



RAPORTY I ANALIZY

Seria 'Integracja'

Usługi społeczne a imigranci w Polsce: pomoc społeczna i służba zdrowia

Michał Polakowski

Zagadnienie integracji obywateli spoza Unii Europejskiej jest w Polsce nadal zagadnieniem zaniedbywanym. Mimo to, iż wiele instytucji państwowych i organizacji pozarządowych realizuje projekty mające na celu ułatwić imigrantom funkcjonowanie w polskim społeczeństwie, nadal brak jest spójnego podejścia do kwestii integracji.

Celem serii „Integracja” wydawanej w ramach projektu „iMAP – Mapa inicjatyw integracyjnych” jest spojrzenie na zagadnienie integracji cudzoziemców w kontekście innych polityk, identyfikacja istniejących problemów oraz przyjrzenie się konkretnym inicjatywom realizowanym na terenie Polski.

Na tej podstawie powstanie zestaw skontekstualizowanych dobrych praktyk, których szerzenie przyczyni się do wzmocnienia kompetencji pracowników administracji publicznej oraz innych organów i instytucji, a w konsekwencji do poprawy obsługi imigrantów w Polsce.

Redakcja:
dr Patryk Pawlak, dr Dorota Szelewa, Michał
Polakowski, Miłoslawa Fijałkowska

Koordinacja i skład:
Iwona Bąbiak, Gareth Chappell

Centrum Stosunków Międzynarodowych
ul. Emilii Plater 25
00-688 Warszawa
e-mail: info@csm.org.pl
www.csm.org.pl

Wyłączna odpowiedzialność za treści
przedstawione w niniejszym opracowaniu
spoczywa na autorze. Przedruk w całości lub
części możliwy jest wyłącznie za zgodą CSM.
Cytowanie oraz wykorzystanie danych
empirycznych dozwolone jest z podaniem
źródła.

Projekt realizowany jest przy wsparciu
Europejskiego Funduszu na rzecz integracji
obywateli państw trzecich oraz budżetu
państwa.



Spis tabel:

TABELA 1: 20 NAJWIĘKSZYCH LICZEBNIE NARODOWOŚCI, ZA KTÓRE ODPROWADZONO SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE EMERYTALNO-RENTOWE, STAN NA 31.12 2008.....	16
TABELA 2: LICZBA CUDZOZIEMCÓW, ZA KTÓRE ODPROWADZONO SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE EMERYTALNO-RENTOWE, WEDŁUG WOJEWÓDZTW, STAN NA 31. 12. 2008	17
TABELA 3: 20 NAJWIĘKSZYCH LICZEBNIE NARODOWOŚCI, ZA KTÓRE ODPROWADZONO SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE EMERYTALNO-RENTOWE, STAN NA 31.12 2009.....	18
TABELA 4: LICZBA CUDZOZIEMCÓW, ZA KTÓRE ODPROWADZONO SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE EMERYTALNO-RENTOWE, WEDŁUG WOJEWÓDZTW, STAN NA 31. 12. 2009	19
TABELA 5: POMOC SPOŁECZNA SKIEROWANA DO OSÓB Z KRAJÓW TRZECICH Z PODZIAŁEM NA OSOBY, RODZINY I WOJEWÓDZTWA, 2008.....	24
TABELA 6: POMOC SPOŁECZNA SKIEROWANA DO OSÓB Z KRAJÓW TRZECICH, LICZBA OSÓB I RODZIN WEDŁUG KRAJU POCHODZENIA, 2008.	26
TABELA 7: WYSOKOŚĆ POMOCY SKIEROWANEJ DO OBYWATELI KRAJÓW TRZECICH WEDŁUG WOJEWÓDZTW, ROK 2008.....	27

Spis treści:

SPIS TABEL:	3
ABSTRAKT	5
O AUTORZE	6
WSTĘP	7
SŁUŻBA ZDROWIA I INTEGRACJA CUDZOZIEMCÓW-WYMIAR EUROPEJSKI	9
SŁUŻBA ZDROWIA I INTEGRACJA MIGRANTÓW-DOŚWIADCZENIA EUROPEJSKIE	11
SŁUŻBA ZDROWIA I CUDZOZIEMCY W POLSCE - KWESTIE PRAWNE	13
UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE CUDZOZIEMCÓW W POLSCE-ILUSTRACJA EMPIRYCZNA	15
POMOC SPOŁECZNA SKIEROWANA DO CUDZOZIEMCÓW W UE.....	21
PRAWNE ASPEKTY KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ POMOCY SPOŁECZNEJ PRZEZ CUDZOZIEMCÓW	22
POMOC SPOŁECZNA SKIEROWANA DO CUDZOZIEMCÓW Z KRAJÓW TRZECICH W ŚWIETLE DANYCH EMPIRYCZNYCH.....	23
PODSUMOWANIE I WNIOSKI DLA PROJEKTU IMAP.....	28
BIBLIOGRAFIA	31

Abstrakt

Celem niniejszego raportu jest przedstawienie kwestii integracji imigrantów dotyczącej służby zdrowia i pomocy społecznej. Raport otwiera przegląd regulacji dostępu do służby zdrowia i do pomocy społecznej w dokumentach UE oraz prezentuje ich funkcjonowanie w krajach członkowskich. Następnie raport dokonuje przeglądu zagadnień prawnych dostępu do służby zdrowia i pomocy społecznej w Polsce jak również dostępnych danych opisujących skalę zjawiska. Raport zamykają wnioski, które są podstawą do oceny projektów integracyjnych realizowanych w Polsce.

O autorze

Michał Polakowski jest doktorantem w Maastricht Graduate School of Governance, Universiteit Maastricht, gdzie kończy prace doktorską na temat transformacji polityki społecznej w krajach postkomunistycznych. Studiował również na Uniwersytecie Warszawskim i Uniwersytecie Środkowoeuropejskim w Budapeszcie. Zainteresowania Michała Polakowskiego skupiają się także na związku pomiędzy rozwojem gospodarczym a polityką społeczną, historycznych i politycznych uwarunkowaniach państwa opiekuńczego, zmianie instytucjonalnej oraz innowacyjnych metodach badawczych w naukach społecznych. Publikował w Journal of European Social Policy.

Kontakt: michal.polakowski@maastrichtuniversity.nl

Wstęp

Kwestia dostępu do świadczeń społecznych dla migrantów stanowi jeden z głównych tematów w debacie na temat integracji cudzoziemców ze społeczeństwem przyjmującym. Głównym wątkiem tej debaty jest kwestia rachunku zysków i strat, jakie przynosi imigracja dla systemów polityki społecznej (Barrett and McCarthy 2008). Poprzednie raporty cząstkowe zajmowały się tymi zagadnieniami na przykładzie ubezpieczeń społecznych (zwłaszcza ubezpieczenia emerytalnego) i wskazały na pozytywny efekt, jaki niesie migracja dla polskiego systemu ubezpieczeń społecznych (odprowadzanie składek przy niewielkim wykorzystaniu świadczeń przez imigrantów) (Polakowski 2010). Z drugiej strony wykazano negatywny efekt dla samych migrantów, który jest pochodną rozwiązań systemowych, jak niemożność transferu opłaconych składek do kraju pochodzenia z powodu braku istnienia odpowiednich umów międzynarodowych. Specyficzną cechą migracji jest krótki okres pobytu, nieuprawniający do korzystania ze świadczeń.

Niniejszy raport uzupełnia badania dostępu do szeroko rozumianych usług publicznych poprzez analizę uwarunkowań korzystania z pomocy społecznej i służby zdrowia. Jak podkreśla Rainer Baubock (2006), pomoc społeczna stanowi ciekawy i szczególny przypadek jeśli chodzi o integrację migrantów, gdyż ma tam miejsce dyskrecjonalne określanie prawa do świadczeń. Potencjalnie prowadzić to może do praktyk dyskryminacyjnych. Według Baubocka, podstawą do dyskryminacyjnego traktowania cudzoziemców jest założenie, że migranci powinni być albo samowystarczalni, albo korzystać z innej, niepublicznej pomocy (ibid).

Wydaje się, że w przypadku pomocy społecznej kontrowersje dotyczące zysków i strat, jakie niesie imigracja dla polityki społecznej są silniejsze niż w przypadku ubezpieczeń społecznych. Istnieje kilka przyczyn tego stanu rzeczy. Po

pierwsze, zwłaszcza w przypadku krajów o dużej populacji migrantów (zarówno regularnych i nieregularnych), istnieje społeczne wyobrażenie, jakoby migranci regularni nadużywali tego typu pomocy. Po drugie, pomoc społeczna jest finansowana z podatków powszechnych (a nie składek osób ubezpieczonych), co może wywoływać społeczne odczucie, że migranci nie powinni być do niej uprawnieni. Wreszcie, ponieważ decyzje o udzielaniu świadczeń w ramach pomocy społecznej mają często charakter dyskrecyjny i oparte są na analizie poszczególnych przypadków, niejasność proceduralna wpływa na poczucie udzielania migrantom nieuprawnionej pomocy (Banting and Kymlicka 2006).

Dostęp do służby zdrowia, który jest jednym z podstawowych praw socjalnych obywateli krajów europejskich, w przypadku cudzoziemców nabiera specjalnego znaczenia. Wynika to z faktu, iż z jednej strony mamy do czynienia z występowaniem zjawiska tzw. zdrowego imigranta, który w wybranych przypadkach jest zdrowszy od członków społeczeństwa przyjmującego. Z drugiej strony zaś, na stan zdrowia migrantów po przybyciu do kraju docelowego wpływa ich stan zdrowia przed wyemigrowaniem, często nienajlepszy. Jak zwracają uwagę Pace i Shapiro (2009), w Deklaracji Amsterdamskiej podkreślono, iż sytuacja zdrowotna imigrantów jest szczególnie podatna na pogorszenie z powodu ich niskiego statusu społeczno-ekonomicznego w krajach przyjmujących. Wynika to po części z profilu pracy wykonywanej przez migrantów charakteryzowanej jako *3d: dirty, dangerous and difficult* (brudna, niebezpieczna i trudna) (SOPEMI 2009), która przyczyniać się może do zwiększenia liczby urazów i chorób.

Niniejszy raport zajmuje się powyższymi zagadnieniami poprzez określenie ogólnych ram prawnych obowiązujących w Unii Europejskiej, jak również w wybranych krajach członkowskich. Odniesienie do rozwiązań w krajach UE może mieć charakter tylko wrywkowy, ponieważ dostęp do danych opisujących integrację

cudzoziemców jest ograniczony. Przyczyną tego stanu rzeczy jest zróżnicowanie systemów pomocy społecznej i służby zdrowia krajów europejskich, co z kolei prowadzi do problemów z porównywalnością danych. Raport uzupełnia wiedzę na temat barier i ułatwień w korzystaniu z usług społecznych.

Służba zdrowia i integracja cudzoziemców-wymiar europejski

Zagadnienie dostępu do służby zdrowia jest regulowane przez art. 168 Jednolitego Aktu Europejskiego oraz przez Traktat o Unii Europejskiej. Kompetencje Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia są oparte na zasadzie subsydiarności, która zakłada, że decyzje dotyczące zdrowia muszą być podejmowane na możliwie niskim poziomie rządzenia. W ten sposób mają jak najlepiej odpowiadać na potrzeby ludności. Dodatkowo, zasada subsydiarności oznacza, że decyzje na poziomie europejskim muszą być oceniane z punktu widzenia możliwości ich wdrożenia na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym. Oznacza to, że zdrowie publiczne pozostaje domeną poszczególnych krajów członkowskich. Dotyczy to również dostępu migrantów do krajowych systemów służby zdrowia (Peiro and Benedict 2009).

Niemniej, zauważyć można zaangażowanie Unii Europejskiej w działalność regulacyjną, która w pewnym stopniu porządkuje dostęp obywateli państw trzecich do świadczeń zdrowotnych. Początki działalności regulacyjnej można było zaobserwować w roku 1999 podczas szczytu w Tampere. Komisja Europejska wyraziła wtedy opinię, iż Unia Europejska powinna zagwarantować równy dostęp do usług zdrowotnych obywatelom państw trzecich, którzy legalnie przebywają na jej terytorium. Równe traktowanie polegać ma na zrównaniu obowiązków i praw obywateli państw członkowski i państw trzecich, wspieraniu przeciwdziałania

dyskryminacji w aspekcie ekonomicznym, społecznym i kulturalnym (Pace and Shapiro 2009).

Opinia Komisji znalazła potwierdzenie w rezolucji Parlamentu Europejskiego z 27 października 1999, w której wzywano do szybkiego wypełnienia obietnic dotyczących sprawiedliwego traktowania obywateli trzecich przebywających legalnie na terytorium państw członkowskich oraz do takiego zdefiniowania ich statusu prawnego, by był on możliwie najbliższy statusowi obywateli Unii (Ingleby 2009).

Odpowiedzią na głosy płynące z Komisji Europejskiej i Parlamentu Europejskiego była Regulacja 859/1999, mająca na celu rozszerzenie zakresu zasad regulujących funkcjonowanie systemu zabezpieczenia społecznego na obywateli państw trzecich (łącznie z członkami rodzin) przy założeniu, że legalnie przebywają na terytorium Unii, a ich sytuacja dotyczy więcej niż jednego państwa członkowskiego. W Dyrektywie 2003/109/EC uregulowano kwestię zrównania praw obywateli państw trzecich przebywających w Unii długoterminowo z prawami obywateli państw członkowskich w zakresie zabezpieczenia społecznego, pomocy społecznej i ubezpieczeń społecznych tak, jak zdefiniowane są one w prawie krajowym (EC 2008).

W ostatnich latach, cele dotyczące dostępu do służby zdrowia i ogólniej, zabezpieczenia społecznego, zdefiniowane w Tampere, zostały potwierdzone w Programie Haskim z roku 2004. We 2007 podczas prezydencji portugalskiej, w ramach konferencji “The Health and Migration in the EU: Better Health for All in an Inclusive Society”, która odbyła się w Lizbonie, zdefiniowano najważniejsze narastające kwestie w obszarze zdrowia publicznego i migracji. Rezultatem ustaleń konferencji były następujące wnioski:

- ✓ dostęp do opieki zdrowotnej dla każdej osoby jest warunkiem wstępnym do zdrowia publicznego w Unii,

- ✓ dostęp do opieki zdrowotnej jest urzeczywistnieniem idei postępu społecznego, gospodarczego i politycznego,
- ✓ dostęp do opieki zdrowotnej ma zasadnicze znaczenie dla ochrony praw człowieka (Pace and Shapiro 2009).

W roku 2009, podczas drugiej konferencji zorganizowanej w Lizbonie, zorganizowanej przez Międzynarodową Organizację ds. Migracji, cele te zostały potwierdzone (Peiro and Benedict 2009).

Służba zdrowia i integracja migrantów-doświadczenia europejskie

Pomimo zagwarantowania formalnej równości w dostępie do świadczeń służby zdrowia, wciąż istnieje szereg przeszkód, które utrudniają rzeczywisty dostęp do tych usług. Autorzy raportu "Quality in and Equality of Access to Healthcare Services" (EC 2008) zebrali i zanalizowali doświadczenia krajów europejskich dotyczące instytucjonalnych uwarunkowań dostępu do usług zdrowotnych. Poniżej przedstawione są główne wnioski raportu.

Po pierwsze, zwraca się uwagę na zależność pomiędzy pochodzeniem etnicznym a wykluczeniem społecznym: osoby pochodzące spoza UE są dwa razy bardziej zagrożone ubóstwem niż obywatele krajów członkowskich. Po drugie, migrantów cechuje ryzyko specyficznych zachorowań i problemów zdrowotnych. W Holandii migranci charakteryzują się gorszym stanem zdrowia w porównaniu do ludności rodzimej zarówno we własnej ocenie, jak i w badaniach przesiewowych, przy czym profil zachorowań różni się w zależności od grupy etnicznej. Na przykład osoby pochodzące z Surinamu są w znacznie wyższym stopniu niż Holendrzy zagrożone cukrzycą, a jeśli chodzi o raka piersi, zachorowalność Holenderek jest znacznie większa w porównaniu do imigrantek (Tamsma 2008).

Jeśli chodzi o dostęp do usług i koszyk oferowanych świadczeń, w większości krajów cudzoziemcy o uregulowanym statusie mają prawo do pewnej formy opieki. Niemniej jednak czasami wymaga się od nich pewnego okresu karencji, po którym uzyskują dostęp do służby zdrowia na równych zasadach z obywatelami danego kraju. Taka sytuacja występuje na przykład w Finlandii, gdzie imigranci mają prawo do pełnego zakresu usług po upływie roku, chyba że planują pozostać na terytorium kraju dłużej i posiadają zezwolenie na pobyt (Wahlbeck, Manderbacka et al. 2008). W Wielkiej Brytanii i Holandii dostęp do świadczeń medycznych migrantów ze statusem rezydenta jest taki sam jak dla rodowitych mieszkańców (Goddard 2008; Tamsma 2008). Równość dostępu do świadczeń oznacza także równość obowiązku współfinansowania usług medycznych. W przypadku imigrantów gorzej sytuowanych ekonomicznie oznaczać to może barierę w dostępie do świadczeń. Taką sytuację zdiagnozowano w Grecji i Niemczech, gdzie uzyskanie zwolnień z opłat wymaga bardzo dobrej znajomości funkcjonowania służby zdrowia (Altanis, Economou et al. 2008; Riesberg and Wörz 2008). W przypadku dostępu do leków, bariera opłat została zidentyfikowana w Hiszpanii (García-Sánchez and Tirado 2008).

Kolejną kwestią jest korzystanie ze świadczeń służby zdrowia. W generalnym ujęciu, pomimo podobnych potrzeb zdrowotnych, imigranci korzystają ze służby zdrowia rzadziej niż ludność lokalna, przy czym jest to uzależnione od pochodzenia etnicznego. W Wielkiej Brytanii, niektóre grupy etniczne (Pakistańczycy, Hindusi) korzystają z podstawowej służby zdrowia częściej niż Anglicy, natomiast inne (Chińczycy) znacznie rzadziej (Goddard 2008). Z kolei w Finlandii, imigranci korzystają z opieki zdrowotnej rzadziej niż Finowie z wyjątkiem kobiet w wieku 15-29 lat, których częstszy kontakt ze służbą zdrowia jest związany z ciążą i porodem (Wahlbeck, Manderbacka et al. 2008).

Podsumowując, dostęp do służby zdrowia i jakość oferowanych usług w sposób wyraźny różni się między krajami Unii Europejskiej. Wynika to nie tylko z ze zróżnicowania narodowych publicznych systemów opieki zdrowotnej, lecz także z cech samych imigrantów.

Służba zdrowia i cudzoziemcy w Polsce - kwestie prawne

Artykuł 68 Konstytucji RP w punkcie 1 stanowi, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Niemniej, punkt 2 precyzuje tę kwestię, mówiąc, że prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych przysługuje *obywatelom* i deleguje ten problem do aktu prawnego rangi ustawy. Podstawowym aktem prawnym regulującym kwestię ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce jest Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹. Ustawa ta określa osoby, które podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu i zasady, na jakich to się odbywa.

Podobnie jak w przypadku ubezpieczeń emerytalno-rentowych, ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej:

- ✓ przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy w celu wykonywania pracy,
- ✓ zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony,
- ✓ zezwolenia na osiedlenie się,
- ✓ zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich,

¹ Dz.U. 2004 Nr 210 poz. 2135 z późniejszymi zmianami

- ✓ zgody na pobyt tolerowany
- ✓ lub osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystające z ochrony czasowej na jej terytorium (art.3 pkt. 2).

Co istotne, ubezpieczonymi są również najbliżsi członkowie rodziny pracownika (małżonek, dzieci oraz rodzice osoby ubezpieczone, jeśli przebywają we wspólnym gospodarstwie domowym).

Jeśli chodzi o ubezpieczenie zdrowotne cudzoziemców, istnieją wyłączenia zasad przedstawionych powyżej, określone w Ustawie. Dotyczą one cudzoziemców przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym cudzoziemców zatrudnionych w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, misjach, misjach specjalnych lub międzynarodowych instytucjach, chyba że umowy międzynarodowe ratyfikowane przez Rzeczpospolitą Polską stanowią inaczej.

W przypadku pracowników cudzoziemskich, rolą pracodawcy jest zgłoszenie cudzoziemca do ubezpieczenia i odprowadzanie za niego składek. Informacje, jakie są wymagane przy tej czynności to oprócz danych osobistych numer PESEL i NIP. W przypadku braku tych numerów, pracodawca może użyć numeru dowodu tożsamości cudzoziemca. Pracodawca (płatnik) odprowadza składkę na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości 9% podstawy wymiaru.

Pewne kategoria cudzoziemców, które nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia, mogą przystąpić do ubezpieczenia zdrowotnego dobrowolnie. Możliwość taka dotyczy osób, które nie posiadają obywatelstwa kraju członkowskiego UE a są studentami i uczestnikami studiów doktoranckich; odbywających obowiązkowy staż; członkami zakonów oraz alumnami wyższych seminariów duchownych i teologicznych; osoby odbywające staż adaptacyjny.

Cudzoziemcom ubezpieczonym w ramach publicznej służby zdrowia przysługują takie same świadczenia jak obywatelom polskim. Również formalne procedury określające dostęp do określonego rodzaju świadczeń (lekarz pierwszego kontaktu, procedury specjalistyczne, leczenie szpitalne) są jednolite dla wszystkich ubezpieczonych bez względu na obywatelstwo.

Ubezpieczenie zdrowotne cudzoziemców w Polsce-ilustracja empiryczna

Jeśli chodzi o skalę ubezpieczenia cudzoziemców w Polsce, nie są publikowane statystyki na ten temat. Niemniej jednak, przybliżone informacje na temat liczby osób z a które opłacono składki można uzyskać dzięki analizie danych dotyczących odprowadzonych na ubezpieczenie emerytalno-rentowe (zarówno ubezpieczenie emerytalno-rentowe jak i zdrowotne są obowiązkowe dla pracowników cudzoziemskich).Tabele poniżej prezentują informacje na temat ilości osób, za które odprowadzono składki w roku 2008 i 2009.

Tabela 1: 20 największych liczebnie narodowości, za które odprowadzono składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe, stan na 31.12 2008

OBYWATELSTWO	LICZBA OSÓB
OGÓLEM	51 995
UKRAIŃSKIE	15 120
AFGAŃSKIE	6 264
BIAŁORUSKIE	3 629
ROSYJSKIE	2 449
WIETNAMSKIE	2 186
NIEMIECKIE	1 786
BUŁGARSKIE	1 453
CHIŃSKIE	1 284
ARMEŃSKIE	1 116
TURECKIE	881
FRANCUSKIE	850
WŁOSKIE	814
MOŁDAWSKIE	809
RUMUŃSKIE	749
CZESKIE	718
LITEWSKIE	712
BRYTYJSKIE	659
HINDUSKIE	625
SŁOWACKIE	545
AMERYKAŃSKIE	512

Źródło: Departament Statystyki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, opracowanie własne.

Tabela 2 prezentuje zróżnicowanie przestrzenne ilości ubezpieczonych i wysokości odprowadzonych składek w układzie wojewódzkim. Największa koncentracja cudzoziemców, za których opłacono składki ma miejsce w województwie Mazowieckim. Stanowiło to niecałe 24% wszystkich cudzoziemców. Kolejne województwa pod względem wielkości pracującej populacji stanowiły Dolnośląskie, Śląskie, Małopolskie i Wielkopolskie. Województwa, w których zgłoszono najmniej pracujących cudzoziemców to Świętokrzyskie, Lubuskie i Warmińsko-Mazurskie. Jeśli chodzi o przestrzenne zróżnicowanie wysokości składek, uśredniona najniższa

składka była odprowadzana w województwie Opolskim, podczas gdy najwyższa - w Warmińsko-Mazurskim.

Tabela 2: Liczba cudzoziemców, za które odprowadzono składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe, według województw, stan na 31. 12. 2008

WOJEWÓDZTWO	LICZBA OSÓB
OGÓŁEM	51995
DOLNOŚLĄSKIE	3463
KUJAWSKO-POMORSKIE	1390
LUBELSKIE	1818
LUBUSKIE	907
ŁÓDZKIE	2070
MAŁOPOLSKIE	2948
MAZOWIECKIE	12309
OPOLSKIE	1400
PODKARPACKIE	1415
PODLASKIE	1172
POMORSKIE	2459
ŚLĄSKIE	3192
ŚWIĘTOKRZYSKIE	662
WARMIŃSKO - MAZURSKIE	1116
WIELKOPOLSKIE	2854
ZACHODNIOPOMORSKIE	1997
Reszta	10823

Źródło: Departament Statystyki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, opracowanie własne

Tabele 3 i 4 prezentują sytuację dla roku 2009. W porównaniu z rokiem poprzednim sytuacja nie uległa zasadniczej zmianie. Ranking najliczniejszych narodowości nie wykazuje zasadniczych zmian, zaobserwować można ogólny wzrost liczebności cudzoziemców, który jest stosunkowo równomiernie rozłożony pomiędzy poszczególne narodowości. Podobne wnioski można wysunąć dla przestrzennego zróżnicowania zgłaszanych cudzoziemców, jak i terytorialnych dysproporcji, z tą

różnicą, że średnio największa składka była odprowadzana w województwie Kujawsko-Pomorskim a najniższa w województwie Świętokrzyskim.

Tabela 3: 20 największych liczebnie narodowości, za które odprowadzono składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe, stan na 31.12 2009

OGÓŁEM	56 311
UKRAIŃSKIE	16 323
AFGAŃSKIE	6 251
BIAŁORUSKIE	3 784
ROSYJSKIE	2 645
WIETNAMSKIE	2 541
NIEMIECKIE	1 905
BUŁGARSKIE	1 680
CHIŃSKIE	1 479
ARMĘSKIE	1 247
TURECKIE	1 018
WŁOSKIE	937
FRANCUSKIE	905
BRYTYJSKIE	834
LITEWSKIE	825
CZESKIE	761
HINDUSKIE	758
RUMUŃSKIE	703
MOŁDAWSKIE	591
SŁOWACKIE	586
AMERYKAŃSKIE	580
KAZACHSKIE	508

Źródło: Departament Statystyki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, opracowanie własne

Tabela 4: Liczba cudzoziemców, za które odprowadzono składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe, według województw, stan na 31. 12. 2009

	Liczba ubezpieczonych osób fizycznych
OGÓŁEM	56311
DOLNOŚLĄSKIE	3530
KUJAWSKO-POMORSKIE	1 450
LUBELSKIE	1 871
LUBUSKIE	1 040
ŁÓDZKIE	2 484
MAŁOPOLSKIE	3 419
MAZOWIECKIE	14 349
OPOLSKIE	1 280
PODKARPACKIE	1 616
PODLASKIE	1 264
POMORSKIE	2 590
ŚLĄSKIE	3 432,00
ŚWIĘTOKRZYSKIE	809
WARMIŃSKO - MAZURSKIE	1 194
WIELKOPOLSKIE	3 024
ZACHODNIOPOMORSKIE	1 983
Reszta	10 976

Źródło: Departament Statystyki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, opracowanie własne

Jeśli chodzi o korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej, nie są dostępne żadne systematyczne dane, które opisują skalę tego zjawiska. Co więcej, o ile istnieją badania dotyczące barier w dostępie do służby zdrowia, na jakie natrafiają uchodźcy czy imigranci nieregularni, nie jest dostępny systematyczny przegląd specyficznych problemów, na jakie natrafiają cudzoziemcy będący przedmiotem zainteresowania projektu iMAP.

W literaturze przedmiotu wymienia się szereg przeszkód utrudniających korzystanie ze służby zdrowia przez migrantów. Jest to z pewnością bariera językowa: nieznanomość języka i brak odpowiedniej liczby tłumaczy, czy bariera kulturowa: inne postrzeganie chorób w różnych kulturach, różne zapatrywanie na rolę

lekarza i pacjenta w procesie leczenia), oraz brak wiedzy na temat dostępnych usług medycznych (Pace and Shapiro 2009). Doświadczenia takich grup jak uchodźcy czy imigranci nieregularni zdają się potwierdzać występowanie wyżej wymienionych barier w polskiej służbie zdrowia (Grzymała-Kazłowska, Stefańska et al. 2008). Ponadto, rezultaty badań wskazują, iż z powodu specyficznych problemów polskiego systemu opieki zdrowotnej (kolejki, konieczność osobistej rejestracji), nawet osoby, które są uprawnione do darmowej publicznej służby zdrowia, często korzystają z prywatnych usług. Natomiast, jeśli dochodzi do interakcji z lekarzem w ramach publicznej opieki zdrowotnej, jest ona oceniana przez większość cudzoziemców bardzo pozytywnie (ibid.).

Wreszcie, jeśli chodzi korzystanie z pomocy społecznej, występuje zróżnicowanie, które wiąże się z cechami danej grupy etnicznej. Rezultaty badań przeprowadzonych w roku 2005 wśród Wietnamczyków i Ukraińców osiadłych w Polsce wskazują na odmienne wzorce dla danej narodowości. Według badań, podczas gdy 17% Ukraińców było klientami pomocy społecznej, tylko 5% Wietnamczyków korzystało z tych usług (Grzymała-Kazłowska 2007). Jak argumentuje Grzymała-Kazłowska, zaobserwowane zróżnicowanie ma swoje źródło w odmienności kulturowej obydwu grup i dystansie kulturowym, jak tworzy się pomiędzy nimi a społeczeństwem polskim. Ukraińcy, jako bliżsi kulturowo polskiemu rynkowi pracy i okalającym go instytucjom, chętniej wchodzi w interakcje z oficjalnymi instytucjami, takimi jak pomoc społeczna. Tymczasem Wietnamczycy preferują interakcje wewnątrz własnej grupy etnicznej, co tłumaczyć może fakt, iż przedkładają nieformalne sposoby pomocy ponad oficjalne instytucje.

Pomoc społeczna skierowana do cudzoziemców w UE

Drugim analizowanym obszarem polityki społecznej jest pomoc społeczna. Podobnie jak w przypadku innych działów polityki społecznej, działania prawne na poziomie europejskim ograniczają się do koordynacji pomocy społecznej w krajach członkowskich opartej na zasadzie subsydiarności. Oznacza to, że w przeważającej mierze dostęp do pomocy społecznej regulowany jest przez prawodawstwo krajowe i w rezultacie, zróżnicowany. Krajowe systemy pomocy społecznej nie tylko różnią się ogólnymi rozwiązaniami takimi jak zasady dostępu, zakres pomocy czy jej hojność. Istotniejsze z punktu widzenia cudzoziemców jest to, jakie kategorie obcokrajowców mają do pomocy dostęp i czego ta pomoc dotyczy. Fermin i Kjellstrand (2005) demonstrują duże zróżnicowanie rozwiązań dostępu cudzoziemców do pomocy społecznej. Innymi słowy, dostęp imigrantów do pomocy społecznej jest efektem uwarunkowań polityki imigracyjnej poszczególnych krajów członkowskich, w mniejszym stopniu zaś regulacji na poziomie unijnym. Uwaga ta dotyczy zwłaszcza instrumentów integracyjnych skierowanych do uchodźców, w przypadku których istnieją bardzo zróżnicowane rozwiązania: od specjalnych programów integracyjnych po ograniczanie dostępu tylko do cudzoziemców długotrwale przebywających na terytorium danego kraju. Według autorów raportu przygotowanego dla Komisji Europejskiej, a dotyczącego różnych aspektów integracji w krajach UE², w przypadku integracji cudzoziemców i systemów polityki społecznej istnieje zjawisko 'drabiny hierarchii', na dole której znajdują się uchodźcy i inne osoby poszukujące ochrony (mający najmniej praw socjalnych), na jej szczycie lokują się naturalizowani obywatele.

Jeśli chodzi o przykłady integracji specyficznej grupy cudzoziemców jakimi są uchodźcy, wspomniany raport wskazuje na znaczne różnice w poszczególnych

² European Commission (2005) Study on Immigration, Integration and Social Cohesion

państwach członkowskich. I tak, w przypadku Wielkiej Brytanii i Danii można zauważyć znaczne ograniczenie praw uchodźców w porównaniu z normalnymi zasadami (otrzymują oni tylko pomoc rzeczową a wyłączeni są ze świadczeń pieniężnych). Przyczyną takiego restrykcyjnego podejścia, jest założenie, że hojne i łatwo dostępne świadczenia będą zachętą dla wzmożonej imigracji. Raport wskazuje również na inne grupy cudzoziemców, takie jak imigranci tymczasowi czy pracownicy sezonowi, które w wielu krajach członkowskich nie są traktowani na równi z obywatelami.

Prawne aspekty korzystania ze świadczeń pomocy społecznej przez cudzoziemców

Podstawowym aktem prawnym regulującym kwestię pomocy społecznej dla cudzoziemców jest Ustawa o pomocy społecznej³. Art. 5 ustawy określa kategorie cudzoziemców przebywających i zamieszkałych na terenie Polski jako uprawnione do pomocy społecznej. Są to, między innymi, osoby przebywające na podstawie zezwolenia na osiedlenie się; statusu rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich; zezwolenia na zamieszkanie na czas określony wynikające z zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego WE, udzielone przez inne państwo członkowskie Unii Europejskiej, oraz zamierza wykonywać pracę lub prowadzić działalność gospodarczą bądź podjąć lub kontynuować studia lub szkolenie zawodowe lub wykaże, że zachodzą inne okoliczności uzasadniające jego zamieszkiwanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Pomoc społeczna przysługuje także uchodźcom, osobom posiadającym ochronę uzupełniającą i ofiarom handlu żywym towarem.

³ Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593 z późniejszymi zmianami

Powyższe określenie zakresu podmiotowego powoduje, iż pomoc społeczna nie jest dostępna dla cudzoziemców, którzy legalnie przebywają w Polsce i posiadają zezwolenie na zamieszkanie na czas określony w celu wykonywania pracy. Grupa ta stanowi zasadniczą większość cudzoziemców przebywających w Polsce, według Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej ok. 170 tysięcy osób w roku 2008, natomiast osoby *uprawnione* do pomocy społecznej to ok. 50 tyś osób w tymże roku.

Pomoc społeczna skierowana do cudzoziemców z krajów trzecich w świetle danych empirycznych

Korzystanie z pomocy społecznej ilustrują dane opublikowane przez Ministerstwo Pracy i Pomocy Społecznej za rok 2008. W skład świadczeń pomocy społecznej wchodziły: zasiłek stały, zasiłek celowy, zasiłku celowy specjalny, zasiłek okresowy, zasiłek pielęgnacyjny, zasiłek rodzinny, dożywianie (program wieloletni „Pomoc państwa w zakresie dożywiania” oraz opłacanie obiadów dla dzieci w szkołach i przedszkolach), dodatki mieszkaniowe, świadczenia rodzinne, becikowe, zaliczki alimentacyjne, świadczenia z funduszu alimentacyjnego, usługi opiekuńczych, składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz pomoc rzeczowa (między innymi: wyprawki dla dzieci do szkoły, opał, paczki świąteczne, bilety komunikacji miejskiej, żywność, środki czystości).

Tabela 5 prezentuje dane opisujące skalę pomocy udzielonej cudzoziemcom z krajów trzecich w roku 2008. Tabela uwzględnia liczbę rodzin oraz osób z podziałem na województwa. W skali całego kraju działaniami pomocy społecznej objęto w sumie 894 osób. Ilość rodzin, których dotyczyła pomoc to 311. Zasadnicza część działań pomocy społecznej trafiła do kobiet (319) i dzieci (401). Jeśli chodzi o status cudzoziemców, którzy byli beneficjentami pomocy społecznej, 88% rodzin przebywało w Polsce na podstawie zezwolenia na osiedlenie się, 9% przybywało na

podstawie zezwolenia na zamieszkanie na czas określony, 2% posiadało status rezydenta Wspólnot Europejskich a 1 % miało nieokreślony status.

Tabela 5: Pomoc społeczna skierowana do osób z krajów trzecich z podziałem na osoby, rodziny i województwa, 2008.

WOJEWÓDZTWO	LICZBA OSÓB	LICZBA RODZIN
OGÓŁEM	894	311
DOLNOŚLĄSKIE	262	95
KUJAWSKO-POMORSKIE	3	1
LUBELSKIE	105	31
LUBUSKIE	0	0
ŁÓDZKIE	24	9
MAŁOPOLSKIE	155	44
MAZOWIECKIE	144	56
OPOLSKIE	31	11
PODKARPACKIE	46	17
PODLASKIE	17	10
POMORSKIE	18	5
ŚLĄSKIE	7	3
ŚWIĘTOKRZYSKIE	41	13
WARMIŃSKO - MAZURSKIE	0	0
WIELKOPOLSKIE	40	13
ZACHODNIOPOMORSKIE	8	3

Źródło: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

Województwem, w którym udzielono najwięcej świadczeń z pomocy społecznej jest dolnośląskie. Świadczenia uzyskało tam 262 osoby, co stanowiło ponad jedną trzecią obywateli państw trzecich objętych tą formą pomocy w Polsce. Jeśli przyjąć za jednostkę analizy rodzinę, w województwie dolnośląskim świadczeniami pomocy społecznej objęto 95 rodzin. Na dalszych miejscach znalazły się województwa małopolskie i mazowieckie, gdzie ze świadczeń pomocy społecznej

skorzystało odpowiednio 155 osób i 44 rodziny oraz 144 osoby i 56 rodzin i województwo lubelskie ze z 105 osobami i 31 rodzinami. Łącznie w tych czterech województwach świadczeniami pomocy społecznej objęto niemal trzy czwarte wszystkich obcokrajowców, którzy skorzystali z tego programu polityki społecznej. Podobnie sytuacja kształtowała się w przypadku rodzin cudzoziemskich. Ta silna koncentracja jest jeszcze bardziej widoczna, jeśli zauważymy, że w dwóch województwach (warmińsko-mazurskim oraz lubuskim) żaden cudzoziemiec nie był objęty działaniem pomocy społecznej. W innych przypadkach, liczba osób nie przekraczała 20.

W Tabeli 6 przedstawiono beneficjentów pomocy społecznej z uwzględnieniem kraju pochodzenia beneficjentów. Najwięcej liczba osób (i zarazem rodzin), które objęto świadczeniami pomocy społecznej pochodziła z Ukrainy. 585 osób i 195 rodzin stanowiło niemalże dwie trzecie wszystkich cudzoziemców-beneficjentów w roku 2008. Następne w kolejności najbardziej liczebne grupy stanowili Rosjanie (70 osób i 28 rodzin) i Białorusini (60 osób i 27 rodzin). Łącznie te 3 narodowości stanowiły około 80% wszystkich beneficjentów będących obywatelami państw trzecich. Pozostałe narodowości reprezentowane były przez kilka osób.

Tabela 6: Pomoc społeczna skierowana do osób z krajów trzecich, liczba osób i rodzin według kraju pochodzenia, 2008.

KRAJ POCHODZENIA	LICZBA OSÓB	LICZBA RODZIN
OGÓŁEM	894	311
UKRAINA	585	195
ROSJA	70	28
BIAŁORUŚ	60	27
ARMENIA	27	10
KAZACHSTAN	21	8
WIETNAM	18	4
MOŁDAWIA	16	5
MONGOLIA	14	4
UZBEKISTAN	11	3
EGIPT	9	1
SYRIA	9	1
JEMEN	6	1
ALBANIA	5	1
BANGLADESZ	5	1
GRUZJA	5	2
AZERBEJDŻAN	5	3
BOŚNIA I HERCEGOWINA	4	1
GWINEA	4	1
KONGO	4	1
SERBIA I CZARNOGÓRA	4	4
IRAK	3	1

Źródło: patrz Tabela 5

W Tabeli 7 zaprezentowano wysokość pomocy, jaką otrzymali obywatele państw trzecich w Polsce w ramach świadczeń z pomocy społecznej. Ponieważ w dużej mierze zagregowana wysokość pomocy jest skorelowana z liczbą osób, które ją objęto, ranking województw wygląda podobnie jak w przypadku prezentacji Tabeli

5. Łącznie na osoby pochodzące z krajów trzecich wydano około 950 tysięcy złotych, z czego około 290 tysięcy w województwie dolnośląskim, 182 tysiące złotych w województwie mazowieckich i 162 tysiące w małopolskim.

Tabela 7: Wysokość pomocy skierowanej do obywateli krajów trzecich według województw, rok 2008.

WOJEWÓDZTWO	WYSOKOŚĆ POMOCY W ZŁ
OGÓŁEM	950.025,1
DOLNOŚLĄSKIE	290.193,30
KUJAWSKO-POMORSKIE	1.959
LUBELSKIE	73.407,76
LUBUSKIE	0
ŁÓDZKIE	23.831,58
MAŁOPOLSKIE	162.607
MAZOWIECKIE	182.066
OPOLSKIE	39.205,13
PODKARPACKIE	47.015,79
PODLASKIE	27.019,74
POMORSKIE	28.961,37
ŚLĄSKIE	2.315
ŚWIĘTOKRZYSKIE	22.349,61
WARMIŃSKO - MAZURSKIE	0
WIELKOPOLSKIE	45.726,44
ZACHODNIOPOMORSKIE	3.367,50

Źródło: patrz Tabela 5.

Powyższą analizę uzupełnić można przywołanymi już wynikami badań sondażowych przeprowadzonych wśród populacji osiadłych w Polsce Wietnamczyków i Ukraińców. Należy przy tym podkreślić, iż jest to specyficzna kategoria imigrantów, z długim pobytem w Polsce i względnie wysokim poziomem wiedzy na temat funkcjonowania polskich instytucji. Wyniki sondażu przeprowadzonego w roku 2005, wskazują, że ponad połowa (56%) Wietnamczyków korzysta z usług publicznej służby zdrowia: zarówno lekarzy jak i leczenia

szpitalnego. Odsetek ten jest znacznie większy wśród Ukraińców - w tym przypadku niemal trzy czwarte respondentów (73%) korzystało z publicznej służby zdrowia (Grzymała-Kazłowska 2007).

W świetle kontrowersji dotyczących obciążenia budżetu państwa pomocą społeczną dla cudzoziemców, które przedstawione zostały na początku raportu, warto skonfrontować dane dotyczące wydatków na tę pomoc z wielkością wydatków na pomoc społeczną ogółem. W 2008 roku według danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, ogółem na pomoc społeczną (zadania własne i zlecone gmin) wydano ponad 2 miliardy 869 milionów złotych. Przy wydatkach na cudzoziemców z krajów trzecich rzędu 1 miliona złotych oznacza to, że świadczenia te stanowiły nieistotną statystycznie część ogólnych wydatków. Nawet jeśli uwzględnimy środki przeznaczone na cudzoziemców przebywających w Polsce uwzględniające takie kategorie jak indywidualne programy integracyjne dla uchodźców i osób posiadających ochronę uzupełniającą (1759 osób w roku 2008), które wyniosły 4466 tys. złotych, pomoc dla osób objętych ochroną międzynarodową po zakończeniu programów integracji (1623 osoby), wynosząca ok. 1273 tys. złotych, uzyskamy kwotę około 6700 tys. złotych. Stanowi ona około 2 promili ogólnych wydatków na pomoc społeczną.

Podsumowanie i wnioski dla projektu IMAP

Celem niniejszego raportu było przedstawienie zagadnień związanych z integracją obywateli państw trzecich w ramach systemu usług publicznych w Polsce. Korzystając z przykładów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej wykazano szereg kwestii, które pozostają ważnym punktem odniesienia dla oceny procesu integracji cudzoziemców w Polsce. Poniżej zostaną przedstawione najważniejsze z nich.

- **Zbieranie danych.**

Opis problemu: Jak wynika z niniejszego raportu, istnieje bardzo niewiele informacji na temat korzystania z usług społecznych przez cudzoziemców. Informacje te ograniczają się do wysoce zagregowanych danych i nie umożliwiają prześledzenia trajektorii życiowych imigrantów przebywających w Polsce i korzystania z dostępnych usług społecznych

Wniosek dla projektu iMAP: Czy istnieją inicjatywy mające na celu zbieranie danych i agregowanie ich na różnych poziomach? Jaką rolę w tym procesie odgrywają instytucje świadczące usługi społeczne?

- **Monitoring**

Opis problemu: Brak dostępnych danych utrudnia monitorowanie procesu integracji cudzoziemców, co z kolei jest przeszkodą na drodze do określania celów i środków, jakie mają temu służyć.

Wniosek dla projektu iMAP: Czy prowadzi się działania, które zmierzają do systematycznej analizy integracji cudzoziemców w Polsce? Kwestia ta dotyczy zarówno samej integracji, jak również praktyk dyskryminacyjnych. Jaką rolę w tym procesie odgrywają organizacje pozarządowe i czy cudzoziemcy są zaangażowani w proces monitoringu?

- **Specyficzne potrzeby zdrowotne migrantów**

Opis problemu: Jak pokazują doświadczenia zagraniczne, migranci zarobkowi, zwłaszcza pracujący we wtórnym sektorze gospodarki w mają specyficzne potrzeby zdrowotne. Pochodzenie z kraju o niskim poziomie

opieki zdrowotnej, praca w złych warunkach i częste przepracowanie prowadzą do rozwoju specyficznych schorzeń i urazów.

Wniosek dla projektu iMAP: Czy podmioty odpowiedzialne za opiekę zdrowotną mają świadomość specyficznych potrzeb imigrantów związanych z ich funkcją w społeczeństwie przyjmującym. Jaka jest rola samych imigrantów w informowaniu o swoich potrzebach aktorów odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną?

- **Usługi społeczne dostosowane do zróżnicowanych potrzeb grup etnicznych**

Opis problemu: Porównania wykorzystania usług społecznych przez różne grupy etniczne wskazują na odmienne profile. Oznacza to, że istnieją nie tylko odmienne potrzeby tych grup, lecz także oczekiwania co do usług, które są świadczone przez władze publiczne. Zrozumienie zróżnicowania tych potrzeb i oczekiwań prowadzić może do efektywniejszego wykorzystania środków publicznych

Wniosek dla projektu iMAP: czy podmioty odpowiedzialne za świadczenie usługi publicznych są świadome zróżnicowanych uwarunkowań kulturowych? Czy prowadzi się działania, które uwzględniają te uwarunkowania?

- **Zintegrowanie usług publicznych**

Opis problemu: Z badań przeprowadzonych w ramach projektu iMAP wynika, że usługi publiczne stanowią 'układ naczyń połączonych', w którym procesy w jednym obszarze (na przykład rynku pracy) mają zasadniczy wpływ na funkcjonowanie innych obszarów (na przykład pośrednictwa pracy, ubezpieczeń społecznych bądź służby zdrowia). Oznacza to, że rozwiązanie problemów w jednym obszarze (na przykład wyjście z bezrobocia lub

dostępna i wysokiej jakości opieka zdrowotna) pozwoli na rozwiązanie problemów w innym obszarze (takich jak brak ubóstwa wśród imigrantów czy brak absencji chorobowej i wysoka wydajność pracowników). Takie zintegrowane podejście wymaga także zintegrowanego działania, które oznacza jak najmniej barier w dostępie do usług społecznych dla imigrantów.

Wniosek dla projektu iMAP: Czy prowadzi się działania, mające przybliżyć usługi społeczne świadczone imigrantom, do modelu zintegrowanego? Kto koordynuje te działania? Jaka jest rola sektora pozarządowego i pracodawców w urzeczywistnianiu takiego podejścia?

Bibliografia:

Altanis, P., C. Economou, et al. (2008). Quality in and Equality of Access to Healthcare Services - Country Report for Greece. Brussels, European Commission.

Banting, K. G. and W. Kymlicka (2006). Multiculturalism and the welfare state : recognition and redistribution in contemporary democracies. Oxford ; New York, Oxford University Press.

Barrett, A. and Y. McCarthy (2008) Immigrants and Welfare Programmes: Exploring the Interactions between Immigrant Characteristics, Immigrant Welfare Dependence and Welfare Policy. Discussion Papers Volume, DOI:

Baubock, R. (2006). Citizenship and migration – concepts and controversies. Migration and Citizenship. Legal Status, Rights and Political Participation. R. Baubock. Amsterdam, Amsterdam University Press.

EC (2008). Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. Brussels, European Commission.

Fermin, A. and S. Kjellstrand (2005). Study On Immigration, Integration and Social Cohesion. Brussels, European Commission.

García-Sánchez, I. and M. C. Tirado (2008). Quality in and Equality of Access to Healthcare Services - Country Report for Spain. Brussels, European Commission.

Goddard, M. K. (2008). Quality in and Equality of Access to Healthcare Services - Country Report for England. Brussels, European Commission.

Grzymała-Kazłowska, A. (2007). Akulturacja i strategie adaptacyjne imigrantów osiadłych w Polsce. Od zbiorowości do społeczności: rola migrantów osiedlenczych w tworzeniu się społeczności imigranckich w Polsce. A. Górny, A. Grzymała-Kazłowska, E. Kepinska, A. Fihel and A. Piekut. Warszawa, CMR.

Grzymała-Kazłowska, A., R. Stefańska, et al. (2008). Podobieństwa i różnice w integracji imigrantów o różnym statusie prawnym. Między jednością a wielością. Integracja odmiennych grup i kategorii imigrantów w Polsce. Warszawa, Ośrodek Badań nad Migracjami WNE UW.

Ingleby, D. (2009). European Research on Migration and Health Geneva, IOM.

Pace, P. and S. Shapiro (2009). Migration and the Right to Health in Europe Geneva, International Organization for Migration.

Peiro, M. J. and R. Benedict (2009). Migration Health: Better Health for All in Europe. Geneva, IOM.

Riesberg, A. and M. Wörz (2008). Quality in and Equality of Access to Healthcare Services - Country Report for Germany. Brussels, European Commission.

SOPEMI (2009). International Migration Outlook. Paris, OECD.

Tamsma, N. (2008). Quality in and Equality of Access to Healthcare Services - Country Report for The Netherlands. Brussels, European Commission.

Wahlbeck, K., K. Manderbacka, et al. (2008). Quality in and Equality of Access to Healthcare Services - Country Report for Finland. Brussels, European Commission.



CENTRUM STOSUNKÓW MIĘDZYNARODOWYCH
CENTER FOR INTERNATIONAL RELATIONS

ul. Emilii Plater 25
00-688 WARSZAWA
tel.: (+48 22) 646 52 67, 646 52 68
fax: (+48 22) 646 52 58
e-mail: info@csm.org.pl
www.csm.org.pl