



Imigrant na rynku pracy – socjoekonomiczne i prawne zróżnicowanie czynników ryzyka zdrowotnego w procesach migracji

Immigrant on the labour market – socio-economic and legal diversity of health risk factors in migration processes

Zofia Kawczyńska-Butrym^{1,A-F}

¹ Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Kawczyńska-Butrym Z. Imigrant na rynku pracy – socjoekonomiczne i prawne zróżnicowanie czynników ryzyka zdrowotnego w procesach migracji. *Meg Og Nauk Zdr.* 2019; 25(4): 223–229. DOI: 10.26444/monz/114812

■ Streszczenie

W artykule skupiam się na zdrowotnych konsekwencjach migracji. Ukazuję ryzyko zdrowotne krajów przyjmujących związane z napływem migrantów oraz ryzyko zdrowotne imigrantów w kraju przyjmującym. Przedstawiam je na podstawie przeglądu literatury dotyczącej funkcjonowania imigrantów na rynku pracy w krajach przyjmujących z uwzględnieniem charakteru i warunków ich zatrudnienia oraz barier korzystania z opieki zdrowotnej przez imigrantów. Przegląd literatury pokazuje, iż ryzyko zdrowotne wiąże się z segmentacją rynku pracy dostępnego dla różnych grup imigrantów, ze specyfiką branż obciążonych ryzykiem wypadków i zatruc, w których podejmują pracę, niskim statusem socjoekonomicznym łączonym z traumą codziennego życia oraz z brakiem dostępu części imigrantów (nieudokumentowanych) do opieki medycznej. Zwracam też uwagę na potrzebę badań zdrowia imigrantów w Polsce w związku z ryzykiem, jakie niesie napływający do Polski strumień imigrantów z Ukrainy.

■ Słowa kluczowe

migracje, zdrowie migrantów, determinanty zdrowia migrantów, imigranci na rynku pracy

■ Abstract

The article focuses on the health consequences of migration. It also shows the health risk for the receiving countries regarding the inflow of immigrants and the health risk for immigrants in the host country. The discussion is based on a literature review concerning the functioning of immigrants on the labour market in the host countries, taking into account the nature and conditions of employment and barriers to the use of health care by immigrants. According to the literature review, the health risk is associated with the segmentation of the labour market available to different groups of immigrants, with the specificity of sectors exposed to the risk of accidents and poisoning in which migrants work, low socio-economic status combined with the trauma of everyday life, and the lack of access to medical care by some of the unregistered immigrants. The article also emphasises the need for research into the health of immigrants in Poland due to the risk of immigration from the Ukraine to Poland.

■ Key words

immigration, health of immigrants, health determinants of immigrants, immigrants on the labour market

WPROWADZENIE

Migracja jest zdeterminowana społecznie i jest społecznym wyznacznikiem zdrowia [1]

Rosnąca mobilność ludności świata związana jest z jednej strony z konfliktami politycznymi czy zbrojnymi wewnątrz krajów, które generują uchodźstwo, z drugiej z nierównościami potencjałów rynku pracy, warunków zatrudnienia, standardów życia między poszczególnymi krajami, co staje się źródłem migracji ekonomicznych. Lokalne zagrożenia na tle prześladowań etnicznych, religijnych czy politycznych powodują przepływy z terenów zagrożenia życia i zdrowia

do terenów uznanych za bezpieczne. Natomiast nierówności wywołują migracje mieszkańców z biedniejszych, mniej gospodarczo rozwiniętych do bogatszych rejonów świata.

Zarówno dane statystyczne, jak i obserwacje pokazują, że przepływy, niezależnie od ich przyczyny, powodują nowe sytuacje na rynku pracy. Osoby migrujące, uchodźcy i migranci zarobkowi stanowią napływową siłę roboczą, dzięki której kraj przyjmujący często poszerza swój kapitał społeczny i intelektualny, uzupełnia luki na rynku pracy, w wyniku czego uzyskuje korzyści ekonomiczne i rozwojowe. Liczne opracowania wskazują jednak, że każda z tych sytuacji jest źródłem licznych indywidualnych, rodzinnych i społecznych konsekwencji, ale także powoduje indywidualne zmiany położenia na rynku pracy oraz zmianę statusu społecznego osób migrujących i prowadzi do zwiększenia ryzyka zdrowotnego. Celem artykułu jest ukazanie zdrowotnych konsekwencji

Adres do korespondencji: Zofia Kawczyńska-Butrym, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Polska
E-mail: zofkaw@wp.pl

Nadesłano: 16.10.2019; Zaakceptowano do druku: 26.11.2019

migracji, jakie są efektem tych zmian i wiążą się przede wszystkim z sytuacją imigrantów w krajach przyjmujących, a także z możliwością dostępu do opieki zdrowotnej, uwarunkowaną sytuacją prawnej osoby migrującej. Różne konteksty tych sytuacji prowadzą do nierówności w stanie zdrowia między populacją kraju przyjmującego a imigrantami. Często z życiem na emigracji łączone są też kwestie zaburzeń zdrowia psychicznego [2], których etiologia nie jest wiązana bezpośrednio z sytuacją migrantów na rynku pracy, lecz raczej ze sferą długotrwałych negatywnych emocji i kontaktów społecznych oraz powiązanego z nimi długotrwałego stresu [3, 4]. Nie oznacza to jednak, że kwestie pracy i współwystępującej z nią dewaluacji pozycji społecznej imigrantów nie mają żadnego wpływu na ich psychiczne funkcjonowanie. Jest przeciwnie. Choć nie można bagatelizować lub pomijać problemów zdrowia psychicznego, w publikacji skupiono się głównie na sytuacji imigrantów na rynku pracy i powiązanych z nim problemów zdrowia ich samych i narastania ryzyka zdrowotnego w krajach przyjmujących. Opracowanie oparte zostało na przeglądzie literatury.

METODA PRZEGLĄDU

Na ogół w analizie związków zdrowia z procesami migracji wymieniany jest stres, trudności adaptacji i integracji w nowym środowisku życia i w nowej kulturze. Nie zawsze uwzględnia się ryzyko zdrowotne związane z rynkiem pracy. Dlatego głównym celem przeglądu było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, jakie sytuacje imigrantów na rynku pracy są przez różnych badaczy interpretowane jako ryzyko zdrowotne. Przeglądu dokonano na podstawie elektronicznych baz danych bez ograniczenia czasowego, zawartych w polskiej literaturze poświęconej migracji i zdrowiu, publikacjach w Scholar oraz na portalu Medlaine, gromadzącego literaturę dotyczącą najogólniej zdrowia i medycyny, przy zastosowaniu słów kluczy: *migration, health and migration, immigration and health, healthy migrants, social-economics status, health care systems, migration and occupational health*. Uwzględniono również artykuły z recenzowanych polskich i zagranicznych czasopism oraz opracowania zwarte. Ze zgromadzonych pozycji dla potrzeb opracowania artykułu wybrano głównie treści poświęcone zdrowiu imigrantów i czynnikom ryzyka zdrowotnego w kontekście ich sytuacji na rynku pracy oraz zmianom statusu społeczno-ekonomicznego w kraju imigracji. Jednocześnie zwrócono uwagę na szerszy, nie tylko indywidualny kontekst zdrowia imigrantów zarobkowych, lecz także na ryzyka zdrowotne napływające wraz z nimi do krajów przyjmujących.

KONCEPCJA HEALTHY MIGRANT A RZECZYWISTOŚĆ

Od kilku dekad zwraca się uwagę, że migracje między różnymi krajami powodują niekorzystne zmiany wielu wskaźników zdrowia w krajach, do których napływają migranci. Jest to sprzeczne z przekonaniem, że osoby podejmujące decyzje o migracji, są zdrowsze niż ogół populacji kraju, z którego pochodzą, co określane jest w literaturze terminem *healthy migrant* [5, 6]. Na podstawie szczegółowych badań przeprowadzonych jeszcze kilka dekad temu wśród imigrantów w Wielkiej Brytanii przyjęto, że migrują osoby, które stanowią najzdrowszą część zbiorowości. Również

obecnie autorzy przyjmują *hipotezę zdrowego migranta*, zgodnie z którą „migranci są zdrową grupą, która decyduje się na migrację, odnosi z niej korzyści...” [7]. Uzasadnia się to faktem, że „zdecydowana większość migrantów zarobkowych jest młoda, sprawna i zdrowa, gdy rozpoczyna migrację” [8].

Okazuje się, że nie do końca można przyjąć tę koncepcję. Wielu autorów, którzy analizują zdrowie imigrantów, zauważa, że imigranci, szczególnie uchodźcy, nie zawsze – z różnych przyczyn – są w dobrym stanie zdrowia. Dodatkowo z upływem lat pobytu i oddziaływaniem warunków życia i pracy na emigracji stan zdrowia imigrantów ulega pogorszeniu [9]. Sole-Aura i Crimmins porównując dane z badań przeprowadzonych w 11 krajach europejskich wśród imigrantów i nieimigrantów w wieku 50 lat i więcej, stwierdzili gorszy stan zdrowia imigrantów [10]. Jest on wywołany kilkoma czynnikami.

Stwierdza się bowiem, że część imigrantów przybywa z kraju o niższym poziomie zdrowia i opieki zdrowotnej. Zatem już w pierwszym okresie pobytu w kraju przyjmującym ich stan zdrowia może niekorzystnie odbiegać od ogólnego stanu zdrowia jego stałych mieszkańców i mieć niekorzystny wpływ na ogólny bilans zdrowia populacji kraju przyjmującego. Jednocześnie podkreśla się selektywność decyzji migracyjnych, co powoduje, że imigranci także pod względem zdrowia nie reprezentują losowej próby krajów, z których pochodzą [11].

Ponadto imigranci mogą być obciążeni wyższym ryzykiem zachorowania na niektóre choroby ze względu na wyższe ich rozpowszechnienie w kraju pochodzenia lub ze względu na inny obszar endemiczny, z którego pochodzą. Na terenie Unii Europejskiej odnotowywane są przypadki zakażeń przecinkowcem cholery, pałeczkami dżumy, gorączki Zachodniego Nilu. Eksperci wiążą te przypadki z przybywaniem migrantów z różnych regionów świata [12]. W wyniku tych doniesień w wielu krajach europejskich, w tym też w Polsce, uwzględnia się potrzebę badań przesiewowych (choć nie wszędzie się ją realizuje) u osób, które przybywają z krajów o wysokim poziomie rozpowszechnienia konkretnej choroby. Przykładem jest gruźlica, ponieważ 80% wszystkich chorych na nią zamieszkuje kraje Afryki i Azji [13]. W Niemczech spośród 6 tys. chorych na gruźlicę w 2016 roku trzy czwarte pochodziło z Somalii, Erytrei, Afganistanu, Syrii i Rumunii, a 15% z republik postradzieckich [14]. Natomiast wśród naszych wschodnich sąsiadów wskaźnik zachorowań na gruźlicę na 100 tys. mieszkańców wynosił w 2004 roku w Rosji 84, na Ukrainie 82, a na Białorusi 55 osób [10]. Szczególna sytuacja związana z ryzykiem gruźlicy w Polsce dotyczy imigrantów z Ukrainy, których liczebność stale wzrasta. W związku z tym niezbędna jest orientacja, jakie ryzyka zdrowotne łączą się z problemami zdrowotnymi w Polsce jako kraju przyjmującym, szczególnie w odniesieniu do imigrantów z Ukrainy. Jak podawała na podstawie ukraińskich statystyk Viktorija Pantylej, na Ukrainie w roku 2000 „około 80% nowych przypadków zachorowań na gruźlicę przypadało na osoby w wieku produkcyjnym, wśród których 75% stanowią mężczyźni w zaawansowanym stadium choroby” [15]. Według Europejskiego Raportu Zdrowia w latach 1990–2010 liczba zgonów z powodu gruźlicy spadła na świecie o 30% a jednocześnie w Europie zmniejszyła się zapadalność na HIV [16]. Tymczasem na Ukrainie wskaźnik zgonów na gruźlicę w latach 1990–2016 był 26 razy wyższy niż średnia w starych krajach Unii Europejskiej i wyższe były wskaźniki

zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową (kiłę i rzeżączkę) oraz umieralność na AIDS [15].

Tabela 1. Wskaźnik umieralności na gruźlicę i AIDS na Ukrainie na 100 tys. mieszkańców w latach 1990–2016 (%)

| Przyczyna umieralności | Lata | |
|------------------------|-------|------|
| | 1990 | 2016 |
| gruźlica | 31,9 | 51,9 |
| AIDS | 0,002 | 20,9 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Pantley, 2018 [17].

Cytowana autorka zwróciła też uwagę na wysokie spożycie alkoholu w społeczeństwie ukraińskim i wysoki wskaźnik palenia papierosów przez mężczyzn na Ukrainie [15], co ma niewątpliwie wpływ na stan ich zdrowia także w kraju imigracji. Radzenie sobie z problemami zdrowotnymi imigrantów nie jest tylko wyzwaniem dla Polski jako kraju przyjmującego. Należy dodać, że z obawy przed napływem migrantów chorych lub z wysokim ryzykiem zdrowotnym aż w 66 krajach kontroluje się i ogranicza wjazd na swój teren osób z HIV, a w 30 z tych krajów wymaga się przedstawienia testów na choroby weneryczne od osób chcących wjechać na ich teren. W tych krajach przewiduje się też deportację nosicieli HIV [18].

OGÓLNE RYZYKA ZDROWOTNE MIGRANTÓW – SEGMENTACJA RYNKU PRACY I SPECYFIKA GRUP MIGRUJĄCYCH

Wielu badaczy podejmuje kwestie procesów migracyjnych, jednak niezbyt często analizowany jest kontekst zdrowia, będący, jak się okazuje, efektem ogólnej zmiany sytuacji życiowej emigrantów, warunków życia i pracy w kraju, w którym osoby migrujące zamieszkały i podjęły zatrudnienie. Przykładem uwzględnienia tego związku są m.in. doniesienia dotyczące Polaków – emigrantów poakcesyjnych, dla których, jak stwierdzono, warunki pracy, niski standard życia, niekorzystny dla zdrowia styl życia oraz długotrwałe zaniedbywanie zdrowia stanowią znaczące ryzyko zdrowotne [19]. Wyjaśnienie to odwołuje się do koncepcji traumy codziennego życia, łączonej ze zmianą, jaka zachodzi zarówno w otoczeniu społeczno-kulturowym, jak i w konkretnej sytuacji człowieka [20]. Świadczą o tym dwie współwystępujące sytuacje. Jedną z nich odwołuje się do stylu życia obserwowanego w wielu krajach przyjmujących, gdzie notowane są wśród imigrantów wysokie wskaźniki uzależnienia od alkoholu, nikotyny, narkotyków. Jest to w literaturze interpretowane jako „wynagradzanie sobie trudów migracji” [21]. Na drugą wskazują opisy obciążeń, będących udziałem wśród wielu z migrantów, związanych z ogólnie niskim statusem społeczno-ekonomicznym (sse), głównie niekorzystnymi warunkami codziennego życia: sytuacją mieszkaniową, odżywianiem, formalnymi i nieformalnymi ograniczeniami w korzystaniu z opieki medycznej [22]. Bowiem „bycie migrantem nie jest samo w sobie zagrożeniem dla zdrowia: to warunki związane z migracją mogą zwiększyć podatność na zły stan zdrowia” [23]. Obciążenia mogą też być wynikiem rozpadu norm i wartości m.in. w sferze zatrudniania [24],

czyli ujawniać się jako szczególnie niekorzystne i obciążające warunki funkcjonowania imigrantów na rynku pracy. B. Simek na podstawie badań stwierdza, że „Wielu migrujących robotników pracuje w warunkach niepewnego zatrudnienia, w «trudnych, poniżających i niebezpiecznych» miejscach pracy, ale niewiele wiadomo na temat stanu zdrowia” [25]. Towarzyszą temu też niedożywienie, wyczerpanie fizyczne i psychiczne oraz związane z nimi powikłania [26].

Należy jednak podkreślić, że przedstawione tu uwagi nie odnoszą się do wszystkich migrantów. Wiązą się także z dostrzeganą trzystopniową segmentacją rynku pracy, na którym znajdują oni zatrudnienie. Są to:

- segment podstawowy, skupiający zawody wymagające wysokich kwalifikacji, których wykonywaniu towarzyszą: wysokie wynagrodzenie i dobre warunki pracy,
- segment podrzędny, w którym pracownicy mają najniższe kwalifikacji, a także niższe płace i gorsze warunki pracy,
- segment pośredni – podobny do podrzędnego, ale z wyższą stabilnością zatrudnienia i wyższym prestiżem [27].

Koresponduje z tym stwierdzenie, że imigranci tworzą bardzo złożoną i różnorodną mozaikę. Część z nich to swego rodzaju elity imigranckie, składające się z osób szczególnie pożądanym w kraju przyjmującym, czyli eksperci i przedstawiciele zawodów podlegających zainteresowaniu kraju przyjmującego. Są to ogólnie rzecz biorąc, imigranci o wysokich kwalifikacjach, zatrudniani jako specjaliści wysokiej klasy [28]. Dlatego ich sytuacja na rynku pracy jest uprzywilejowana. Na ogół zajmują relatywnie wysokie stanowiska z odpowiednią pozycją społeczną, ze znaczącymi ekwiwalentami finansowymi i pozafinansowymi (np. bezpłatna możliwość dalszej specjalizacji, krótka ścieżka awansu i inne). Sytuacja ta znajduje potwierdzenie w przypadku migracji polskiego personelu lekarskiego [29]. Kraje zainteresowane ich zatrudnieniem oferują często wielokrotnie wyższe płace niż w kraju pochodzenia, lepsze warunki pracy i dofinansowanie szkoleń. Na przykład lekarz w Anglii cztery razy do roku może wyjechać na sympozjum, a koszty wyjazdu odpisać sobie od podatku [30]. Na etapie adaptacji kraje przyjmujące zapewniają specjalistom dobre warunki socjalne, wsparcie integracyjne, dłuższy urlop i mniejszą liczbę godzin pracy, niż było to standardem w kraju ich pochodzenia [31]. Nie oznacza to jednak, że migrujących lekarzy i innych specjalistów nie dotyczy ryzyko zdrowotne, podobnie jak przypadku ogółu pozostałych imigrantów. Ale ich ryzyko można łączyć głównie z innymi czynnikami niż te, które związane są niskim statusem społecznym czy z różnorodnymi obciążeniami, jakich doświadcza większość imigrantów zatrudnianych w podrzędnym segmencie rynku pracy kraju przyjmującego. Ilustrują to badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych. Schenker stwierdza bowiem zwiększone ryzyko zawodowe imigrantów zajmujących stanowiska wymagające kwalifikacji niższych niż posiadane w porównaniu z tymi, którzy uzyskali zatrudnienie odpowiednie do kwalifikacji zdobytych w kraju pochodzenia [32].

W skali globalnej odrębną, ale znaczącą liczebnie grupę imigrantów stanowią kobiety. Imigracja kobiet w znacznym stopniu różni się od migracji mężczyzn pod względem rodzaju zatrudnienia (dominują usługi opiekuńcze i praca w gospodarstwie domowym) [33] oraz rodzaju ryzyka zdrowotnego. W większym stopniu niż w przypadku mężczyzn ryzyko to związane jest z handlem ludźmi i niewolniczą pracą w seksbiznesie. Szacuje się, że ok. 80% ofiar handlu ludźmi

stanowią kobiety. Również w wielu innych sytuacjach kobiety bywają ofiarą przemocy fizycznej. W publikacjach odnotowane jest ryzyko związane z warunkami realizowanej przez imigrantki pracy opiekuńczej nad osobami starszymi. Badania prowadzone w wielu krajach ukazują przewagę zatrudnienia nieformalnego, co sprzyja nieprzestrzeganiu przez pracodawców ustawowych godzin pracy i dni wolnych od opieki [34, 35]. Jednak legalne zatrudnienie nie chroni kobiet pracujących w prywatnych domach przed nadmiernym obciążeniem i niewłaściwym traktowaniem. Jak podaje Slany na podstawie badań prowadzonych wśród Polek w USA i we Włoszech, „nie było ani jednej badanej migrantki, która by nie wskazywała na traumatyczne doświadczanie migracji” [24]. Specyfikę doświadczeń wielu migrujących kobiet dookreślają Carballo i wsp. stwierdzając, że „migrantki borykają się również z wykorzystywaniem seksualnym ze strony pracodawców w krajach przyjmujących oraz ze strony personelu i mieszkańców obozów dla uchodźców” [36]. Z tego wynika, że nawet pobyt w zamkniętym i kontrolowanym ośrodku dla uchodźców nie zawsze chroni kobiety przed przemocą, a nawet może jej sprzyjać.

Traumatyczne przeżycia związane z przemocą interpretowane są w koncepcjach stresu, szoku kulturowego i alienacji. Bywają czasem tak silne, że prowadzą do głębokich zaburzeń zdrowia psychicznego [37], konkretnych reakcji i objawów psychosomatycznych, a nawet odnotowane są przypadki niewyjaśnionej, nagłej śmieci (*hmgong*) i psychosomatycznej ślepoty [36].

Cytowane publikacje w różny sposób ukazują szerszy, wykraczający poza rynek pracy, kontekst zdrowia powiązany z migracją. Można również podkreślić, że w badaniach coraz większe zainteresowanie wielu ośrodków badawczych i gremiów międzynarodowych – medycznych i pozamedycznych – budzi związek globalnych procesów migracji ze zdrowiem.

Imigranci na rynku pracy

Literatury skupiona na migracji i na rynku pracy pozwala wyodrębnić niekorzystny status zdrowotny imigrantów w kraju przyjmującym oraz jego uwarunkowania. Są to przede wszystkim:

- praca związana z ryzykiem oraz towarzyszącymi warunkami zatrudnienia,
- zmiana statusu socjoekonomicznego, związana z sytuacją bytową i stylem życia,
- podział na imigrantów udokumentowanych i nieudokumentowanych jako kryterium zróżnicowania dostępu do opieki zdrowotnej w kraju przyjmującym.

Stan zdrowia imigrantów funkcjonujących na rynku pracy kraju przyjmującego

Zarówno pojedyncze badania, jak i przeglądy literatury dotyczące pracy imigrantów i ich ryzyka zdrowotnego prowadzą do wniosku, że migranci są zatrudniani głównie w pracach brudnych, niebezpiecznych i trudnych, określanych jako 3D (*dirty, dangerous, difficult*). Charakteryzuje je ponadto monotoność czynności i intensywne rytmiczne [38]. Główne zagrożenia stanowią choroby zakaźne i pasożytnicze, choroby metaboliczne, choroby układu krążenia, jak również niska jakość życia oraz trudności w dostępie do lokalnych usług zdrowotnych. [39]. Ryzyko zdrowotne łączy się też często z długimi godzinami pracy i ciężką pracą fizyczną, co może prowadzić do zwiększenia liczby wypadków przy pracy [32]. Zwracają na to uwagę dane z powszechnego spisu wypadków

w pracy w USA. Choć wynikało z nich, że liczba wypadków między rokiem 1997 a rokiem 2017 spadła o 27%, to jednak szczegółowe dane dotyczące wybranej grupy imigrantów wykazały sytuację odmienną. W badaniach przeprowadzonych w 2002 roku na przedmieściach Waszyngtonu wśród 427 imigrantów z Hiszpanii określono roczny wskaźnik wypadków przy pracy wyniósł 12,2/100 w przeliczeniu na etaty. Okazał się on o 70% wyższy niż oczekiwany dla ogółu pracowników w Stanach Zjednoczonych. Urazy były na tyle poważne, że 29% osób musiało zmienić pracę. Ponadto stwierdzono, że 20% z nich nie uzyskało świadczeń wypadkowych [40]. Jednocześnie w pierwszej dekadzie tego wieku w USA odnotowano najwyższe wskaźniki wypadkowości wraz z tendencją ich wzrostu w tych branżach, które charakteryzują się najwyższymi odsetkami zatrudnienia imigrantów, czyli w budownictwie, rolnictwie, produkcji i transporcie [41]. Jak wskazują badania Collorad i wsp. [41], szczególne konsekwencje zdrowotne mężczyzn imigrantów są obserwowane przede wszystkim u tych, którzy w kraju przyjmującym podejmują pracę fizyczną, podczas gdy ich wykształcenie i kompetencje są wyższe, niż wymaga tego stanowisko pracy, jakie wykonują. Odczuwają zatem dyskomfort powiązany z poczuciem degradacji społecznej, która jest wynikiem pogorszenia lub utraty statusu społecznego uzyskanego w kraju pochodzenia. Są to sytuacje, z którymi współwystępują wypadki w pracy. Również przeprowadzone w Polsce badania hospitalizacji imigrantów wykazały, że cudzoziemcy częściej niż Polacy trafiają do szpitala w wyniku urazów i zatruc [42]. Potwierdzają to wyniki uzyskane w badaniach przeprowadzonych w innych krajach.

Praca imigrantów w segmencie podrzędnym bywa często niekorzystna dla ich zdrowia. Wyniki badań ujawniają, że na ok. 244 mln imigrantów blisko połowa pracuje za stanowiskami zagrażającymi ich zdrowiu [39], pracują dłużej, w gorszych warunkach, częściej niż nieimigranci są narażeni na handel ludźmi i przemoc oraz doświadczają niekorzystnych ekspozycji zawodowych [43, 44]. Łączy się to, jak wspomniano, ze specyfiką branż, w których najczęściej są zatrudniani. Szczególnie zwraca się uwagę na pracę w budownictwie i w rolnictwie. Stwierdzono bowiem, że w tych gałęziach gospodarki częściej u imigrantów niż wśród miejscowych pracowników występują wypadki przy pracy [44]. W tych działach gospodarki występuje duże obciążenie fizyczne i często wymagana jest obsługa niebezpiecznych maszyn przy stosowaniu niewystarczającego sprzętu ochronnego. To dodatkowo staje się przyczyną wypadków. Ponadto często praca imigrantów związana jest z ekspozycją na niebezpieczne substancje chemiczne lub odpady [41]. Zwraca się też uwagę na pracowników zatrudnionych w hodowli zwierząt i hodowli drobiu, którzy w ostatnich latach byli zagrożeni epidemią wirusowej ptasiej grypy [43]. Bywa też, że praca trwa 9 a nawet 13 godzin, bez przerw i przy braku płacy za nadgodziny [45], co jednoznacznie sygnalizuje łamanie praw pracowniczych. Staje się zrozumiałe, że przy tego rodzaju uwarunkowaniach praca imigrantów oceniana jest jako niosąca ryzyko dla ich zdrowia i bezpieczeństwa.

Zmiana statusu socjoekonomicznego – sytuacja bytowa i styl życia

Status socjoekonomiczny (sse) jest w wielu badaniach traktowany jako przyczyna nierówności społecznych, ale także jako ich skutek. Nie sposób ich nie dostrzec przy analizie zdrowia imigrantów. W wielu opracowaniach zwraca się

uwagę na niekorzystną zmianę pozycji społecznej imigrantów w kraju przyjmującym w porównaniu do pozycji w kraju pochodzenia [46]. I zmianę tę należy uznać za normę w sytuacji zatrudnienia imigrantów [47], zwłaszcza w segmencie podrzędnym i pośrednim. Szczególnie przez ok. pierwszych 10 lat imigracji niezależnie od faktycznych kompetencji zawodowych imigranci podejmują prace o niskim prestiżu, wymagające niewielkich kwalifikacji i nisko płatne, co sytuuje ich na niskiej pozycji w społeczeństwie przyjmującym [32, 41]. Doświadczane nierówności w stosunku do pracowników miejscowych, podporządkowanie ograniczające wykorzystanie własnych kompetencji zawodowych oraz poczucie niższości kładą się cieniem na samopoczucie emigrantów i wywołują długotrwały stres. Reakcją na to mogą być niekorzystne zachowania (korzystanie z używek, takich jak alkohol, papierosy, narkotyki) traktowane, jak wspomniano, jako „wynagradzanie” trudów i niepowodzeń migracji. Wszystkie te sytuacje, w rozmaitych konfiguracjach i przy różnych obciążeniach, mogą sposób synergiczny rzutować na ogólną kondycję psychiczną oraz fizyczną imigrantów i stan ich zdrowia.

Jednocześnie dostrzega się, że „nierówności zdrowotne pracowników-imigrantów są związane z ekspozycją środowiskową i zawodową i są wynikiem barier językowych/kulturowych, dostępu do opieki zdrowotnej a nawet klimatu politycznego kraju przyjmującego” [32].

Podsumowując, można powiedzieć, że obserwowane nierówności w stanie zdrowia imigrantów są efektem podejmowanych przez nich niekorzystnych zachowań, jak też wymienianych różnorodnych uwarunkowań doświadczanych w kraju pobytu. Przykładem mogą być problemy zdrowotne imigrantów w Norwegii, identyfikowane jako ryzyko otyłości, cukrzycy, chorób sercowo-naczyniowych oraz niedoboru witaminy D, natomiast w Szwecji tylko ogólnie stwierdzono, że imigranci są w gorszej sytuacji zdrowotnej niż rodowici Szwedzi [48]. Również w Polsce zauważa się, że imigranci relatywnie częściej niż Polacy hospitalizowani są m.in. z powodu chorób serca i naczyń [49].

Podział na imigrantów udokumentowanych i nieudokumentowanych

Wpływ na stan zdrowia każdej populacji, w tym również imigrantów, ma możliwość korzystania z opieki zdrowotnej. Imigranci w trakcie pobytu za granicą nie korzystają z funkcjonujących w kraju ich pochodzenia programów prewencji i wczesnego wykrywania chorób [25]. Natomiast w kraju przyjmującym czynnikiem oddziałującym na poziom opieki zdrowotnej jest fakt legalności (bądź nielegalności) pobytu i zatrudnienia, co łączy się z podziałem na imigrantów uregulowanych i nieuregulowanych. Kryterium tego podziału różnicuje ich uprawnienia do korzystania z opieki zdrowotnej. Zgodnie z obowiązującymi konwencjami międzynarodowymi imigranci uregulowani, legalnie podejmujący pracę w kraju przyjmującym, są włączeni w system ochrony zdrowia konkretnego kraju, podobnie jak wszyscy pracownicy tego kraju, na zasadach, jakie w nim obowiązują [50]. Imigranci o nieuregulowanym statusie pobytu nie posiadają takich uprawnień. Mogą korzystać ze świadczeń medycznych jedynie w przypadku zagrożenia życia [51, 52]. Prowadzi to do m.in. do zróżnicowania wskaźników umieralności między obu grupami imigrantów. W badaniach prowadzonych w USA stwierdzono zarówno wyższy odsetek umieralności wewnątrzszpitalnej imigrantów nieuregulowanych niż

uregulowanych (odpowiednio 3,9% i 3,4%), jak i aż ponad siedmiokrotnie wyższą różnicę wskaźnika pourazowej umieralności wewnątrzszpitalnej imigrantów nieuregulowanych w porównaniu z uregulowanymi (2,9% vs 0,43%) [53]. Powstaje więc pytanie o przyczyny tej różnicy. Przegląd literatury pozwala dostrzec ją jeszcze szerzej niż wyłącznie jako efekt formalno-prawnego dostępu lub braku dostępu do świadczeń medycznych w sytuacjach powypadkowych. Jak wskazuje pogłębiona analiza, wynika to z faktu, że imigranci nieudokumentowani pozostają poza działalnością związków zawodowych. To w pewien sposób ogranicza ich orientację na temat należnych im w konkretnym kraju świadczeń medycznych w sytuacji powypadkowej, a jednocześnie łączy się z zachowaniem samych imigrantów, którzy nie zgłaszają wypadku czy urazu, ponieważ obawiają się ujawnienia ich nielegalnej pracy i w konsekwencji wydalenia z kraju pobytu. Przejmując taką interpretację, można przewidywać, że wśród imigrantów rzeczywista liczba wypadków przy pracy, urazów, zatruc, chorób zawodowych i zakaźnych może być wyższa niż podają to oficjalne statystyki.

PODSUMOWANIE

W literaturze przedmiotu poświęconej migracji i zdrowiu zwraca się uwagę zarówno na fakt, że kraje migracyjne uzyskują korzyści wynikające z zatrudnienia imigrantów, ale jednocześnie przejmują ich wszystkie problemy i ryzyka zdrowotne. Ponoszą też wszystkie koszty opieki zdrowotnej, których imigranci wymagają i/lub z których powinni korzystać. Z jednej więc strony należy zwrócić uwagę na bilans zysków, które przysparza gospodarce kraju przyjmującego aktywność zawodowa zarówno udokumentowanych, jak i nieudokumentowanych imigrantów. Z drugiej strony niezbędny jest bilans kosztów opieki zdrowotnej z uwagi na napływające wraz z imigrantami ryzyka zdrowotne.

Zyski sprowadzają się do obserwacji, że wielu imigrantów zarówno podejmuje pracę w kraju przyjmującym w obszarach zapotrzebowania na kadry specjalistów, jak i zapełnia nisze zatrudnienia w obszarach gospodarki charakteryzowanych jako prace trudne i obciążone w dużym stopniu ryzykiem wypadków, zatruc i chorób zakaźnych. Natomiast nie można nie uwzględnić faktu, że wszyscy imigranci udokumentowani, zatrudnieni we wszystkich trzech segmentach rynku pracy (podstawowym, podrzędnym i pośrednim) płacą podatki (lub płacą składki w ramach ubezpieczeń indywidualnych, zgodnie z wymogami kraju przyjmującego). Ponieważ w ten sposób partycypują w finansowaniu świadczeń zdrowotnych w kraju przyjmującym, wszystkie świadczenia zdrowotne są im należne zgodnie z umowami międzynarodowymi, stanem ich zdrowia oraz zgodnie z dostępnością usług medycznych w kraju zatrudnienia, w tym w ramach krajowych programów i profilaktyki. Równolegle w wielu publikacjach zwraca się uwagę na obciążenia systemu opieki zdrowotnej związane ze stanem zdrowia emigrantów, co łączy się z ich napływem i funkcjonowaniem na rynku pracy. Ryzyka te łącznie mogą niekorzystnie kształtować wskaźniki zdrowia całej populacji i stanowić trudne wyzwania dla organizacji ochrony zdrowia kraju przyjmującego. To zmusza niektóre kraje do odmowy zezwolenia na wjazd osób obciążonych określonymi jednostkami chorobowymi lub bardziej ścisłego monitorowania ryzyka zdrowotnego nie tylko imigrantów, lecz całej populacji. Największe ryzyko występujące

w związku z rynkiem pracy odnotowano w takich branżach jak budownictwo, rolnictwo, transport. Fakt występowania wysokich wskaźników wypadkowych i relatywnie wyższej umieralności prowadzić może do wniosku, że napływ imigrantów wywołuje wzrost kosztów opieki zdrowotnej kraju przyjmującego. Wydaje się jednak, że zyski z ich zatrudniania znacznie przewyższają koszty opieki zdrowotnej ponoszone przez kraj imigracji.

W polskich publikacjach naukowych jest niewiele opracowań, które bezpośrednio poświęcone są konkretnym badaniom imigrantów zarobkowych zatrudnionych na polskim rynku pracy w kontekście ich stanu zdrowia, zachorowalności czy wypadkowości oraz ryzyka zdrowotnego związanego z ich sytuacją i kontekstem społecznym oraz prawnym. Problematyka ta wymaga podjęcia szczegółowych interdyscyplinarnych badań. Jak wykazał przegląd literatury dotyczącej Polski, posiadane przez nas dane wskazują na wyższą wypadkowość wśród imigrantów niż Polaków i na częstszą hospitalizację imigrantów zarobkowych niż Polaków z powodu chorób serca i naczyń. Podejmowana jest również analiza sytuacji zdrowotnej Polaków pracujących za granicą, na co wskazały przytoczone wcześniej pozycje literatury.

Ponieważ polskie publikacje dość rzadko podejmują problematykę zdrowia imigrantów w związku z ich zatrudnieniem, niezbędne wydaje się przeprowadzenie badań w tym zakresie i zwrócenie większej uwagi na kwestię ich zdrowia, wypadków w pracy i zachorowalności. Także ze względu na fakt, że ich stan zdrowia rzutuje na wskaźniki zdrowia całego społeczeństwa.

PIŚMIENNICTWO

- Castaneda H, Holmes SM, Madrigal DS, DeTrinidad ME, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a Social Determinant of Health, *Annual Review of Public Health*. 2015; 36: 375–392.
- Stell Z, Silove D, Brooks R, Momartin S, Alzuhairi B, Susljik I. Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *The British Journal of Psychiatry*. 2006; 188(1): 58–64.
- de Castro AB, Fujishiro K, Sweitzer E, Oliva J. How immigrant workers experience workplace problems: a qualitative study. *Arch Environ Occup Health*. 2006; 61(6): 249–5.
- Kawecki W, Salus G, Hale MS. Polska paranoja. *Psychiatria Polska*. 1999; 33(1): 115–122.
- Moullan Y, Jusot F. Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries? *European Journal of Public Health*. 2014; 24(1): 80–86. Doi: 10.1093/eurpub/cku112.
- Hunter LM, Simon DH. Might climate change the "healthy migrant" effect? *Global Environmental Chang*. 2017; 47: 133–142.
- Borhade A, Dey S. Do migrant have a mortality advantage?, maj 2018: [https://doi.org/10.106/S0140-6736\(18\)33052-6](https://doi.org/10.106/S0140-6736(18)33052-6).
- Health of Labour Migrants [Internet] International Organization for Migration <http://www.ilo.org/global/topics/labour-migration/> (dostęp: 27.05.2019).
- Lou Y, Beaujot R. What Happens to the „Healthy Immigrants Effect” The Mental Health of Immigrants to Canada. CPAH Discussion Papers. 2005; 19.o.15.
- Sole-Auro A, Crimmins E M. Health of Immigrants in European Countries. *The International Migration Review*. 2008; 42; 4: 861–876.
- Filion N, Fenelon A, Boudreaux M. Immigration, citizenship, and the mental health of adolescents, *PLoS*, [Internet] ONE, 2018, 13(5) e0196859. <https://doi.org/10.1371/>.
- Plusa T. Zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego a problem uchodźców. *Myśl Ekonomiczna i Polityczna*. 2018; 4(63): 235–53.
- Kaźmierczak J, Górnicka-Wilczyńska M, Hanke W, Wągrowaska-Koski E. Zachorowalność na gruźlicę w Polsce i w innych krajach oraz w Rosji, na Białorusi i Ukrainie – implikacje dla działań profilaktycznych. *Med Pr*. 2007; 5(4): 353–360.
- [Internet] wp.pl/lekarze-zaniepokojeni-odporna-na-antybiotyki-gruzlica-choroba-wrocila-wraz-z-imigrantami-6247016449476737a (dostęp: 17.05.018).
- Pantyley V. Przemiany społeczno-gospodarcze a stan zdrowia ludności Ukrainy i Polski w latach 1990–2002. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2008: 232.
- Europejski Raport Zdrowia 2012: Droga do osiągnięcia dobrostanu. Streszczenie. Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce, 2013. <http://www.who.un.org.pl/>.
- Pantyley V. Potencjał populacji dziecięcej, jego determinanty i modele – casus Ukrainy. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2018.
- Zdrowie migrantów a cenzurowanym, *Biuletyn Migracyjny*. 2013; 42.
- Smoleń A. Problemy zdrowotne polskich emigrantów poakcesyjnych. Implikacje dla systemów opieki zdrowotnej, *Problemy Zarządzania*. 2013; 11(41), 1(2): 227–239.
- Sztompka P. Trauma wielkiej zmiany. Społeczne koszty transformacji, Warszawa: Instytut Studiów Politycznych PAN; 2000.
- Hughes K. Migrating identities: the relational constitution of drug use and addiction. *Sociology of Health and Illness*. 2007; 29; 5: 688.
- Kawczyńska-Butrym Z. Zdrowie migrantów i drenaż białego personelu, Wyzwania dla zdrowia publicznego, socjologii zdrowia i zawodów medycznych. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2019.
- Davies A, Basten A, Frattini C. Migration: a social determinant of migrants' health. *Migr Health Eur Union*. 2010; 16: 10–2.
- Slany K. Trauma codziennego życia: z badań nad migrantkami polskimi w USA i Włoszech. W: Slany K. (red). *Migracje kobiet. Perspektywa wielowymiarowa*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008: 329.
- Simek B. Health care and most common physical and mental problems of illegal migrant workers and their families. *Family and Primary Care Review*. 2006; 8(3): 765–768.
- Wickramage K, Vearey J, Zwi AB, Robinson C, Knipper M. Migration and health: a global public health research priority. *BMC Public Health* [Internet] 2018; 987, <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5932-5>.
- Grubarov-Boskovic S, Natale F. Migration in a Segmented Labour Market European Commission Joint Research Centre, 1–20, cyt. za: M. Okólski. *Migracje pracownicze we współczesnym świecie*. The Polish Migration Review. 2018; 2(4): 9–24.
- Skeldon R. Of Skilled Migration, Brain Drains and Policy Responses. *International Migration*, 2009; 47(4): 3–29.
- Makulec A. Konsekwencje migracji wysoko wykwalifikowanego kapitału ludzkiego dla krajów wysyłających i imigrantów na przykładzie personelu medycznego. *Ośrodek Badań nad Migracjami* luty 2013, [Internet] www.migracje.uw.edu.pl.
- [Internet] <http://www.dziennikwschodni.pl/lublin/coraz-wiecej-lekarzy-wyjezda-za-granice-sytuacja-staje-sie-bardzo-dramatyczna,n,1000186931.html> (dostęp: 17.05.2018).
- Kaczmarczyk P, Okólski M. Migracje specjalistów wysokiej klasy w kontekście członkostwa Polski w Unii Europejskiej, *Urząd Komitetu Integracji Europejskiej*. Warszawa; 2005: 129.
- Schenker MA. Global Perspective of Migration and Occupational Health. *American Journal of Industrial Medicine*. 2012; 53(4): 329–37.
- Isaksen LW, Devi SU, Hochschild A.R. Global Care Crisis: A Problem of Capital, Care Chain, or Commons? *American Behavior Scientist*. 2008; 52(3): 405–425.
- Bryk D, Roźnowski B. (red.). *Migracja zarobkowa do Włoch. Próba podejścia interpersonalnego*. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2008.
- Małek A. *Migrantki – opiekunki. Doświadczenia migracyjne Polek pracujących w Rzymie*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2011.
- Carballo M, Grocutt M, Hadzihasanovic A. Women and Migration a public health issue. *World Health Stat Q*. 1996; 49(2): 158–164.
- Barath A. Perspectives in the Mental Healthcare of Survivors of Human Trafficking. W: *Building Regional Partnerships to Fight Trafficking in Persons in the Context of EU-Enlargement Conference Report*. International Organization for Migration, Warsaw; 2005: 37.
- Mucci N i wsp. *Migrant Workers and Physical Health: An Umbrella Review*, [Internet] *Sustainability*, 11, 1 232, 2019. Doi: 10.3390/su11010232.
- Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and Health in the European Union. "Tropical Medicine and International Health". 1998; 3(12): 936–944.
- Moyce SC, Schenker M. Migrant Workers and their Occupational Health and Safety, *Annual Review of Public Health*, 2018; 39: 351–365, 2018, <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013714>.
- Crollard A, de Castro AB, Tsai JH. Occupational Trajectories and Immigrant Worker Health. *Workplace Health Staf*. 2012; 60 (11): 497–503.
- Cianciara D, Goryński P, Seroka W. Hospitalizacja migrantów w Polsce. *Probl Hig Epidemiol*. 2011, 92(3): 497–503.

43. Mobed K, Gold EB, Schenker MB. Occupational Health Problems Among Migrant and Seasonal Farm Workers. *The Western Journal of Medicine*. 1992; 157(3): 367–373.
44. Schenker MA. Migration and Occupational Health: Understanding the Risks. Migration Policy Institute 2011.
45. Praca niewolnicza na Wyspach, *Biuletyn Migracyjny*. 2012; 36: 5.
46. Akbulut-Yuksel M, Kugler A. Assimilation and the health of immigrants: US evidence. 17 October, 2016.
47. Kawczyńska-Butrym Z. Migracje – wybrane zagadnienia. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2009.
48. Lewczuk-Wesołowska A i wsp. Sytuacja zdrowotna i charakterystyka imigrantów w Norwegii i Szwecji. *Hyg. Pub. Health*. 2013; 48(1): 95–101.
49. Cianciara D, Dudzik K, Lewczuk A, Pinkas J. Liczba, charakterystyka i zdrowie imigrantów w Polsce. *Przegl. Hig. Epidemiol.* 2012; 93(1): 143–150.
50. Pavi A, Maltezou H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe, *J Travel Med.* 2017, Jul 1; 24(4). Doi: 10.1093/jtm/tax016.
51. Strzemieczna M. Podstawy prawne udzielania świadczeń cudzoziemcom. *Mag. Pielęg. Położ.* 2017; 1/2: 56–58.
52. Kolwitz M. Równość w publicznej opiece zdrowotnej. *Pomerania J.Life Sci.* 2017; 63(4): 104–109.
53. Chong WE, Lee WS, Victorino GP: Potential disparities in trauma: the undocumented Latino immigrants, *Jour Surg Res.* 2014; 191(2): 251–155.