wymogów nostryfikacyjnych, tak by coraz większa liczba medyków obcokrajowców, będących swoistymi nawigatorami kulturowymi, była w stanie wykonywać swój zawód w Polsce.

Ważne jest również dalsze wspieranie programów dofinansowania dla tłumaczeń dokumentacji medycznej dla osób leczących się i tych ze znanym, istotnym czynnikiem ryzyka, gdzie tłumaczenie historii diagnoz lub farmakoterapii mogą mieć krytyczne znaczenie dla osób udzielających pomoc medyczną.

Wiele organizacji pozarządowych dostarcza również pomoc psychologiczną dla migrantów. Bardzo ważne jest wspieranie tego typu działań w kontekście ograniczeń systemowych (szczególnie w tym wymiarze) i barier dostępowych.

Podziękowania

Niniejsze opracowanie nie mogłoby powstać bez pomocy bardzo wielu instytucji i osób. Jeśli chodzi o instytucje to kluczową pomoc okazały nam Narodowy Fundusz Zdrowia - Małopolski Oddział Wojewódzki, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, Szpital Uniwersytecki, Scanmed i Urząd Miasta Krakowa (Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia). Bez rozmów z przedstawicielkami i przedstawicielami tych instytucji i cennych danych nie udałoby nam się przygotować tego raportu. Szczególnie dziękujemy za pomoc, zaufanie i współpracę następującym osobom pracującym w jednej powyższych instytucji: Elżbieta Fryźlewicz-Chrapisińska, Aleksander Duk, Maciej Woźniakiewicz, Elżbieta Studnicka-Świerczek, Marcin Jędrychowski, Joanna Konopka, Michał Struś, Jacek Wejner, Łukasz Wietrzyk, Wojciech Cyrul, Adam Latos, Paweł Niemiec, Uliana Savchyn, Magdalena Furdzik i Mateusz Płoskonka.

Wielkie podziękowania składamy również wszystkim polskim i cudzoziemskim ekspertkom i ekspertom, którzy udzielili nam wywiadu. Last but not least ten raport nie powstałby bez udziału cudzoziemskich pacjentek i pacjentów, którzy podzielili się z nami swoimi doświadczeniami z korzystania z systemu ochrony zdrowia i opiniami na jego temat. Bardzo Państwu wszystkim raz jeszcze dziękujemy.

Bibliografia

Andriiashenko, L., Zabdyr-Jamróz, M., Lipowski, P. and Domagała, A., 2025. Immigration of medical personnel from Ukraine to Poland—Context, regulations, and trends. *Health Policy*, 152, p.105241.

Brzozowski, J., Luchik-Musiyezdova, S., Stonawski, M. (2023) Imigranci ekonomiczni i przymusowi w Nowym Sączu, Centrum Zaawansowanych Badań Ludnościowych i Religijnych, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

CBOS (2022) Polacy wobec uchodźców z Ukrainy. Komunikat z badań dostępna na stronie https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_062_22.PDF

CBOS (2024) Stosunek Polaków do innych narodów. Komunikat z badań dostępny na stronie https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2024/K_025_24.PDF

Chiarenza, A., Dauvrin, M., Chiesa, V., Baatout, S., Verrept, H. (2019). Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. *BMC Health Services Research*, 19, 1-14.

Czerska-Shaw, K., Krzyworzeka-Jelinowska, A., & Mucha, J. (2022). Mobilizacja pomocy uchodźczyniom i uchodźcom ukraińskim w Krakowie. Wyzwania i szanse zarządzania niepewnością. Raport OWIM, Kraków

Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej (2024). Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 16 stycznia 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2024000014601.pdf>

Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej (2013). Ustawaj z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20130001650/O/D20131650.pdf>

Fiałkowska, K., & Judzińska, N. (2025). Reflections from the borderlands: On hegemonic whiteness and the construction of Polish hostile environment. In Narkowicz, K., Gawlewicz, A., Pędziwiatr, K. *Migration and Race* (pp. 32–46). Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781003404040-3/reflections-borderlands-kamila-fia%C5%82kowska-natalia-judzi%C5%84ska>

Fundacja Watch Health Care (2025). Stan na październik/listopad 2024: Barometr WHC, <https://drive.google.com/file/d/1sIYlpbGXH0aHl25da4ujAxe8tPYatORw/edit>

Główny Urząd Statystyczny (GUS) (2023). Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022 roku, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2022-roku,1,13.html>

Główny Urząd Statystyczny (GUS) (2024). Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 roku, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2023-roku,1,14.html>

Kancelaria Sejmu (2023). Ustawa z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20071801280/U/D20071280Lj.pdf>

Kowalska-Bobko, I., Szetela, A., Petka, N. (2023) Wyzwania w zakresie integracji imigrantów ekonomicznych i przymusowych z państw trzecich w Małopolsce - obszar promocji i ochrony zdrowia. Raport z badania. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego. Kraków

OECD (2024). State of Health in the EU. Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2023, https://www.oecd.org/pl/publications/2023/12/poland-country-health-profile-2023_80434439.html

Pavli, A., Sotirios, T. (2021). General health needs of migrants and refugees. Oxford Textbook of Migrant Psychiatry, 209.

Pędziwiatr, K., Brzozowski, J., & Nahorniuk, O. (2022). Refugees from Ukraine in Kraków. Centre for Advanced Studies of Population and Religion. Cracow University of Economics.

Pędziwiatr, K., Luchik-Musiyezdova, S., Stonawski, M. (2023) Imigranci ekonomiczni i przymusowi w Tarnowie, Centrum Zaawansowanych Badań Ludnościowych i Religijnych, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

Serwis Rzeczypospolitej Polskiej (2023). Otwarte Dane, <https://dane.gov.pl/pl/dataset/2715,zarejestrowane-wnioski-o-nadanie-statusu-ukr/resource/53133/table>

Serwis Rzeczypospolitej Polskiej (2022). Otwarte Dane, <https://dane.gov.pl/pl/dataset/2715,zarejestrowane-wnioski-o-nadanie-statusu-ukr/resource/41836/table>

Serwis Rzeczypospolitej Polskiej (2022). Otwarte Dane, <https://dane.gov.pl/pl/dataset/2715,zarejestrowane-wnioski-o-nadanie-statusu-ukr/resource/51583/table>

Sobczak-Szelc K., Pachocka, M., Pędziwiatr K., Szałańska J., Szulecka M., (2023), From Reception to Integration of Asylum Seekers and Refugees in Poland, London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003196327>

System Informacji Prawnej LEX (2025). Art. 61. - [Wykonywanie zawodu lekarza albo lekarza dentystry przez obywatela Ukrainy] - Pomoc obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/pomoc-obywatelom-ukrainy-w-zwiazku-z-konfliktem-zbrojnym-na-19216115/art-61>

Trzeszczyńska, P., Dymanus, J., Luchik-Musiyezdova, S., (2022) Migranci i migrantki przymusowe z Ukrainy w Krakowie w świetle badań jakościowych, Raport OWIM, Kraków

Aneks

Osoby badane

Ekspertki i eksperci

nr	afiliacja	rola	kod wywiadu	data	pleć	wiek	wykształcenie	zawód - miejsce pracy	kraj
1	szpital	fizjoterapeuta	1_ExUA_K36	24-07-01	K	36	wyższe medyczne	pracownik szpitala	UKR
2	NGO	asystentka mobilna osób migranckich	2_ExUA_K26	24-07-04	K	26	wyższe - lic - politologia	pracowniczka NGO	UKR
3	szkoła rodzenia	doradczyni laktacyjna	3_ExUA_K36	24-08-06	K	36	wyższe inż, kursy	psycholożka w szkole rodzenia	UKR
4	urząd JST	lekarka	4_ExUA_K33	24-08-06	K	33	wyższe lekarskie	urzędniczka	UKR
5	szpital	pielęgniarka i migrantka	5_ExUA_K41	24-08-08	K	41	wyższe	pielęgniarka, nauczycielka	UKR
6	szpital	pracownik rejestracji	6_ExUA_K50	24-10-01	K	50	wyższe	lekarz - administrator - nostryfikuje się w PL	UKR
7	szpital	ratownik medyczny	7_ExPL_M31	24-10-09	M	31	wyższe	ratownik medyczny	PL
8	przychodnia	lekarz rodzinny	8_ExPL_M35	24-10-10	M	35	wyższe	lekarz - medycyna rodzinna	PL
9	NGO	kierownicza	9_ExPL_K40	24-10-17	K	40	wyższa	szefowa NGO	PL
10	SOR	ratownik medyczny	10_ExPL_K28	24-10-25	K	28	wyższe	ratownik medyczny	PL
11	POZ	pielęgniarka	11_ExPL_K56	24-10-30	K	56	wyższe	pielęgniarka w POZ	PL
12	NGO	pracownik	12_ExUA_M25	24-10-30	M	25	wyższe	pracownik organizacji międzynarodowej	UKR

Migrantki i migranci

nr	kraj	profil migracyjny	kod wywiadu	data	pleć	wiek	wykształcenie	zawód - miejsce pracy	inne
1	Ukraina	uchodźczyni przymusowa	1_MiUA_K_40	24-07-05	K	40	wyższe	trenerka	
2	Białoruś	imigrant ekonomiczny - uchodźczyni przymusowa	2_MiBY_K44	24-08-30	K	44	tech. handlowiec	gospodyni domowa	
3	Ukraina	uchodźca przymusowy	3_MiUA_M56	24-09-01	M	56	technikum	krawiec	os. niepełn.
4	Ukraina	uchodźczyni przymusowa	4_MiUA_K46	24-09-13	K	46	wyższe	psycholożka	
5	Ukraina	uchodźca przymusowy	5_MiUA_M56	24-09-23	M	56	technikum	górnik	
6	Ukraina	uchodźczyni przymusowa	6_MiUA_K43	24-10-01	K	43	profesorka	pracownik naukowy	
7	Grecja	imigrant ekonomiczny	7_MiGR_M37	24-10-16	K	37	wyższe - mgr - psychologia	analityk	
8	Ukraina	uchodźczyni przymusowa	8_MiUA_K48	24-10-17	K	48	wyższe	pielęgniarka	
9	Turcja	imigrantka ekonomiczna	9_MiTR_K48	24-10-23	K	48	wyższe	pracownik naukowy	

10	Ukraina	imigrantka przymusowa	10_MiUA_K62	24-11-02	K	62	wyższe	prawniczka	
----	---------	-----------------------	-------------	----------	---	----	--------	------------	--

Spis wykresów

Wykres 1. Rozkład płci i wieku osób zarejestrowanych w rejestrze obywateli Ukrainy i członków ich rodzin, którym nadano status cudzoziemca na podstawie specustawy w Krakowie na 12.12.2023 r.

Wykres 2. Liczba pacjentów – migrantów przymusowych korzystających ze świadczeń medycznych sfinansowanych przez NFZ w Krakowie w latach 2022 i 2023

Wykres 3. Struktura świadczeń udzielanych w jednostkach w Krakowie dla pacjentów – migrantów przymusowych w 2023 r.

Wykres 4. Rozkład płci i wieku pacjentów-migrantów przymusowych korzystających ze świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej w Krakowie w latach 2022 i 2023

Wykres 5. Rozkład płci i wieku pacjentów-migrantów przymusowych korzystających ze świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w Krakowie w latach 2022 i 2023

Wykres 6. Rozkład płci i wieku pacjentów-migrantów przymusowych korzystających ze świadczeń stomatologicznych w Krakowie w latach 2022 i 2023

Wykres 7. Rozkład płci i wieku pacjentów-migrantów przymusowych korzystających ze świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego stacjonarnego w latach 2022 i 2023

Wykres 8. Rozkład płci i wieku pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w leczeniu szpitalnym ambulatoryjnym w Krakowie w latach 2022 i 2023

Wykres 9. Rozkład płci i wieku pacjentów-migrantów przymusowych korzystających ze świadczeń w szpitalnych oddziałach ratunkowych w latach 2022 i 2023

Wykres 10. Rozkład płci i wieku pacjentów-migrantów przymusowych korzystających ze świadczeń z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w latach 2022 i 2023

Wykres 11. Liczba pacjentów ubezpieczonych w państwach UE lub EFTA korzystających ze świadczeń medycznych w Krakowie

Wykres 12. Rozkład płci i wieku pacjentów ubezpieczonych w państwach UE lub EFTA korzystających ze świadczeń w Krakowie w 2023 r.

Wykres 13. Liczba pacjentów z innym statusem do świadczeń sfinansowanych przez NFZ w Krakowie w latach 2019 do 2023

Wykres 14. Liczba pacjentów obcokrajowców i świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 do 2023

Wykres 15. Rozkład płci i wieku pacjentów obcokrajowców w szpitalnym oddziale ratunkowym w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w 2023 r.

Wykres 16. Liczba pacjentów obcokrajowców i hospitalizacji w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 do 2023

Wykres 17. Rozkład płci i wieku pacjentów obcokrajowców hospitalizowanych w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w 2023 r.

Wykres 18. Liczba pacjentów obcokrajowców i świadczeń w poradniach Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 do 2023 r.

Wykres 19. Liczba pacjentów obcokrajowców i świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 do 2023

Wykres 20. Rozkład płci i wieku pacjentów obcokrajowców w szpitalnym oddziale ratunkowym w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w 2023 r.

Wykres 21. Rozkład grupy triage świadczeń u obcokrajowców w szpitalnym oddziale ratunkowym w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w latach 2019 i 2023

Wykres 22. Liczba pacjentów obcokrajowców i hospitalizacji w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 do 2023

Wykres 23. Rozkład płci i wieku pacjentów obcokrajowców hospitalizowanych w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w 2023 r.

Wykres 24. Liczba pacjentów obcokrajowców i świadczeń w poradniach Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 do 2023

Wykres 25. Rozkład płci i wieku pacjentów obcokrajowców, którzy mieli wizyty w poradniach w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w 2023 r.

Wykres 26. Liczba świadczeń pacjentów obcokrajowców w placówkach Scanmedu w Małopolsce na NFZ i płatnych w latach 2022 i 2023

Spis tabel

Tabela 1. Świadczenia w jednostkach w Krakowie dla pacjentów – migrantów przymusowych w latach 2022 i 2023

Tabela 2. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej w Krakowie w latach 2022 i 2023

Tabela 3. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej w Krakowie w latach 2022 i 2023

Tabela 4. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w Krakowie w latach 2022 i 2023

Tabela 5. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w Krakowie w latach 2022 i 2023

Tabela 6. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w leczeniu stomatologicznym w Krakowie w 2023 r.

Tabela 7. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w leczeniu stomatologicznym w Krakowie w 2023 r.

Tabela 8. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w leczeniu szpitalnym stacjonarnym w Krakowie w latach 2022 i 2023

Tabela 9. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w leczeniu szpitalnym stacjonarnym w Krakowie w latach 2022 i 2023

Tabela 10. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w leczeniu szpitalnym ambulatoryjnym w Krakowie w latach 2022 i 2023

Tabela 11. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w leczeniu szpitalnym ambulatoryjnym w Krakowie w latach 2022 i 2023

Tabela 12. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w szpitalnych oddziałach ratunkowych w Krakowie w latach 2022 i 2023

Tabela 13. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia w szpitalnych oddziałach ratunkowych w Krakowie w latach 2022 i 2023

Tabela 14. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w Krakowie w 2023 r.

Tabela 15. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w Krakowie w 2023 r.

Tabela 16. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej w Krakowie w 2023 r.

Tabela 17. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej w Krakowie w 2023 r.

Tabela 18. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia z opieki paliatywnej i hospicyjnej w Krakowie w 2023 r.

Tabela 19. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej w Krakowie w 2023 r.

Tabela 20. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów-migrantów przymusowych, którzy otrzymali świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej w Krakowie w 2023 r.

Tabela 21. Świadczenia w jednostkach w Krakowie dla pacjentów ubezpieczonych w państwach UE lub EFTA w 2023 r.

Tabela 22. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych ubezpieczonych w państwach UE lub EFTA, którzy otrzymali świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej w Krakowie w 2023 r.

Tabela 23. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów ubezpieczonych w państwach UE lub EFTA, którzy otrzymali świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej w Krakowie w 2023 r.

Tabela 24. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych ubezpieczonych w państwach UE lub EFTA, którzy otrzymali świadczenia w szpitalnych oddziałach ratunkowych w Krakowie w 2023 r.

Tabela 25. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów ubezpieczonych w państwach UE lub EFTA, którzy otrzymali świadczenia w szpitalnych oddziałach ratunkowych w Krakowie w 2023 r.

Tabela 26. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów pediatrycznych ubezpieczonych w państwach UE lub EFTA, którzy otrzymali świadczenia w leczeniu szpitalnym stacjonarnym w Krakowie w 2023 r.

Tabela 27. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u dorosłych pacjentów ubezpieczonych w państwach UE lub EFTA, którzy otrzymali świadczenia w leczeniu szpitalnym stacjonarnym w Krakowie w 2023 r.

Tabela 28. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów z innym statusem do świadczeń sfinansowanych przez NFZ w Krakowie w 2023 r.

Tabela 29. Najczęstsze kraje pochodzenia pacjentów obcokrajowców w szpitalnym oddziale ratunkowym w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 i 2023

Tabela 30. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów obcokrajowców w szpitalnym oddziale ratunkowym w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 i 2023

Tabela 31. Najczęstsze kraje pochodzenia pacjentów obcokrajowców hospitalizowanych w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 i 2023

Tabela 32. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów obcokrajowców hospitalizowanych w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie w latach 2019 i 2023

Tabela 33. Najczęstsze kraje pochodzenia pacjentów obcokrajowców, którzy mieli wizyty w poradniach Szpitalu Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2019 i 2023

Tabela 34. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów obcokrajowców, którzy mieli wizyty w poradniach Szpitalu Uniwersyteckiego w Krakowie w 2023 r.

Tabela 35. Najczęstsze kraje pochodzenia pacjentów obcokrajowców w szpitalnym oddziale ratunkowym w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w latach 2019 i 2023

Tabela 35. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów obcokrajowców w szpitalnym oddziale ratunkowym w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w latach 2019 i 2023

Tabela 36. Najczęstsze kraje pochodzenia pacjentów obcokrajowców hospitalizowanych w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w latach 2019 i 2023

Tabela 37. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów obcokrajowców hospitalizowanych w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w latach 2019 i 2023

Tabela 38. Najczęstsze kraje pochodzenia pacjentów obcokrajowców, którzy mieli wizyty w poradniach w Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w latach 2019 i 2023

Tabela 39. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów obcokrajowców, którzy mieli wizyty w poradniach Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim w latach 2019 i 2023

Tabela 40. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów migrantów przymusowych, którzy mieli wizyty na NFZ w placówkach Scanmedu w Małopolsce w latach 2022 i 2023

Tabela 41. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów-migrantów przymusowych, którzy mieli płatne wizyty w placówkach Scanmedu w Małopolsce w latach 2022 i 2023

Tabela 42. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów obcokrajowców ubezpieczonych powszechnie, którzy mieli wizyty na NFZ w placówkach Scanmedu w Małopolsce w latach 2022 i 2023

Tabela 43. Najczęstsze rozpoznania ICD-10 u pacjentów obcokrajowców ubezpieczonych powszechnie, którzy mieli płatne wizyty w placówkach Scanmedu w Małopolsce w latach 2022 i 2023