

Projekt nr 2/14-2022/OG-FAMI pt. „Integracja, adaptacja, akceptacja. Wsparcie obywateli państw trzecich zamieszkałych na Dolnym Śląsku – Etap II” współfinansowany z Programu Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji oraz budżetu państwa

# **Wstępna diagnoza integracji uchodźców ukraińskich po 24.02.2022 roku na terenie Dolnego Śląska.**

Wrocław 2023 r.

# Spis treści

Przedmowa	3
Wstęp	4
1. Mieszkalnictwo	8
2. Edukacja	27
3. Rynek pracy	37
Aneks	49
LITERATURA	76
BIBLIOGRAFIA	77

## Przedmowa

Rosyjska agresja na Ukrainę oraz bezprecedensowy pod wieloma względami napływ uchodźców sprawiły, że Państwo Polskie musiało w bardzo krótkim czasie zmierzyć się z szeregiem nowych wyzwań. Wydaje się, że dzięki wzorowej postawie polskich obywateli oraz bardzo dobrej współpracy rządu, samorządów i organizacji pozarządowych poradziło sobie co najmniej dobrze - być może lepiej, niż moglibyśmy się spodziewać przed 24 lutego 2022 roku. Polska i Polacy pod wieloma względami wyznaczyli nowe standardy pomocy humanitarnej, stając się punktem odniesienia również dla wielu krajów Europy Zachodniej.

Od początku wiadomym było, że w parze ze skuteczną pomocą humanitarną dla uciekających przed wojną uchodźców powinno iść myślenie długoterminowe, związane nie tylko z zapewnieniem im bezpiecznego schronienia tu i teraz, ale możliwie dobrych warunków do funkcjonowania w Polsce tak długo, jak długo będą tego potrzebować – w tym odpowiednich warunków do integracji ze społeczeństwem przyjmującym. Jednym z przejawów tego myślenia były m.in. zapisy tzw. specustawy dot. pomocy uchodźcom z Ukrainy, które obok spraw stricte pomocowych, zawierały również m.in. ułatwienia dotyczące podejmowania pracy w Polsce.

Dokument, który oddajemy w Państwa ręce, został przygotowany przez zespół złożony z urzędników Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu oraz ekspertów zewnętrznych, którzy przez ostatnie miesiące prowadzili badania – przede wszystkim jakościowe – na terenie kilkudziesięciu dolnośląskich gmin. Ich efektem jest próba diagnozy sytuacji uchodźców w województwie dolnośląskim oraz przedstawienie propozycji rekomendacji, które – mam nadzieję – staną się punktem wyjścia do szeroko zakrojonej dyskusji.

Jarosław Obremski  
Wojewoda Dolnośląski

## Wstęp

WzmóŜona agresja wojsk rosyjskich na Ukrainę spowodowała największą od czasów II wojny światowej falę migracyjną liczącą 12 milionów uchodźców opuszczających tereny Ukrainy. Ogromna część działań humanitarnych została podjęta przez Polskę i jej obywateli jako akt dobrej woli i wyraz solidarności z Ukraińcami. Polska była i jest jednym z najczęściej wybieranych państw migracji przez osoby uciekające z Ukrainy na skutek rosyjskiej agresji. Popularność tego kierunku wynikała między innymi z faktu, że część uchodźców miała w Polsce rodzinę lub znajomych, uznawała kraj za bliski kulturowo, z którego można szybko przedostać się z powrotem do domu.

Dolny Śląsk jest drugim województwem w Polsce pod względem liczby przebywających na jego terenie uchodźców z Ukrainy. Szacuje się, że jest to ponad 150 tys. osób<sup>1</sup>. Najwięcej z nich przebywa we Wrocławiu (66 tys. osób) i w powiecie wrocławskim (12,5 tys. osób). Licząc proporcjonalnie, w stosunku do liczby mieszkańców, znacząco wyróżniają się także powiat oławski, Legnica oraz powiat bolesławiecki.

Szczególnie w pierwszych miesiącach kryzysu Wojewoda Dolnośląski podjął wiele działań, by maksymalnie rozlokować uchodźców w województwie, tj. ludność ukraińską przybywającą do Wrocławia, w miarę możliwości, relokować do innych miast lub wiosek na terenie Dolnego Śląska. Wydaje się, że osiągnięto na tym polu istotne sukcesy. W przybliżeniu jedynie 45% uchodźców, którzy przybyli na Dolny Śląsk pozostało we Wrocławiu. Według Fundacji Ukraina jest to jeden z najlepszych wyników w kraju dotyczących relokacji uchodźców w relacji: metropolia – reszta regionu.

Po wielu miesiącach od podjęcia pierwszych działań pomocowych warto opisać proces zmian zachodzący w społecznościach przyjmujących ludność ukraińską na terenie Dolnego Śląska, a przede wszystkim zasygnalizować najważniejsze potrzeby i wyzwania stojące przed lokalnymi społecznościami. Pojawienie się uchodźców z pewnością wymaga kontynuowania instytucjonalnej odpowiedzi, by pozyskane doświadczenia umożliwiły polepszanie wzajemnych relacji i dalsze współtworzenie modelu działań integracyjnych.

W pierwszym okresie kryzysu uchodźczego polegającego na masowym napływie uchodźców wojennych z terytorium Ukrainy, wiele osób przybywających na teren RP nie posiadało wymaganych dokumentów upowaŜniających do przekroczenia granicy państwowej. Skala zjawiska była na tyle duża i dotąd niespotykana, że standardowe podejście służb granicznych mogłoby spowodować powstanie kryzysu humanitarnego przed przejściem granicznym na kierunku wjazdowym do Polski. Z tego też względu miało miejsce zastosowanie niestandardowych rozwiązań organizacyjnych wobec obywateli Ukrainy - również tych, którzy nie posiadali odpowiednich dokumentów. Rejestrowanie osób przekraczających granicę oraz ich obsługa formalna z obiektywnych względów musiała odbywać się już po stronie polskiej, gdzie obywatele Ukrainy byli informowani o dalszych procedurach związanych z ich pobytem na terytorium RP.

Polska stała się krajem najmocniej zaangażowanym w niesienie pomocy ludności ukraińskiej w pierwszych dniach inwazji Rosji na Ukrainę. Jednoznacznie kryzysowa sytuacja wymusiła uruchomienie procedur zawartych w ustawie o zarządzaniu kryzysowym z dnia 26 kwietnia 2007 roku. Należy nadmienić, że pojęcie sytuacji kryzysowej ma konotacje prawne i pozaprawne. W kontekście prawnym zarządzanie kryzysowe i sytuacja kryzysowa są relatywnie nowymi terminami funkcjonującymi od 2007 roku i przypisać im można charakter procesu będącego jednym z elementów systemu bezpieczeństwa kraju. Na uwagę zasługuje fakt, że na terenie Dolnego Śląska miała miejsce w 1997 roku tzw. powódź tysiąclecia, której doświadczenie leży u podstaw rozwiązań proponowanych w obecnie funkcjonującej ustawie.

Wspomniane doświadczenia i mechanizmy działania przenoszące teorię na pole praktyki są kompe-

---

<sup>1</sup> Według danych pochodzących z Wojewódzkiego Centrum Zarządzania Kryzysowego we Wrocławiu

tencjami przedstawicieli administracji państwowej, organizacji pozarządowych i części Dolnoślązaków, co stanowiło dodatkowy atut województwa w radzeniu sobie z wyzwaniem przyjęcia uchodźców.

W zaistniałych warunkach inwazji rosyjskiej zarządzanie kryzysowe na poziomie województwa charakteryzowało koncentrowanie działań wokół zagrożeń jakie zostały wywołane. Sytuacja kryzysowa odnosi się do następujących obszarów: bezpieczeństwo ludzi, mienia w znacznych rozmiarach lub środowiska oraz ograniczenia w działaniu właściwych organów administracji publicznej ze względu na nieadekwatność posiadanych sił i środków. Zgodnie z definicją prawną, zawartą w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym, poprzez sytuację kryzysową należy rozumieć sytuację wpływającą negatywnie na poziom bezpieczeństwa ludzi, mienia w znacznych rozmiarach lub środowiska, wywołującą znaczne ograniczenia w działaniu właściwych organów administracji publicznej ze względu na nieadekwatność posiadanych sił i środków.

Państwo – jako jeden z głównych podmiotów zajmujący się uchodźcami – tworzy strategię działania adekwatną do zaistniałych potrzeb, tak aby nadać właściwy kierunek działaniom integracyjnym, które nadal wymagają wiele zaangażowania. Należy pamiętać, że skala i sposób przyjmowania uchodźców były bezprecedensowe. Nie było możliwym podejmowanie równoległe, względem wszystkich uchodźców, tych samych działań pomocowych. Szereg wyzwań oraz intensywnych działań, którym społeczeństwo polskie podołało dając świadectwo solidarności i zrozumienia dla sytuacji uchodźców z Ukrainy wymaga na obecnym etapie wsparcia instytucjonalnego. Przy ogólnej, pozytywnej ocenie realizacji zadań związanych z przyjęciem tak dużej fali migracyjnej potrzebna jest polityka doskonalenia przyjętego modelu integracji, będącego w przyszłości oparciem dla budowania stabilnego porządku społecznego i rozwoju regionalnego. Z perspektywy wielomiesięcznej obserwacji zmian zachodzących na terenie Dolnego Śląska można stwierdzić, że w sytuacji bezprecedensowego kryzysu czynnikiem kluczowym było zaangażowanie obywateli, sprawne prowadzenie działań, współpraca na linii rząd-samorząd oraz dopasowywanie zmian instytucjonalnych do dynamicznej sytuacji i szybko procedowane odpowiednie zmiany legislacyjne.

Nadanie właściwego kierunku działaniom integracyjnym na obecnym etapie wiąże się ze zrozumieniem sytuacji życiowej i uwarunkowań kulturowych ludności ukraińskiej oraz rozpoznaniem lokalnych uwarunkowań, a przede wszystkim trudności z jakimi boryka się ludność polska.

Do katalogu działań ułatwiających integrację należą m.in.:

- jasne i precyzyjne formułowanie oczekiwań;
- jak najszybsze określanie warunków pobytu i ścieżek postępowania w pokonywaniu kolejnych etapów integracyjnych;
- uzasadnienie podejmowanych działań i wynikających z nich konsekwencji;
- dostosowanie działań do warunków i możliwości lokalnych lub regionalnych;
- koordynowanie działań między instytucjami zaangażowanymi w proces niesienia pomocy;
- współpraca z lokalną społecznością.

W trakcie realizacji projektu, na przestrzeni kilku miesięcy, można nadal zaobserwować dużą ofiarność społeczeństwa polskiego, ale również rosnącą liczbę krytycznych opinii na temat wsparcia i pomocy udzielonej Ukraińcom. Coraz częściej obecność uchodźców jest postrzegana w kontekście finansowym, na przykład jako obciążenie budżetu państwa (niezależnie od tego, jak jest naprawdę)<sup>2</sup>. Ten zauważalny trend

<sup>2</sup> W czerwcu 2023 roku zostały opublikowane wyniki sondażu przeprowadzonego przez LAB badawczy Uniwersytetu Warszawskiego i Akademię Ekonomiczno-Humanistyczną w Warszawie. Z zaprezentowanych danych wynika, że od stycznia 2023 r. nastąpił spadek liczby osób, które popierają pomoc Ukrainie z 62 do 42 procent. Warto zaznaczyć, że wśród respondentów aż 25 procent sprzeciwiało się pomocy. [5](https://businessinsider.com.pl/wiadomosci/spada-poparcie-polakow-dla-pomocy-ukraincom-oto-glowny-powod/7j60bt5, 20.06.2023 r.</a></p></div><div data-bbox=)

zmiany nastrojów w społeczeństwie przyjmującym warto potraktować jako dodatkowe wyzwanie oraz motywację do pracy nad udoskonalaniem modelu integracji uchodźców.

W tym celu Wojewoda Dolnośląski Jarosław Obremski powołał zespół ds. opracowania diagnozy sytuacji związanej z integracją obywateli państw trzecich na terenie województwa. Z perspektywy polityki publicznej istotne wyzwania z pewnością znajdują się w sektorach: mieszkaniowym, edukacyjnym, rynku pracy oraz ochrony zdrowia, dlatego też wszystkie te sfery są przedmiotem niniejszego raportu. Głównym autorem raportu jest dr Teresa Marcinów. W skład zespołu z ramienia Urzędu Wojewódzkiego weszli: Grzegorz Kowal, Kamil Woźniak, Natasza Marcinkiewicz oraz Agnieszka Ptasik.

Sektor ochrony zdrowia został opracowany w odrębnym trybie, przez zespół składający się z Kamila Barczyka, prof. Mariusza Kusztala oraz dr Aleksandry Wakulenko, dlatego został dołączony w formie aneksu do niniejszego dokumentu.

Jako pierwszy opisany został obszar mieszkalnictwa z wyszczególnieniem działań podjętych w ramach procesu relokacji uchodźców. Zabezpieczenie potrzeb mieszkaniowych było sprawą podstawową i jako takie, w sposobie realizacji wpisywało się w zakres działań kryzysowych. Kolejny opisany sektor to edukacja, dzięki której udało się stworzyć przestrzeń dla integracji nowoprzybytych uczniów, a pośrednio również ich rodziców. W tym kontekście szkoła odgrywa ważną rolę w procesie budowania więzi społecznych. Ostatnią opisaną sferą jest rynek pracy, który na terenie Dolnego Śląska przyjął i nadal przyjmuje wielu obywateli Ukrainy. Osiągnięcie stabilizacji życiowej i usamodzielnienie się uchodźców za sprawą podjęcia pracy jest jednym z ważniejszych zadań, wspieranych przez Powiatowe Urzędy Pracy.

Głównym celem niniejszego badania było określenie wyzwań i kierunków działań związanych z procesem integracji imigrantów na terenie Dolnego Śląska. Do zadań postawionych przed autorami raportu należała również możliwie dogłębna analiza okoliczności i reakcji społeczności lokalnych na nowe zjawisko, jakim jest migracja wojenna oraz powiązany z nim proces zmiany społecznej.

Ważne składowe procesu integracji zostały opisane w dwóch aspektach. Celem badania było, po pierwsze, ustalenie trudności, koniecznych zmian, reakcji społecznych, działań aktorów instytucjonalnych, które wywołała obecność uchodźców w Polsce. Po drugie natomiast, próba stworzenia wniosków lub rekomendacji jako odpowiedź na zaobserwowane problemy, a w dalszej perspektywie przyczynek do udoskonalania przyjętego modelu integracji uchodźców.

Poszczególnym politykom publicznym poświęcono odrębne rozdziały, a kompozycja każdego z nich jest analogiczna. W pierwszym punkcie omawiany jest kontekst prawny i ogólna charakterystyka danego sektora. Następnie podejmowana jest próba diagnozy wyzwań i trudności stojących na drodze integracji w określonej sferze. Trzeci punkt rozdziałów natomiast jest miejscem wyrażenia konkluzji i rekomendacji. Złożoność zjawisk i procesów zachodzących – w aspekcie integracji – w poszczególnych politykach publicznych jest na tyle duża, iż rezultaty przeprowadzonych badań wymykają się możliwości podsumowania w jakiejś jednej konkluzji. Nadmierne uproszczenia skutkowałyby trywialnymi wnioskami (np. niedofinansowanie sektorów pod kątem optymalizacji procesów integracyjnych uchodźców z Ukrainy w Polsce). Z pewnością poszerzone badania ilościowe dałyby odpowiedź zarówno na pojawiające się kwestie szczegółowe obejmujące skalę i strukturę zjawisk, jak i ich zmianę w określonym przedziale czasowym.

Raport powstał na podstawie materiału empirycznego uzyskanego za pomocą:

- pogłębionych wywiadów z ekspertami, przedstawicielami jednostek zaangażowanych w bezpośrednie i pośrednie działania dotyczące integracji uchodźców. Zalicza się do nich: Wójtów, Burmistrzów, Starostów, Prezydentów miast, Skarbników, Naczelników i pracowników jednostek samorządowych

różnych szczebli, ze szczególnym uwzględnieniem przedstawicieli sektora edukacji, rynku pracy i mieszkalnictwa. Wywiady przeprowadzane były również z przedstawicielami migrantów ukraińskich i organizacji zajmujących się działaniami na rzecz migrantów. Spotkania miały miejsce zazwyczaj w JST, a pojawiające się w raporcie wnioski i postulaty są efektem zapisu wspólnych ustaleń dotyczących obszarów wymagających podjęcia dodatkowych działań. W raporcie wykorzystano łącznie 65 wywiadów prowadzonych od grudnia 2022 roku do lipca 2023 roku.

- wniosków wypracowanych podczas specjalnego posiedzenia Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego Województwa Dolnośląskiego, poświęconego problematyce związanej z obecnością obywateli Ukrainy – uchodźców wojennych na Dolnym Śląsku.
- danych zastanych (desk research) umieszczonych na stronach internetowych instytucji państwowych, organizacji pozarządowych, a także w raportach, opracowaniach i artykułach, które stanowią ważne źródło bieżących wydarzeń. Umieszczone tam dane pozwalają poznać skalę zjawisk, ale nie zawsze udzielają odpowiedzi na pytania związane z lokalnym rozumieniem i interpretacją działań integracyjnych.

Szczególny wkład w stworzenie raportu miała Fundacja Ukraina i Instytut Praw Migrantów współtworząc ostateczny kształt dokumentu i doradzając w tworzeniu zapisów poświęconych kwestiom prawnym oraz eksperckie konsultacje dra hab. M. Duszczyka, prof. UW i dra M. Kędzińskiego oraz prof. W. Piotrowicz, dyrektora Instytutu HUMLOG w helsińskiej Hanken School of Economics.

Lapidarność zaprezentowanych opisów i postulatów została zastosowana do formuły raportu.

# 1. Mieszkalnictwo

## 1.1. Kontekst prawny i ogólna charakterystyka

W zaistniałych warunkach inwazji rosyjskiej zarządzanie kryzysowe na poziomie województwa charakteryzowało koncentrowanie działań wokół zagrożeń, jakie zostały wywołane. Sytuacja kryzysowa odnosi się do następujących obszarów: bezpieczeństwo ludzi, mienia w znacznych rozmiarach lub środowiska oraz ograniczenia w działaniu właściwych organów administracji publicznej ze względu na nieadekwatność posiadanych sił i środków. Jak już zostało zasygnalizowane we wstępie do niniejszego raportu, sytuację kryzysową, w aspekcie prawnym, rozumie się jako taką, która wpływa negatywnie na poziom bezpieczeństwa ludzi, mienia w znacznych rozmiarach lub środowiska, oraz wywołuje znaczne ograniczenia w działaniu właściwych organów administracji publicznej ze względu na nieadekwatność posiadanych sił i środków (por. art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym).

W kontekście analizowania sposobu reakcji na sytuację kryzysową uprawniony jest wniosek, że szereg działań, pomimo zapisów litery prawa, ma charakter niemierzalny i podyktowany jest względami humanitarnymi, przy niespotykanej dotąd bardzo dużej skali zjawiska napływu uchodźców. Akcentować ten element należy ze względu na rodzaj podejmowanych decyzji i późniejszą odpowiedzialność przed organami kontrolnymi.

Ustawa o pomocy obywatelom Ukrainy uchwalona 12 marca wprowadziła zmiany do ustawy o zarządzaniu kryzysowym z 2007 roku. Uzupełniono ją o zapisy umożliwiające Prezesowi Rady Ministrów wydawanie poleceń zobowiązujących organy administracji rządowej, organy jednostek samorządu terytorialnego, podmioty państwowe, a także przedsiębiorców od wskazanych przez niego działań. Celem wprowadzonych zmian jest poprawa koordynacji i funkcjonowania systemu zarządzania.

W aspekcie pozaprawnym, źródłem kryzysu najczęściej są liczne przyczyny z dominacją jednej, która stanowi jego podłoże. Specjalistyczna literatura przedmiotu zawiera wszechstronne analizy typowych kryzysogennych elementów. Warto nadmienić, że – uwzględniając podział kryzysu według kryterium przedmiotowego – wyróżnia się: kryzys fizjologiczny, kryzys psychologiczny, kryzys społeczny, kryzys ekonomiczny, kryzys ekologiczny oraz kryzys polityczno-militarny. „Sytuacja kryzysowa – to zespół okoliczności zewnętrznych i wewnętrznych, w jakich znajduje się dany podmiot (układ, organizacja, system), wpływających na jego funkcjonowanie w taki sposób, iż zaczyna się w nim i jest kontynuowany proces zmienny, w rezultacie czego dochodzi do zachwiania równowagi i utraty możliwości kontroli nad przebiegiem wydarzeń albo eskalacji zagrożenia jego interesów”<sup>3</sup>.

## 1.2. Recepcja uchodźców, proces relokacji formy pomocy i wyzwania - diagnoza

Działania organizacyjne wyprzedzały inwazję rosyjską na Ukrainę. Wojewoda, jeszcze przed 24 lutego 2022 roku, inicjował spotkania z wieloma partnerami późniejszych działań, między innymi z organizacjami pozarządowymi. Miały one charakter doradczo-koordynacyjny i dotyczyły działań pomocowych w związku z rosnącym ryzykiem rosyjskiej agresji na Ukrainę. Nawiązanie współpracy jeszcze przed wybuchem wojny pomogło w zbudowaniu wzajemnego zaufania i usprawniło realizowanie przedsięwzięć na rzecz uchodźców.

Przed inwazją rosyjską prowadzono także analizy związane z ustaleniem potencjalnych miejsc zakwaterowania uchodźców. Prowadzono prace dotyczące potencjalnego zorganizowania wolontariatu pomagają-

<sup>3</sup> System reagowania kryzysowego, red. J. Gryz, W. Kitler, Toruń 2012 r., s. 22.



cego uchodźcom w dolnośląskich szkołach. Odbłyło się również spotkanie z przedstawicielami Ukraińskiego Kościoła Greckokatolickiego.

Po rozpoczęciu pełnowymiarowej inwazji na Ukrainę skala napływu uchodźców i związanej z nią dodatkowych zadań była tak duża, że tylko z Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego w zadania związane z pomocą obywatelom Ukrainy zaangażowane było prawie 200 pracowników (czyli ok. 25% wszystkich pracowników DUW).

Wojewoda Dolnośląski powołał także trzech pełnomocników do prowadzenia spraw w zakresie pomocy obywatelom Ukrainy. Dodatkowo Wojewoda w dniu 9 marca 2022 roku zwrócił się do organów rządowej administracji zespolonej w województwie, jako zwierzchnik tej administracji, o udzielenie wsparcia przy wykonywaniu zadań związanych z zaistniałą sytuacją (na podstawie Ustawy z dnia 23 stycznia 2009 roku o wojewodzie i administracji rządowej w województwie), w efekcie czego do pracy w ramach realizacji zadań związanych z udzielaniem pomocy obywatelom Ukrainy (zabezpieczenie punktów informacyjnych i recepcyjnych czy wojewódzkiego centrum koordynacji relokacji uchodźców) zaangażowano pracowników kilkunastu urzędów administracji zespolonej. W tym kontekście należy wskazać, że przy Wojewodzie Dolnośląskim powstały trzy zespoły doradcze:

1. Zespół ds. architektoniczno-deweloperskich, którego podstawowym zadaniem było usprawnienie procesu zakwaterowania i rozlokowania uchodźców oraz poprawienie standardów ich zamieszkania na terenie województwa dolnośląskiego.
2. Sztab ds. medycznych, którego zadaniem była koordynacja pomocy i usług medycznych udzielanych uchodźcom.
3. Zespół ds. rynku pracy, edukacji, kształcenia ustawicznego, Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego we Wrocławiu.

W przypadku koordynacji prac jednostek samorządowych w zakresie relokacji uchodźców Wojewoda 1 marca 2022 roku polecił wszystkim starostom i prezydentom miast na prawach powiatu wyznaczenie spośród członków Powiatowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego osoby do kontaktu z Urzędem Wojewódzkim w sprawie relokacji uchodźców. Osoba ta miała być dyspozycyjna przez całą dobę. Wojewoda polecił także, aby codziennie raportowano o liczbie wolnych i zajętych miejsc w punktach zbiorowego zakwaterowania zorganizowanych przy jednostkach samorządowych na terenie miasta/powiatu. W tym samym dniu JST zostało także poleczone stałe monitorowanie sytuacji na poziomie gminy/powiatu, oraz prośba o przekazywanie informacji o potrzebach wyposażenia miejsc pobytu.

Podsumowując, relokacją uchodźców z Wrocławia zarządzał Wojewoda, a pracownicy DUW byli w bezpośrednim kontakcie z tzw. koordynatorami powiatowymi, ci zaś będąc w kontakcie z tzw. lokalnymi koordynatorami zarządzali tym procesem na terenie powiatu.

Wojewoda na bieżąco rozsyłał do jednostek samorządu terytorialnego (gmin i powiatów) z Dolnego Śląska informacje o tym, ile powinny przygotować tzw. miejsc instytucjonalnych (czyli miejsc zakwaterowania uchodźców organizowanych przez JST na podstawie decyzji/polecenia Wojewody; finansowanych przez Wojewodę). Liczba ta była powiązana z liczbą mieszkańców pozostających na terenie tej jednostki oraz jej dochodów. Docelowo chodziło o możliwie największe rozproszenie uchodźców w województwie.

Wojewoda od początku kryzysu prowadził intensywną i zaangażowaną politykę komunikacyjną, regularnie informując jednostki o istniejących procedurach oraz wytycznych dotyczących zakwaterowania uchodźców, zbiórkach charytatywnych, pomocy społecznej i kwestiach związanych z pracami nad specu-

stawą, statusem uchodźców w systemie ochrony zdrowia, edukacji, rynku pracy itd. Komunikacja była prowadzona zarówno w formie pisemnej, jak i w formie regularnie organizowanych wideokonferencji z udziałem przedstawicieli jednostek samorządowych.

Wojewoda koordynował również akcję zbierania darów z JST oraz firm i organizacji zlokalizowanych na terenie województwa dolnośląskiego, które były przekazywane przez Rządową Agencję Rezerw Strategicznych dla osób potrzebujących na Ukrainie.

Dodatkowo zostały opracowane pisemne zasady wnioskowania o wydanie polecenia, a następnie o wydanie decyzji w zakresie zapewnienia:

1. organizacji zakwaterowania,
2. organizacji całodziennego wyżywienia zbiorowego;
3. zapewnienia środków czystości i higieny osobistej oraz innych produktów,
4. zapewnienia transportu – wyłącznie w uzasadnionych przypadkach,

dla obywateli Ukrainy, o których mowa w art. 1 ust 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa.

Stworzono Wojewódzkie Centrum Koordynacji Relokacji Uchodźców (WCKRU), które miało za zadanie:

- stały kontakt z lokalnymi koordynatorami ds. relokacji uchodźców;
- wsparcie punktów relokacji uchodźców zlokalizowanych we Wrocławiu;
- koordynowanie przewozów uchodźców do miejsc zakwaterowania;
- opracowywanie zbiorczego zestawienia relokowanych uchodźców i przesyłanie raportu do MSWiA;
- obsługiwanie aplikacji RECEPCJA<sup>4</sup> (aplikacja służąca do monitorowania zajętości instytucjonalnych miejsc zakwaterowania na terenie województwa).

#### WOJEWÓDZKIE CENTRUM KOORDYNACJI RELOKACJI UCHODźCÓW (WCKRU)

Główne zadania	Potwierdzenie gotowości obiektów	Raport zajętości miejsc	Obsługa skrzynki mailowej: zakwaterowanie@duw.pl
Stały kontakt z koordynatorami powiatowymi ds. relokacji uchodźców.	Telefoniczny kontakt do koordynatorów/innych osób kontaktowych w celu potwierdzenia gotowości deklarowanych obiektów na dany dzień.	Przygotowanie zbiorczego raportu na podstawie raportów od koordynatorów powiatowych.	Odbieranie wiadomości zawierających dane do przygotowania raportów.
	Umówienie i potwierdzenie transportu do powyższych, potwierdzonych uprzednio obiektów.	Przesyłanie raportu do MSWiA do godziny 10:00	Przekazywanie wiadomości do odpowiednich podmiotów

<sup>4</sup> Dostęp do aplikacji „Recepcja” umożliwia bieżące monitorowanie stanu obłożenia obiektów i kosztów ich eksploatacji. Aplikacja pozwala na określenie – w czasie rzeczywistym – ilości dostępnych miejsc w danym obiekcie, zapewniając informację o kontakcie do osoby odpowiedzialnej za ten obiekt. Funkcjonalność aplikacji zawiera także: wprowadzanie nowych obiektów – zgodnie z decyzjami wydawanymi przez wojewodę i usuwanie obiektów na które została cofnięta decyzja, wyświetlanie danych za województwo, powiat, gminę czy miejscowość po dokonaniu wyboru obiektów znajdujących się na filtrowanym obszarze dostępności i zajętości bazy łóżkowej. Aplikacja jest bardzo przydatnym narzędziem w sytuacjach nagłej potrzeby zakwaterowania lub redyslokacji dużych liczb uchodźców w krótkim czasie.

	Przesłanie uzupełnionej informacji do punktów obsługujących uchodźców.	Obsługa aplikacji RECEPCJA	
	Przygotowanie buforu 400 miejsc do relokacji uchodźców w nocy.		

W pierwszych dniach inwazji stopień niepewności związany z działaniami zbrojnymi Rosji był na tyle duży, że ludność ukraińska uciekała nawet z miejsc, które nie były bezpośrednio zagrożone działaniami zbrojnymi. Powszechna była opinia, że jako pierwsi uciekali ludzie, którzy byli dobrze sytuowani i najlepiej poinformowani, oraz ci, którzy mieli najmniejszy dystans do pokonania lub mieli do kogo z zagranicy uciekać.

Na mocy ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa Ukraińcy, przybywając do Polski po 24 lutego 2022 roku, mogli otrzymać tzw. status UKR, który był dla większości uchodźców korzystniejszy, niż tradycyjny status uchodźcy.

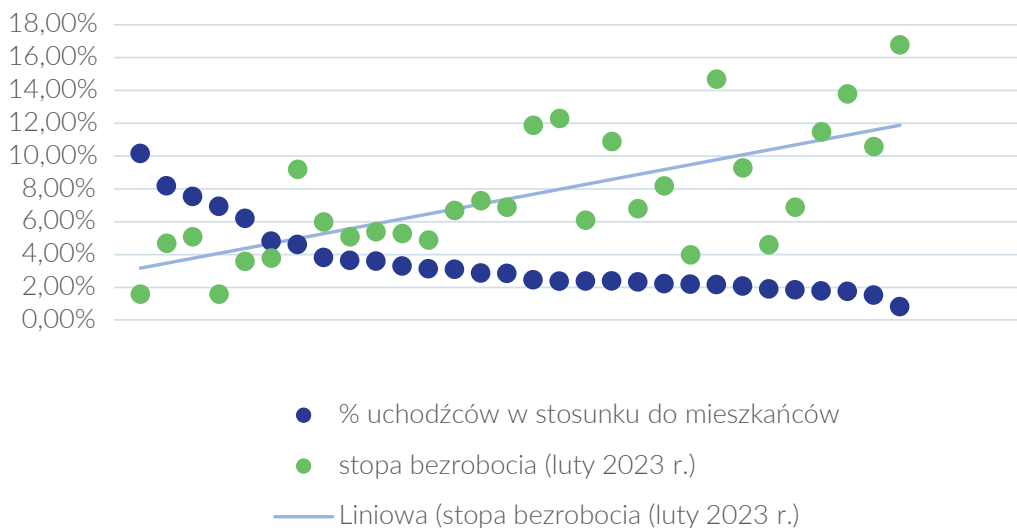
Adekwatność pomocy - informacje przekazywane za pomocą mediów oraz kontaktów bezpośrednich przedstawiały nieaktualny obraz rzeczywistości z powodu szybko zmieniającej się sytuacji. Przyjmuje się, że pierwsze faktyczne ofiary agresji - ludzie strauumatyzowani naocznością konfliktu zbrojnego, przyjechali później, nierzadko sądząc, że trafią do domów, a nie do miejsc instytucjonalnych. Można uznać, że w tym czasie nie było możliwości weryfikacji tego, kto i skąd ucieka. Działanie podyktowane elementem zagrożenia bezpieczeństwa po polskiej i ukraińskiej stronie było w ówczesnych warunkach zrozumiałe. Podjęcie działań, by w przyszłości nie utracić zdolności do zapanowania nad masowymi ruchami ludności wymagałoby wypracowania procedur adekwatnych do zjawisk masowych i nagłych.

Uchodźcy spontanicznie jechali do miejsc, w których były duże skupiska ludności ukraińskiej już mieszkającej w Polsce.

Nastąpiło łączenie rodzin – Ukraińcy, którzy byli zatrudnieni i przebywali na terenie Polski przyjmowali swoich krewnych lub znajomych.

Politykę relokacji można określić jako wyzwanie lokalowe i logistyczne. Ze względu na bardzo dużą dynamikę oraz liczbę uchodźców (w szczytowym momencie tylko na dworcu Wrocław-Główny PKP wysiadało ponad 7 000 osób dziennie) zdecydowano o możliwie jak najszybszym relokowaniu (z zakwaterowaniem i zapewnieniem pożywienia), podczas którego istotnym celem było możliwie największe rozproszenie uchodźców w województwie.

Pomimo koniecznego pośpiechu udało się w znacznym stopniu skojarzyć możliwości zakwaterowania z ofertą rynku pracy. Wykres umieszczony poniżej przedstawia zależność pomiędzy stopą bezrobocia w danym powiecie a procentowym udziałem uchodźców mieszkających na wskazanym obszarze. Uchodźcy zazwyczaj osiedlali się w lokalizacjach objętych dużą dostępnością pracy unikając wyboru miejsca docelowego pobytu w powiatach z wysoką stopą bezrobocia.



W opinii znakomitej większości Ukraińców najlepiej jest znaleźć się w dużym mieście, ponieważ mniejsze miejscowości lub wsie oznaczają wykluczenie społeczne, transportowe, zapóźnienie cywilizacyjne oraz słabe perspektywy życia i rozwoju. Ten sposób myślenia utrudniał relokację, a nadmiar ludności zaczął przytłaczać duże ośrodki miejskie (Wrocław). Mniej obciążone rejony województwa dolnośląskiego były przygotowane na przyjęcie ludzi doświadczonych konfliktem wojennym, jednak brak zrozumienia polskich realiów wśród uchodźców utrudniał im przyjęcie zaoferowanej pomocy. W wielu lokalizacjach oddalonych od głównych miast Dolnego Śląska spotykano się z trudnościami, takimi jak: odmowa wyjścia z autobusu, odmowa korzystania z posiłków, co uniemożliwiało zaprezentowanie przygotowanych miejsc noclegowych. Niejednokrotnie obecność władz lokalnych ułatwiała przekonanie Ukraińców, że lokalizacja nie oznacza analogicznych do ukraińskich warunków, bo na przykład w Polsce dużo bardziej jest rozwinięta komunikacja zbiorowa.

Duże utrudnienie w relokacji stanowił brak tłumaczy i psychologów. W porozumiewanie się angażowano nauczycieli języka rosyjskiego - często emerytów i te osoby, które miały obowiązek uczenia się języka rosyjskiego w szkole (od 1990 roku zrównano status języka rosyjskiego z innymi językami obcymi).

Jednym z częstych problemów był brak możliwości stworzenia systemu sankcji za złamanie regulaminu obowiązującego w miejscu zbiorowego zakwaterowania, co generowało trudności w wyegzekwowaniu obowiązków wynikających z regulaminów, postawy roszczeniowe i odmowy współpracy.

Na podstawie przeprowadzonych wywiadów można uznać, że po upływie roku od pojawienia się pierwszych fal uchodźców, reakcje na niepoprawne zachowania i łamanie reguł społecznych są silniejsze w mniejszych miejscowościach, niż w dużych ośrodkach miejskich, w których częściej pojawia się pozytywna narracja.

Wydaje się, że nadal potrzebne są kampanie społeczne na temat sposobów udzielania i przyjmowania pomocy. Brak woli zamieszkania w mniejszych ośrodkach, postawy roszczeniowe prezentowane wobec organizatorów miejsc instytucjonalnych i rzadkie, ale zapadające w pamięć demonstracyjne niezadowolenie, mogą negatywnie wpłynąć na klimat udzielania pomocy w przyszłości.

Bardziej absorpcyjne miejsca nadal nie są w pełni wykorzystane.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Wojewódzkie Centrum Zarządzania Kryzysowego, 03.05.2023 r.

Powiat	Liczba mieszkańców	Liczba logowań - 3.05.2023 r.	% uchodźców w stosunku do mieszkańców	stopa bezrobocia (luty 2023 r.)
powiat m.Wrocław	674312	68429	10,15%	1,60%
powiat oławski	77341	6346	8,21%	4,70%
powiat m.Legnica	93988	7061	7,51%	5,10%
powiat wrocławski	178857	12415	6,94%	1,60%
powiat bolesławiecki	88275	5487	6,22%	3,60%
powiat m.Jelenia Góra	76570	3656	4,77%	3,80%
powiat karkonoski	61469	2845	4,63%	9,20%
powiat świdnicki	152443	5838	3,83%	6,00%
powiat średzki	57978	2114	3,65%	5,10%
powiat zgorzelecki	86640	3141	3,63%	5,40%
powiat trzebnicki	86980	2882	3,31%	5,30%
powiat m.Wałbrzych	103263	3209	3,11%	4,90%
powiat oleśnicki	106409	3279	3,08%	6,70%
powiat lubański	52372	1509	2,88%	7,30%
powiat milicki	36033	1027	2,85%	6,90%
powiat wołowski	46044	1127	2,45%	11,90%
powiat kłodzki	150515	3602	2,39%	12,30%
powiat dzierzoniowski	96884	2311	2,39%	6,10%
powiat jaworski	48029	1142	2,38%	10,90%
powiat kamiennogórski	41244	954	2,31%	6,80%
powiat legnicki	55083	1223	2,22%	8,20%
powiat lubiński	103927	2264	2,18%	4,00%
powiat złotoryjski	41277	898	2,18%	14,70%
powiat lwówecki	43473	900	2,07%	9,30%
powiat polkowicki	61309	1173	1,91%	4,60%
powiat głogowski	86376	1587	1,84%	6,90%
powiat strzeliński	42239	745	1,76%	11,50%
powiat wałbrzyski	53534	933	1,74%	13,80%
powiat ząbkowicki	61846	943	1,52%	10,60%
powiat górowski	33027	276	0,84%	16,80%

Źródło: Wojewódzkie Centrum Zarządzania Kryzysowego, 03.05.2023 r.

Przy okazji oferowania miejsc noclegowych pojawiał się niszowy jak dotąd problem: „co zrobić, jeśli to nie są Ukraińcy?” Względy humanitarne decydowały o udzieleniu pomocy osobom w kryzysie.

Charakterystycznym zjawiskiem i zgłaszanym przez wiele JST było przemieszczanie się uchodźców w celu poszukiwania najatrakcyjniejszej oferty miejsc oferowanych przez państwo, co przeradzało się w rodzaj „turystyki”. Brak poczucia przynależności do miejsca lub pragnienie zabezpieczenia swoich potrzeb kierowały pewną grupę migrantów do kolejnych miejsc, w których chcieli uzyskać lepsze warunki życia.

Typowe jest uwidacznianie się wielu problemów życiowych w miejscu zamieszkania. Oprócz przykładów dobrego współistnienia i pomocy wzajemnej w trakcie spotkań organizowanych przez jednostki samorządowe można usłyszeć przykłady problematycznych zachowań, powielających się w różnych gminach i powiatach Dolnego Śląska. Skala zjawisk wymaga odrębnych, dokładniejszych badań. Można jednak przedstawić najbardziej niepokojące zachowania zgłaszane w wywiadach:

1. pozostawianie dzieci bez opieki; 2. nadużywanie alkoholu; 3. impulsywne odreagowywanie trudnych przeżyć na najbliższym otoczeniu; 4. brak szacunku dla dóbr materialnych stanowiących wyposażenie miejsc instytucjonalnych; 5. stosowanie kar cielesnych wobec dzieci 6. niechęć do konfrontacji z rzeczywistością (np. odmowa mówienia w języku polskim).

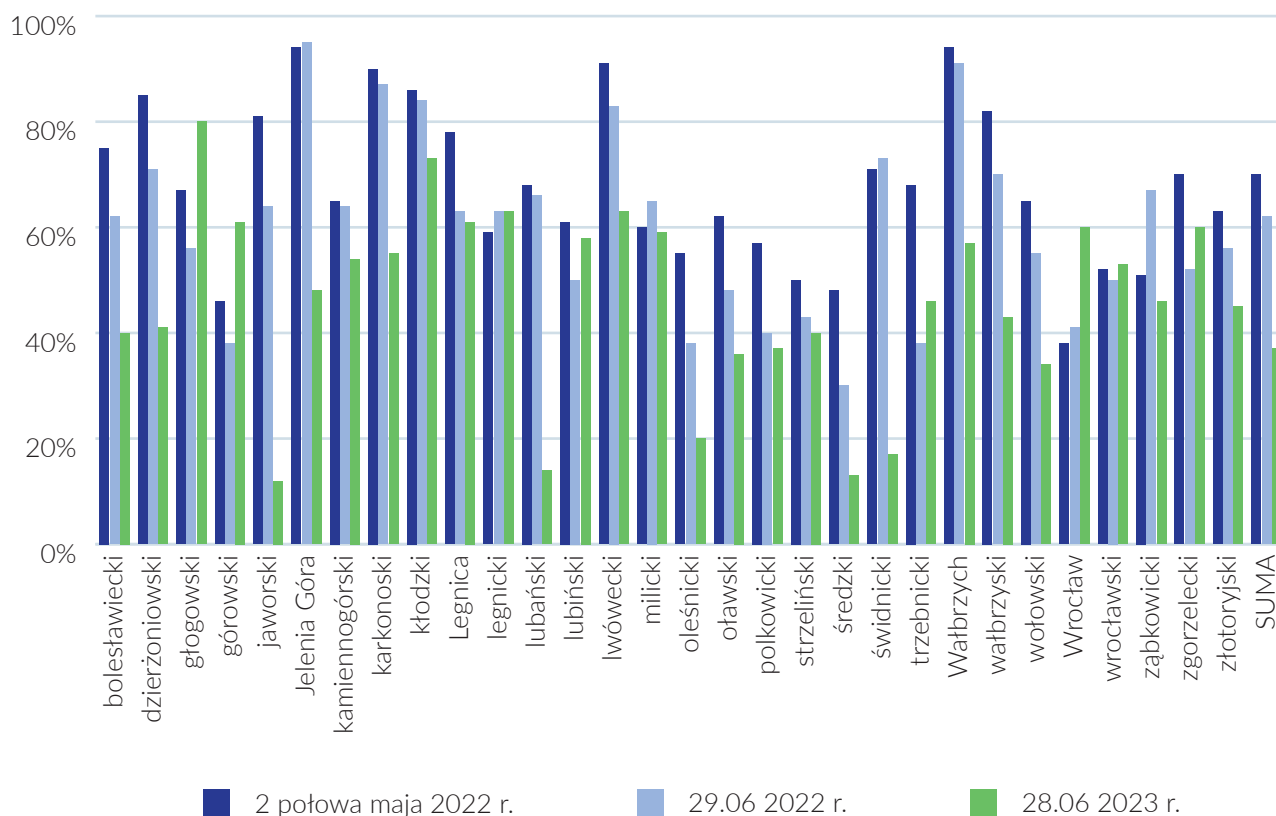
Przepisy ukraińskie wskazują, że z Ukrainy może wyjechać mężczyzna, jeśli samotnie wychowuje potomstwo, jest ojcem dziecka niepełnosprawnego, emerytem lub nie osiągnął 18. roku życia. Pojawiały się negatywne reakcje wobec pomocy świadczonej mężczyznom. Pomoc świadczona kobietom, dzieciom, osobom starszym, chorym lub niepełnosprawnym nie budziła takich emocji jak udzielanie schronienia mężczyznom.

Stopień zapewnienia miejsc instytucjonalnych przedstawiono poniżej:

Powiat/MNPP	II połowa maja 2022 r.	29.06.2022 r.	28.06.2023 r.
bolesławiecki	74,96%	62,43%	41,15%
dzierżoniowski	84,54%	71,29%	42,74%
głogowski	65,32%	56,05%	80,09%
górowski	45,95%	39,16%	61,56%
jaworski	81,15%	64,61%	10,82%
Jelenia Góra	95,34%	97,09%	48,55%
kamiennogórski	64,98%	64,55%	54,17%
karkonoski	90,33%	86,97%	56,03%
kłodzki	86,72%	83,83%	72,72%
Legnica	78,35%	62,89%	61,42%
legnicki	59,61%	63,26%	63,12%
lubański	68,88%	67,74%	14,05%
lubiński	61,41%	50,38%	57,66%
lwówecki	90,68%	83,22%	62,80%
milicki	61,18%	65,31%	59,35%
oleśnicki	54,64%	37,76%	21,05%
oławski	61,99%	48,23%	37,58%
polkowicki	57,85%	40,38%	35,80%

strzeliński	49,53%	43,28%	40,00%
średzki	47,18%	30,04%	11,89%
świdnicki	71,14%	72,35%	17,22%
trzebnicki	68,04%	38,89%	46,75%
Wałbrzych	94,24%	91,19%	57,22%
wałbrzyski	81,75%	70,62%	44,76%
wołowski	66,14%	54,83%	33,45%
Wrocław	38,84%	41,53%	60,35%
wrocławski	52,47%	49,41%	53,69%
ząbkowicki	51,00%	67,55%	45,64%
zgorzelecki	69,91%	52,88%	60,37%
złotoryjski	63,57%	57,59%	46,03%
<b>SUMA</b>	<b>69,55%</b>	<b>63,21%</b>	<b>38,58%</b>

Zajętość miejsc instytucjonalnych



Stan: 28 czerwca 2023 r.

Powiat	Liczba miejsc (całkowita)	Liczba miejsc zajętych
Jelenia Góra	324	199
Legnica	395	226
Wałbrzych	807	487
Wrocław	1735	714
bolesławiecki	358	153
dzierżoniowski	231	185
gólgowski	346	213
górowski	268	29
jaworski	192	104
kamiennogórski	141	79
karkonoski	1085	789
kłodzki	1448	914
legnicki	242	34
lubański	248	143
lubiński	293	184
lwówecki	278	165
milicki	95	20
oleśnicki	314	118
oławski	162	58
polkowicki	200	80
strzeliński	286	34
średzki	273	47
świdnicki	845	395
trzebnicki	105	47
wałbrzyski	1124	376
wołowski	203	109
wrocławski	631	288
ząbkowicki	217	131
zgorzelecki	580	267
złotoryjski	451	174

Zgodnie ze stanem z dnia 28 czerwca 2023 roku w instytucjonalnych miejscach zakwaterowania najwięcej osób mieszka w powiatach: kłodzkim, karkonoskim i mieście na prawach powiatu Wrocławiu. Najmniej uchodźców zakwaterowanych jest w powiatach: milickim, górowskim i legnickim.

W związku z wejściem w życie z dniem 1 marca 2023 roku ustawowego obowiązku ponoszenia przez uchodźców z Ukrainy kosztów pomocy nastąpił znaczny spadek ich liczby w obiektach instytucjonalnych, tj.



w obiektach, które zostały uruchomione przez jednostki samorządu terytorialnego na polecenie Wojewody Dolnośląskiego. W dniu 15 lutego 2023 roku w obiektach tych przebywało 10929 obywateli Ukrainy, w dniu 1 marca 2023 roku natomiast ich liczba zmniejszyła się do 10368, aby w dniu 28 czerwca 2023 roku osiągnąć poziom 6762, co stanowi spadek w prezentowanym okresie o 34,78%. Proces usamodzielnienia się tak znacznej liczby uchodźców z Ukrainy był możliwy dzięki ponadprzeciętnemu, osobistemu zaangażowaniu wielu osób zatrudnionych w urzędach, instytucjach oraz działaniu podmiotów, które w sposób profesjonalny realizowały swoje zadania, dając możliwość obywatelom Ukrainy asymilacji, rozwoju, nauki, a także podjęcia aktywności zawodowej. Nowelizacja ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, która nałożyła obowiązek partycypacji uchodźców w kosztach pobytu, zwalnia z ponoszenia opłat m.in. osoby niepełnosprawne, osoby starsze, kobiety w ciąży, wychowujące samotnie dzieci, a także znajdujące się w trudnej sytuacji życiowej umożliwiającej im udział w kosztach pomocy. Liczba uchodźców zwolnionych z partycypacji oscyluje w granicach 5,5 – 6,5 tys., co stanowi 85% procent ogółu uchodźców przebywających w obiektach instytucjonalnych. Przeważająca część – sięgająca 69% uchodźców z Ukrainy zobowiązanych do partycypacji, zgodnie z przyjętymi zasadami, uiszcza opłaty. Regulacje prawne w zakresie partycypacji uchodźców z Ukrainy w kosztach udzielanej im pomocy pozytywnie wpływają na ocenę funkcjonowanie procesu aktywizacji zawodowej obywateli Ukrainy.

Środki z Funduszu Pomocy dla uchodźców z Ukrainy przekazane do JST według stanu na 28 czerwca 2023 roku. Kwoty wyrażone są w złotych.

Lp.	Nazwa zadania	Kwota przekazana w 2022 r.	Kwota przekazana w 2023 r.	Razem wg stanu na dzień 28.06.2023 r.
1.	Wypłata świadczenia pieniężnego tzw. „40 zł”	283 370 831,11	49 203 773,28	332 574 604,39
2.	Zakwaterowanie i wyżywienie	226 433 296,52	95 660 247,85	322 093 544,37
3.	Zapewnienie środków czystości i higieny osobistej	2 083 481,50	493 382,98	2 576 864,48
<b>RAZEM</b>		<b>511 887 609,13</b>	<b>145 357 404,11</b>	<b>657 245 013,24</b>

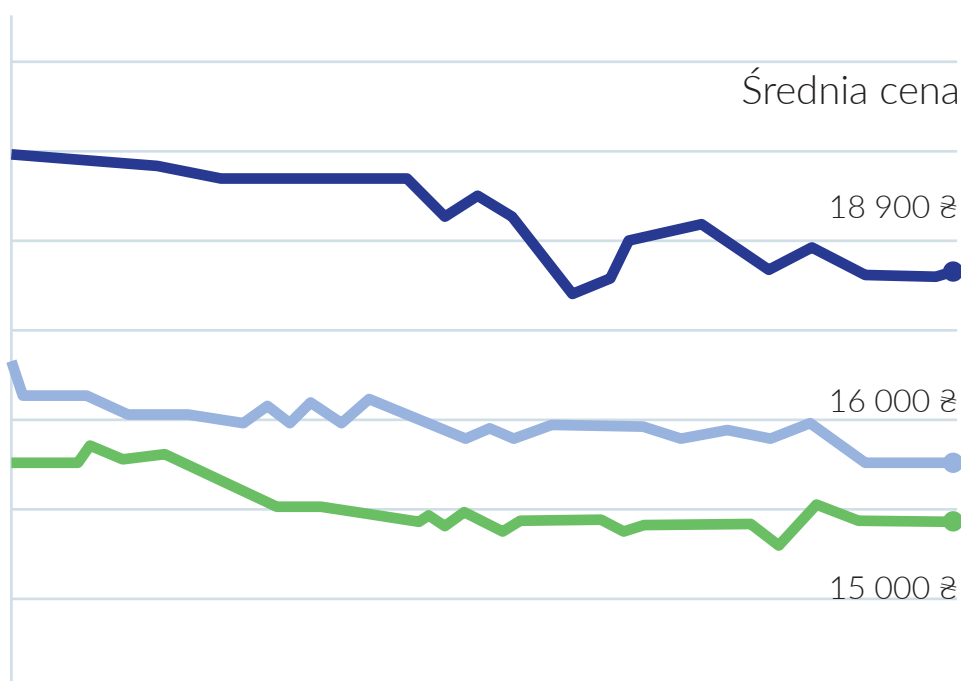
W tym miejscu warto zaznaczyć, że według danych otrzymanych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych roczny przypis składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe obywateli Ukrainy, których płatnik składek miał siedzibę na terenie województwa dolnośląskiego tylko w 2022 roku wyniósł 857 mln zł. Kwota ta istotnie przewyższa podane nakłady.

Rynek mieszkaniowy na Ukrainie obrazuje wpływ wojny na preferencje klientów oraz stopień przenoszenia kapitału za granicę, w tym na teren Dolnego Śląska:

- Dostępność mieszkań na Ukrainie nie jest stabilna. Na rynku nieruchomości pojawiają się nowe trendy związane z przenoszeniem zainteresowania kupnem mieszkania na teren docelowej migracji, zwłaszcza, gdy migracja trwała już kilka miesięcy i wizja powrotu oddala się.

- Przez ostatni rok na Ukrainie głównie poszukiwano mieszkań, które nie wymagają remontu, posiadają korzystną lokalizację z dala od miejsc potencjalnie niebezpiecznych (infrastruktura krytyczna) i nie znajdują się na najwyższych piętrach budynków. Z drugiej strony, w pobliżu mieszkania dobrze widziane były następujące udogodnienia: bliskie sąsiedztwo połączeń komunikacyjnych, dostępność schronu lub parkingu, sklepów, aptek. To nastawienie kupujących determinowało zakup nieruchomości. Być może wzorce nabyte w czasie doświadczeń wojennych będą przekładać się na preferencje zakupów w Polsce.
- Kultura najmu na Ukrainie charakteryzuje się ochroną praw właściciela i trudno porównywać ją z polskimi realiami, w których wynajmujący posiada większe prawa. Od rozpoczęcia wojny do Lwowa przybyło około 150 000 wewnętrznych przesiedleńców osób, a ceny wynajmu wzrosły do 500 dolarów za kawalerkę. Według informacji opublikowanych przez Radę Miejską Lwowa, w 2020 roku miasto zamieszkiwało 717 486 osób. W artykułach prasowych z marca i maja 2022 roku powołując się na władze miasta podawano informację o około 200 tysiącach osób wewnętrznie przesiedlonych przebywających w mieście. W marcu dziennie przybywało do miasta 10-30 tysięcy osób. Według danych Rady Miejskiej z 5 kwietnia 2023 roku we Lwowie żyło 106 tysięcy zarejestrowanych osób wewnętrznie przesiedlonych. Ze względu na to, że nie wszystkie takie osoby się rejestrowały, władze miasta oszacowały całkowitą liczbę na około 150 tysięcy. W porównaniu do stanu sprzed 24 lutego 2022 roku liczba mieszkańców miasta zwiększyła się więc o około 21% i wynosi około 867 tysięcy.
- Według danych Ukrstat w 2022 roku obwód lwowski liczył 2 476 113 mieszkańców. Z najnowszego raportu IOM z czerwca 2023 roku wynika, że liczba osób wewnętrznie przesiedlonych w obwodzie lwowskim wynosiła 273 tysiące. W porównaniu do stanu sprzed 24 lutego 2022 roku liczba mieszkańców obwodu zwiększyła się o około 11% i wynosi około 2 750 000 osób. Eksmisje lub podnoszenie czynszów z powodu chęci uzyskania zarobków są często spotykane<sup>6</sup>.

Statystyka cen wynajmu mieszkań we Lwowie



Źródło danych<sup>7</sup>

<sup>6</sup> <https://krytykapolityczna.pl/swiat/polityka-mieszkaniowa-ukrainy-wojna/>, 20.06.2023 r.

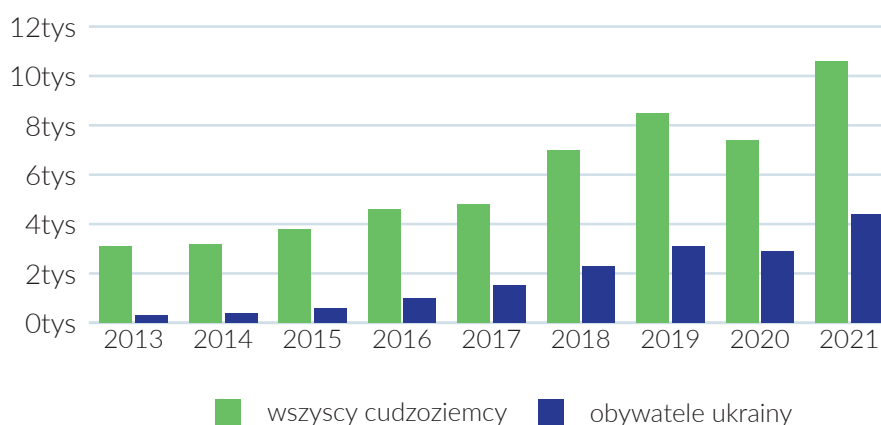
<sup>7</sup> <https://www.the-village.com.ua/village/city/city-news/338733-rinok-orendi-zhitla-u-kevi-ta-lvovi-stabilizuvavsya-yaki-tsini-na-kvartiri>, 20.06.2023 r.

## Rynek mieszkaniowy na Dolnym Śląsku

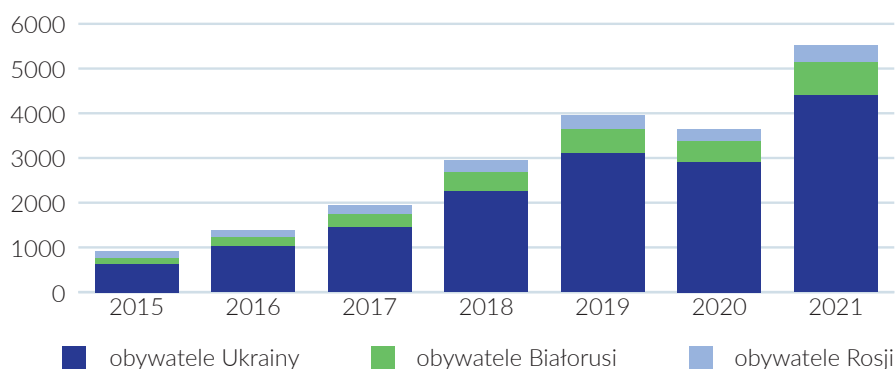
- Sytuacja pogarszającego się bezpieczeństwa na Ukrainie począwszy od 2014 roku, gdy Rosja anektowała Krym i nieco później, gdy zaczęła się wojna w Donbasie<sup>8</sup> spowodowała, że Ukraińcy, spośród wszystkich obcokrajowców, stali się w Polsce najbardziej zauważalną grupą inwestującą na rynku nieruchomości.
- Od rozpoczęcia inwazji rosyjskiej w lutym 2022 roku zdecydowanie zmniejszyła się dostępność mieszkań na rynkach najmu w największych miastach. Według szacunków jest to 60-80% mieszkań mniej.
- Według DIM Group of Companies, Ukraińcy kupują w 2023 roku nieruchomości z następujących powodów: 80% na własne miejsce zamieszkania; 10% na inwestycje lub wynajem w celu zwiększenia kapitału; 10% jako alternatywa dla depozytów bankowych w celu zaoszczędzenia pieniędzy. Dla porównania w 2022 roku 95% mieszkań na rynku pierwotnym zostało zakupionych w celu rozwiązania problemów mieszkaniowych, a tylko 5% jako inwestycja. Przed inwazją na pełną skalę udział nabywców mieszkań na własne potrzeby wynosił 50%, na inwestycje 40%, a na oszczędności 10%<sup>9</sup>.

W Polsce udział cudzoziemców w rynku nieruchomości jest następujący<sup>10</sup>:

Ile mieszkań kupowali w Polsce cudzoziemcy, w tym obywatele Ukrainy (w tys.)



Ile mieszkań kupowali w Polsce nasi wschodni sąsiedzi



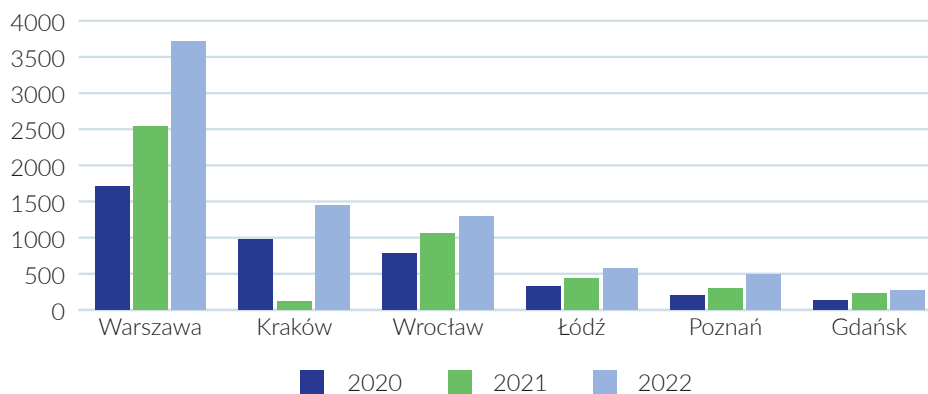
Źródło: na podstawie danych MSWiA

8 <https://www.money.pl/gospodarka/coraz-wiecej-cudzoziemcow-kupuje-mieszkania-w-polsce-oto-ktore-narody-sie-na-to-decyduja-6889517732637248a.html>, 20.06.2023 r.

9 <https://thepage.ua/ua/real-estate/cini-ta-popit-na-novobudovi-v-ukrayini-u-2023-roci>, 20.06.2023 r.

10 <https://bank.pl/ukraincy-kupuja-wiecej-mieszkan-w-polsce-niz-wszyscy-pozostali-cudzoziemcy/?id=446359&catid=22871>, źródło GetHome, 20.06.2023 r.

### W jakich miastach cudzoziemcy najchętniej kupowali mieszkania



Źródło: na podstawie danych MSWiA

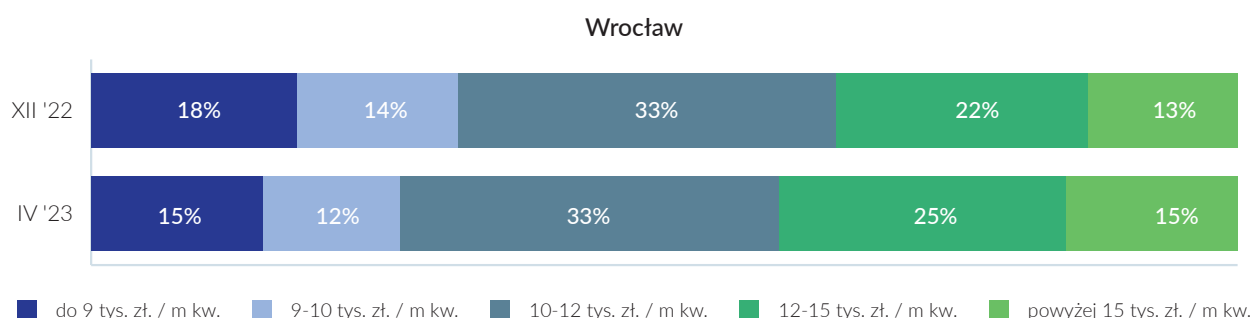
Trudności na rynku najmu, identyfikowane przez niektórych badaczy jako deprecjonowanie ludności ukraińskiej, faktycznie są spowodowane w znacznej mierze wysokim poziomem ryzyka związanego z wynajmem i brakiem odpowiednich regulacji zabezpieczających egzekwowanie praw przysługujących właścicielom. Właściwe im prawa wymagają czasochłonnego i kosztownego procesu dochodzenia roszczeń w sądzie. Minimalny okres zalegania z czynszem to 3 miesiące.

Wśród wynajmujących pojawia się szereg zachowań, które wyrażają potrzebę zabezpieczenia się przed stratami finansowymi. Należą do nich: castingi, ankiety, pozyskiwanie zabezpieczeń w postaci pobierania wielokrotności opłaty za wynajem jako kaucji. W przypadku ludności ukraińskiej dodatkowo uaktywnia się obawa o nieprzewidywalne zachowania, jakie mogą towarzyszyć osobom w kryzysie.

### Generalna sytuacja na rynku mieszkaniowym we Wrocławiu i na Dolnym Śląsku

- Cena za metr kwadratowy mieszkania we Wrocławiu: 10 612 zł/m<sup>2</sup>
- Zmiana cen mieszkań we Wrocławiu w ciągu ostatnich 12 miesięcy: +9%
- Przeciętna wartość mieszkania we Wrocławiu: 564 000 zł

Wrocław zajął na drugie miejsce listy najdroższych miast pod względem najmu<sup>11</sup>.



Źródło danych<sup>12</sup>

11 <https://obserwatorgospodarczy.pl/2023/04/28/ceny-najmu-przestaly-rosnac-ukraincy-wyjechali-z-polski/>, 20.06.2023 r.

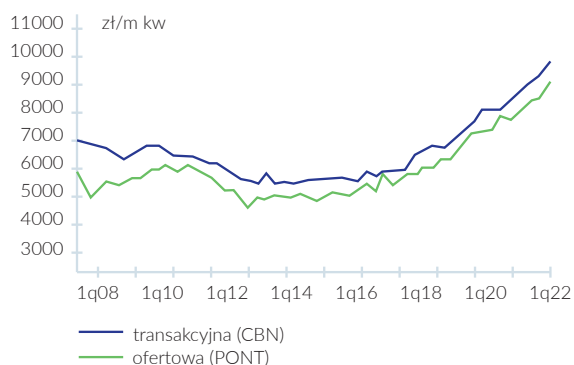
12 <https://rynekpierwotny.pl/wiadomosci-mieszkaniowe/raport-cenowy-kwiecien-2023/12272/>, 20.06.2023 r.

Dolnośląskie – Wrocław, powiaty grodzkie i ziemski

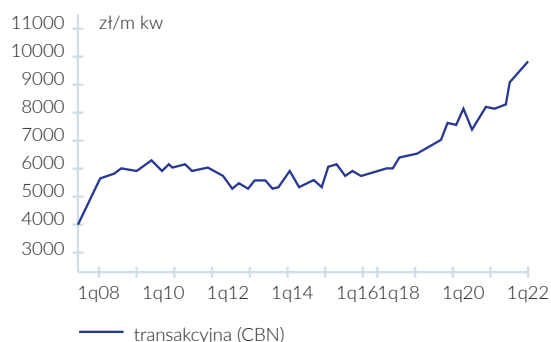
Tab. 1 Ceny transakcyjne i ofertowe (zł/m kw.)

Segment rynku	1q 20	2q 20	3q 20	4q 20	1q 21	2q 21	3q 21	4q 21	1q 22	1q 22 %,q/q %,r/r	
<b>Mieszkania – rynek wtórny</b>											
Cena transakcyjna (CBN)	7 327	7 383	7 808	7 721	7 904	8 081	8 343	8 468	8 982	6,1	13,6
Cena ofertowa (PONT)	8 039	8 077	8 082	8 316	8 597	8 796	9 022	9 322	9 730	4,4	13,2
<b>Mieszkania – rynek pierwotny</b>											
Cena transakcyjna (CBN)	7 957	7 201	7 543	7 987	7 901	8 104	8 834	9 339	9 520	1,9	20,5
<b>Domy jednorodzinne – rynek wtórny</b>											
Cena transakcyjna (CBN)	3 707	4 914	6 436	6 133	5 391	7 268	6 536	6 819	5 987	x	x

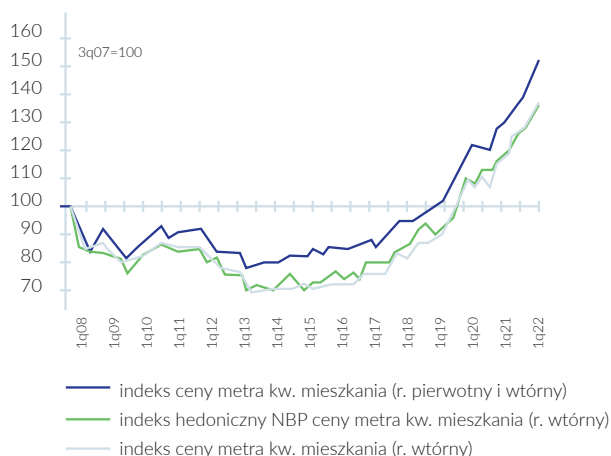
Wyk. 1 Ceny mieszkań na rynku wtórnym we Wrocławiu



Wyk. 2 Ceny mieszkań na rynku pierwotnym we Wrocławiu

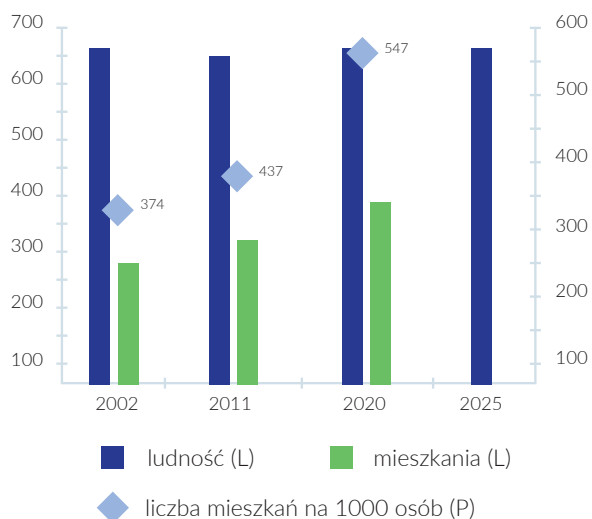


Wyk. 3 Zmiana ceny m kw mieszkania we Wrocławiu (NBP)



Uwaga do Tab.1: Liczba transakcji w 1q22: mieszkania rw - 64; mieszkania rp - 74; domy rw - 1.

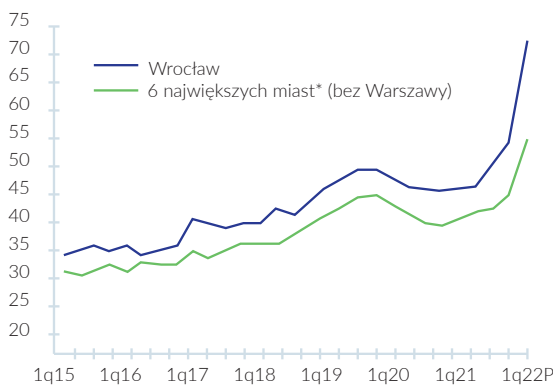
Wyk. 4 Ludność i mieszkania we Wrocławiu (GUS)



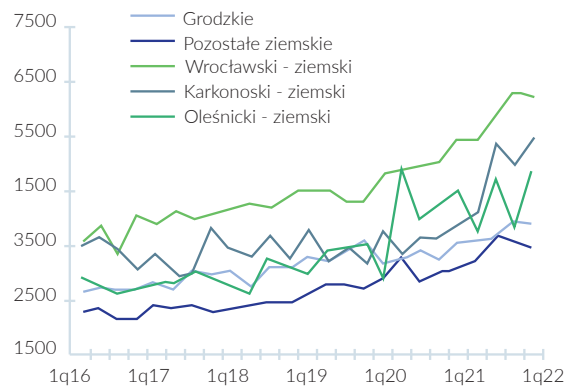
Tab. 2 Ceny transakcyjne domów (CBN; zł/m kw.) wg powiatów

Powiaty	2017	2018	2019	2020	2021	2q21 - 1q22
Wrocław	4 357	4 718	4 828	5 280	5 606	6 063
<b>Pozostałe grodzkie</b>	<b>2 981</b>	<b>2 967</b>	<b>3 224</b>	<b>3 559</b>	<b>4 113</b>	<b>4 217</b>
Wrocławski – ziemski	3 501	3 675	3 933	4 259	4 543	4 638
Średzki – ziemski	3 963	2 941	3 994	4 179	4 807	4 987
Bolesławiecki – ziemski	2 715	2 477	3 222	3 825	3 980	3 980
Oławski – ziemski	3 133	3 260	3 028	3 828	4 182	4 148
Trzebnicki – ziemski	3 117	3 386	3 617	3 639	4 216	4 216
<b>Pozostałe ziemskie</b>	<b>2 473</b>	<b>2 486</b>	<b>2 429</b>	<b>3 039</b>	<b>3 258</b>	<b>3 187</b>

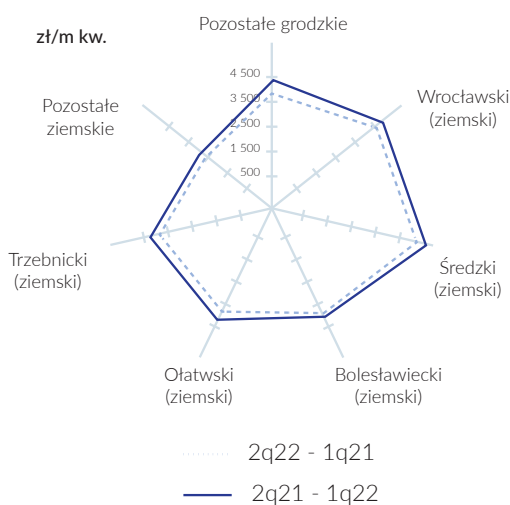
Wyk. 5 Średnia stawka wynajmu mieszkania we Wrocławiu (NBP, PONT)



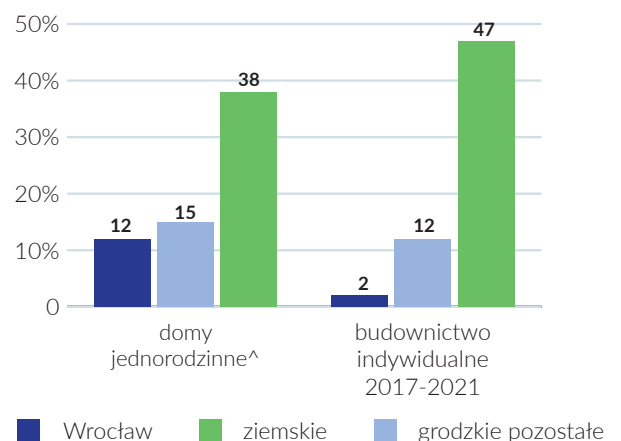
Wyk. 6 Ceny ofertowe domów wg. powiatów (PONT)



Wyk. 7 Ceny transakcyjne domów wg. powiatów (CBN)



Wyk. 8 Udział mieszkań w domach jednorodzinnych w zasobach ogółem oraz udział budownictwa indywidualnego w budownictwie ogółem



^ budynki z 1, 2 i 3 mieszkaniami wg NSP 2011

Tab. 3 Sytuacja mieszkaniowa i budownictwo mieszkaniowe w województwie dolnośląskim

Powiaty	Mieszkania	% mieszkań sprzed 1944 w zasobach ogółem	% mieszkań w domach jednorodzinnych*	Przeciętna pow. Użytkowa na osobę	Nasycenie mieszkaniami**	% powierzchni objętej miejscowymi planami zagospodarowania przestrzennego	Średnie nasilenie budownictwa <sup>^</sup>	% budownictwa indywidualnego w ogółem	Mieszkania oddane do użytku ogółem
	2020	NSP 2011	NSP 2011	2020	2020	2020	2017-21	2017-21	1q22
<b>Grodzkie</b>									
Jelenia Góra	36 026	38	19	29,9	460	99	3,1	17	43
Legnica	43 752	37	11	28,3	445	45	4,8	9	82
Wałbrzych	50 775	bd.	bd.	25,1	462	22	1,1	15	8
Wrocław	351 110	28	12	37,4	547	60	16,1	2	1 181
<b>Ziemskie</b>									
Bolesławiecki	33 000	34	45	29,5	368	99	5,2	47	102
Dzierżoniowski	40 035	49	28	25,6	401	52	1,8	52	76
Głogowski	33 548	14	25	25,3	379	39	4,4	37	63
Górowski	12 091	52	55	27,5	350	57	1,9	80	26
Jaworski	18 233	57	42	27,6	367	92	2,3	65	25
Karkonoski	26 304	60	50	34,0	415	64	5,5	49	91
Kamiennogórski	16 892	60	33	25,6	395	51	1,5	83	17
Kłodzki	65 174	55	37	28,9	417	58	2,3	64	73
Legnicki	18 882	37	11	29,6	343	52	4,1	83	105
Lubański	20 631	57	44	27,9	383	89	2,4	60	57
Lubiński	41 622	14	25	27,0	393	81	4,0	57	158
Lwówecki	16 932	55	54	29,0	371	28	1,2	93	10
Milicki	11 997	48	62	27,8	326	59	3,5	59	38
Oleśnicki	37 809	34	45	28,4	353	65	5,8	57	144
Oławski	29 667	27	40	29,4	387	55	8,4	34	128
Polkowicki	22 362	31	40	26,5	355	49	4,5	66	52
Strzeliński	15 709	58	56	29,4	364	79	3,7	73	37
Średzki	19 465	54	63	31,6	351	86	9,4	46	167
Świdnicki	61 734	49	26	27,5	396	92	3,2	42	159
Trzebnicki	28 646	40	64	30,9	336	44	6,4	55	186
Wałbrzyski	22 397	62	16	26,9	406	49	1,3	75	35
Wołowski	16 601	37	46	27,5	378	65	3,6	49	47
Wrocławski	61 245	35	67	40,9	392	83	17,9	31	957
Ząbkowicki	24 314	65	52	29,5	379	54	2,0	64	19
Zgorzelecki	34 584	46	39	27,8	391	95	2,1	66	30
Złotoryjski	18 828	52	44	27,5	368	45	1,9	70	22

\* budynki z 1, 2 i 3 mieszkaniami; \*\* liczba mieszkań na 1000 osób; ^liczba mieszkań oddanych do użytku na 1000 osób

Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS, stan na 08.06.2022

### 1.3. Wnioski/rekomendacje

1. Stworzenie korzystniejszych warunków dla rozwoju bezpiecznego, prywatnego rynku najmu, wzmocnienie ochrony interesów obu stron – najmującego i właściciela. Ułatwienie dochodzenia roszczeń, poszerzanie świadomości na temat wzajemnych zobowiązań.
2. Poszerzenie bazy mieszkań interwencyjnych dedykowanych wszystkim osobom dotkniętym kryzysem. Wyjątkowo trudne do pozyskania są mieszkania interwencyjne dla osób, które doświadczają przemocy. Nie można ich ulokować w odpowiednich, bezpiecznych miejscach. Celem utworzenia mieszkań interwencyjnych jest zapewnienie chronionych warunków mieszkaniowych. Pobyt w mieszkaniu interwencyjnym dla osób po zdarzeniach losowych lub sytuacjach kryzysowych ma charakter przejściowy, krótkotrwały i doraźny.
3. Realizowanie gruntownej inwentaryzacji, dzięki której można byłoby zidentyfikować dostępne lokale, podjęcie prób pozyskania funduszy na remont lokali oraz zachęcanie do oddolnych inicjatyw ułatwiających zagospodarowanie mienia<sup>13</sup>.
4. Wsparcie dla inicjatyw najmu społecznego. Pojawia się zapotrzebowanie na agencje najmu społecznego przeciwdziałające dyskryminacji i uzupełniające braki w dostępności lokali socjalnych. Rozwiązanie to daje możliwość osobom o niższym statusie finansowym na zabezpieczanie potrzeb mieszkaniowych, może również chronić je przed bezdomnością<sup>14</sup>. W przypadku migrantów wsparcie realizacji potrzeb mieszkalnych ma na celu włączenie społeczne i umożliwienie pełnej integracji zwłaszcza tym osobom, które przebywają w miejscach instytucjonalnych.
  - Za pośrednictwem agencji zapewnione są dobra obu stron:
    - \* Właściciel mieszkania otrzymuje regularne dochody. Nawet jeśli chwilowo nie ma najemcy, to agencja zobowiązuje się do wypłacania określonej w umowie kwoty (niższej od rynkowej).
    - \* Najemca otrzymuje mieszkanie za niższą stawkę najmu. Staje się ono dostępne dla osób, których dochody są zbyt niskie, by korzystać z prywatnego rynku najmu lub innych komercyjnych rozwiązań, a zbyt wysokie, by ubiegać się o lokal komunalny.
5. Dalsze zapobieganie gettoizacji. Istnieje potrzeba zapobiegania gettoizacji w rozumieniu homogeniczności etnicznej na danym obszarze, zamieszkiwanym przez grupy mniejszości niewspółżyjące ze społeczeństwem większościowym. Proces ten obserwuje się, gdy grupa osób utożsamia poczucie bezpieczeństwa np. z jednorodnością etniczną lub separacją od otoczenia. W dalszej perspektywie jest to zjawisko zdecydowanie utrudniające integrację i pogarszające relacje ze społecznością lokalną. Zazwyczaj dochodzi do utrwalenia komunikacji w języku migrantów, co przekłada się na utrzymanie lub usztywnienie barier kulturowych i związane z tym obniżenie możliwości uczestnictwa w rynku pracy.
6. Implementacja rozwiązań z zakresu architektury pomocowej. Wobec braków na rynku mieszkaniowym, które nie są możliwe do uzupełnienia w krótkim lub średnim przedziale czasowym uprawione wydaje się, w wyjątkowych sytuacjach, wprowadzanie rozwiązań z zakresu mieszkaniowej architektury pomocowej. Poniżej przedstawiona jest typologia rozwiązań stosowanych w zależności od czasu realizacji i trwałości materiałów.

<sup>13</sup> [https://obserwatorium.miasta.pl/wp-content/uploads/2022/05/Kwestia\\_mieszkaniowa\\_a\\_kryzys\\_uchodzczy\\_raport.pdf](https://obserwatorium.miasta.pl/wp-content/uploads/2022/05/Kwestia_mieszkaniowa_a_kryzys_uchodzczy_raport.pdf), 20.06.2023 r.

<sup>14</sup> Społeczne agencje najmu jako instrument polityki mieszkaniowej. przykłady europejskie i implementacja w Polsce redakcja naukowa Cezary Żołądowski, Małgorzata Otdak, Ryszard Szarfenberg, [https://habitat.pl/files/san/Spo%C5%82eczne\\_Agencje\\_Najmu.pdf](https://habitat.pl/files/san/Spo%C5%82eczne_Agencje_Najmu.pdf), 20.06.2023 r.



Typ schronienia	Czas dostarczenia	Funkcje	Rodzaj	Czas użytkowania
schronienia natychmiastowe (emergency shelters)	godziny, dni	zapewnienie bezpieczeństwa osobistego i poczucia prywatności, ochrona przed warunkami atmosferycznymi, a także zaopatrzenie w żywność, wodę i lekarstwa.	Ich funkcje mogą pełnić przystosowane <i>ad hoc</i> miejsca publiczne, mieszkania przyjaciół lub członków rodziny.	kilka-kilkanaście dni
schronienia tymczasowe	dni/ tygodnie czas potrzebny na odpowiednie zaangażowanie w adaptację miejsca	- // -	- // -	kilka-kilkanaście tygodni
mieszkania przejściowe	dni/ tygodnie/miesiące zależy od posiadanych zasobów	powinny umożliwić stopniowy powrót do normalnego funkcjonowania	struktury stabilniejsze, zapewniające lepsze warunki bytowe.	6 m-cy – 5 lat
mieszkania stałe	Jest to najbardziej wymagający i kosztowny etap, zwłaszcza, jeżeli nowe struktury muszą być budowane.	powinny umożliwić normalne funkcjonowanie	struktury stabilne	Stałe zamieszkanie

W ostateczności i sytuacjach wyjątkowych uznanie za akceptowalną praktykę kierowania uchodźców do schronisk i noclegowni. Problemy mieszkaniowe dotyczą szczególnie pomieszczeń tymczasowych i lokali socjalnych przeznaczonych dla osób w trudnej sytuacji życiowej, które niekiedy poza kolejnością przyznawane były uchodźcom z Ukrainy. W przypadku braku takich mieszkań gminy mają prawo, w sytuacjach wyjątkowych, kierować potrzebujących do noclegowni i schronisk dla bezdomnych. Trzeba z mocą podkreślić,

15 Architektura pomocowa. Wdrożenie projektów Paper Partition System i Styrofoam Housing System w kontekście wojny w Ukrainie, <https://www.housingenvironment.edu.pl/index.php/pl/archiwum/nr-41-2022/architektura-pomocowa-wdrozenie-projektow-paper-partition-system-i-styrofoam-housing-system-w-kontekście-wojny-w-ukrainie>, 20.06.2023 r.

że na terenie Dolnego Śląska udało się takich działań uniknąć, ale w perspektywie długoterminowej może pojawić się taka potrzeba.

### **Uwagi dotyczące miejsc instytucjonalnych:**

1. Jako zdecydowany sukces można określić brak osób pochodzenia ukraińskiego znajdujących się w kryzysie bezdomności. Pojawiają się jednak pierwsze przypadki osób, które nie odnajdują się w nowej sytuacji, więc można się spodziewać, że takie przypadki będą miały miejsce.
2. Napięcia wewnątrz grup ukraińskich obserwowane przez przedstawicieli JST, głównie w miejscach instytucjonalnych, można wstępnie usystematyzować według następującego podziału:
  - konflikty i niezadowolenie związane z przebywaniem w miejscach instytucjonalnych wynikające z konieczności dzielenia wspólnej przestrzeni;
  - konflikty wynikające z miejsca pochodzenia, głównie na linii rosyjskojęzyczny Wschód – ukraińskojęzyczny Zachód;
  - konflikty wynikające z podejścia do przebywania na terenie Polski, wynikające z przekonania, że „Jeśli płacisz za miejsce instytucjonalne, to jesteś niezaradny”;
  - konflikty między migracjami (zarobkową i wojenną), tj. napięcia między Ukraińcami, którzy zamieszkali w Polsce jeszcze przed wojną, a tymi którzy napłynęli tuż po jej wybuchu.
3. Meldunek lub przypisanie do jednego obszaru/regionu ułatwiłoby monitorowanie uzyskiwania pomocy i sprawiedliwą dystrybucję dóbr. Ten postulat wymaga zaangażowania środków finansowych i pracowników weryfikujących aktualne miejsce zamieszkania.
4. Stworzenie narzędzi egzekwowania zobowiązań. Wprowadzone zasady odpłatności za miejsca instytucjonalne zostały przyjęte ze zrozumieniem przez większość urzędników, co ma fundamentalne znaczenie dla sposobu prezentowania i egzekwowania zobowiązań, wobec których dostępne są jedynie środki miękkie. Brak możliwości wyegzekwowania płatności czy nałożenia decyzji, to najczęstsze z trudności, które zgłaszali opiekunowie miejsc instytucjonalnych. Kolejną trudnością była niepewność prawidłowego rozumienia przepisów i znaczna asekuracja w postępowaniu względem migrantów, której dodatkową perspektywą była możliwa kontrola.
5. Organizowanie kampanii świadomościowych dedykowanych urzędnikom. Istnieją duże obawy przed przeniesieniem uchodźcy z miejsca zakwaterowania. Działanie to postrzegane jest jako ryzykowne ze względu na zły odbiór społeczny i negatywną narrację dotyczącą wrogości wobec uchodźców. Remedium na powyższy problem może stanowić stworzenie poradnika dobrych praktyk w świadczeniu pomocy uchodźcom, z uwzględnieniem kształtowania świadomych zachowań asertywnych.

## 2. Edukacja

### 2.1. Kontekst prawny i uwarunkowania historyczno-społeczne

Warto zauważyć, że jeszcze przed inwazją rosyjską z 24 lutego 2022 roku dzieci imigrantów zarobkowych z Ukrainy stanowiły najwyższy odsetek cudzoziemców w polskich szkołach. Wydarzenia związane z agresją Rosji na Ukrainę spowodowały zmianę charakteru przemieszczania ludności z dobrowolnej migracji w przymusową decyzję o opuszczeniu kraju. To zróżnicowanie w motywacji towarzyszącej opuszczeniu Ukrainy przekłada się na stopień zaangażowania w proces edukacyjny.

Należy zaznaczyć, że powiększające się grono dzieci ukraińskich charakteryzują liczne podobieństwa: niewystarczający stopień znajomości języka polskiego lub konieczność nauki języka polskiego jako języka drugiego, konfrontacja z nowym otoczeniem, różnice kulturowe, sytuacja zwiększonego napięcia lub przewlekłego stresu. Dodatkowe cechy to przeżywanie przymusowego charakteru decyzji o wyjeździe z kraju ojczystego, brak możliwości powrotu do utraconego trybu życia i miejsca (zniszczenie domu), bieżące problemy egzystencjalne (brak mieszkania) i emocjonalne (możliwe traumy).

Edukacja jest jednym z ważniejszych obszarów służących integracji społecznej nie tylko samych uczniów, ale również rodziców i otoczenia. Skorelowanie działań edukacyjnych z częściowymi celami stawianymi sobie przez organy państwowe w procesie integracji uchodźców służy przeprowadzeniu społeczeństwa przez proces zmiany i wypracowaniu nowych mechanizmów wspólnego funkcjonowania.

Pierwszy krok ku umożliwieniu prawidłowego funkcjonowania dzieci i młodzieży uchodźczej, to stworzenie ram prawnych i zabezpieczenie środków finansowych związanych z organizacją kształcenia. Przepisy prawa dotyczącego oświaty określają uchodźców jako: „uczniowie niebędący obywatelami polskimi”, a szereg kwestii związanych z ich funkcjonowaniem w systemie edukacji będzie wymagać doprecyzowania i dalszej reorganizacji. Obecna sytuacja ma niekiedy charakter rozwiązań prowizorycznych i dowolności w sposobie realizacji działań integracyjnych dostosowywanych do potrzeb środowisk lokalnych.

Wiele spraw dotyczących uchodźców z Ukrainy jest rozwiązywanych za pomocą działań oddolnych, które napotykać na trudności wynikające z porozumień i ustaleń zapadających na poziomie międzynarodowym. Jednym z przykładów jest ustalenie faktycznych, a nie tylko deklarowanych osiągnięć w ukraińskim systemie edukacyjnym. Na kanwie obserwacji poczynionych przez urzędników, przedstawicieli stowarzyszeń, fundacji i organizacji pozarządowych można zaobserwować duże zaangażowanie społeczne i chęć podejmowania działań obywatelskich związanych z niesieniem pomocy. Niestety, częściej niż incydentalnie dochodziło do powielania niekorzystnych schematów przez nadmiarowe zachowania i chęć niesienia pomocy tam, gdzie należało zorganizować stopniowe usamodzielnienie. Tego typu działalność, nawet gdyby miała okazjonalny charakter, przynosić może długoterminowe zniechęcenie. W tym kontekście ważna jest edukacja i wspieranie działań wolontariackich na różnych etapach rozwoju młodego człowieka, by w przyszłości działania związane z niesieniem pomocy miały szansę stać się kompetencjami kolejnych pokoleń.

#### **Akty prawne regulujące status nieletnich uchodźców w Polsce:**

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej:
  - art. 70 „ust. 1 Każdy ma prawo do nauki. Nauka do 18 roku życia jest obowiązkowa. Sposób wykonywania obowiązku szkolnego określa ustawa”.
2. Ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, Dz.U. 2022 poz. 583

- „Art. 1. 1. Ustawa określa szczególne zasady zalegalizowania pobytu obywateli Ukrainy, którzy przybyli na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej bezpośrednio z terytorium Ukrainy w związku z działaniami wojennymi prowadzonymi na terytorium tego państwa, oraz obywateli Ukrainy posiadających Kartę Polaka, którzy wraz z najbliższą rodziną z powodu tych działań wojennych przybyli na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. 2. Ilekroć w ustawie jest mowa o obywatelu Ukrainy, rozumie się przez to także nieposiadającego obywatelstwa ukraińskiego małżonka obywatela Ukrainy, o ile przybył on na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej bezpośrednio z terytorium Ukrainy w związku z działaniami wojennymi prowadzonymi na terytorium tego państwa. 3. Ustawa określa również: 1) szczególne zasady powierzenia pracy obywatelom Ukrainy, przebywającym legalnie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; 2) pomoc zapewnianą przez wojewodów, jednostki samorządu terytorialnego oraz inne podmioty obywatelom Ukrainy; 3) utworzenie Funduszu Pomocy w celu finansowania lub dofinansowania realizacji zadań na rzecz pomocy obywatelom Ukrainy; 4) niektóre uprawnienia obywateli Ukrainy, których pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest uznawany za legalny; 5) szczególne zasady przedłużania okresów legalnego pobytu obywateli Ukrainy oraz wydanych im przez organy polskie dokumentów dotyczących uprawnień w zakresie wjazdu i pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; 6) niektóre uprawnienia obywateli polskich i obywateli Ukrainy będących studentami, nauczycielami akademickimi lub pracownikami naukowymi wjeżdżającymi z terytorium Ukrainy; 7) szczególne regulacje dotyczące kształcenia, wychowania i opieki dzieci i uczniów będących obywatelami Ukrainy”
3. List Ministra Edukacji i Nauki w sprawie edukacji uczniów z Ukrainy DWM-WOPG.473.453.2022.AR
- Przesłane w nim informacje dotyczą rozwiązań systemowych dotyczących zapewnienia opieki i edukacji uczniom będącym obywatelami Ukrainy, którzy dnia 24 lutego 2022 roku przybyli do Rzeczypospolitej Polskiej, do wykorzystania w rozpoczynającym się roku szkolnym 2022/2023.

### **System edukacji w Polsce obejmuje działania w sferze publicznej i prywatnej.**

Szkolnictwo publiczne finansowane jest przez państwo i samorząd terytorialny. W jego skład wchodzi przedszkola, szkoły, placówki prowadzone przez administrację różnych szczebli (gminy, miasta, powiaty). Edukacja niepubliczna prowadzona może być przez fundację, stowarzyszenia, osoby fizyczne i spółki. Taki typ edukacji może tworzyć własne zasady rekrutacji i formy płatności. System edukacji w Polsce rozpoczyna się od wychowania przedszkolnego, kolejno następuje edukacja podstawowa, a następnie możliwość uczęszczania do liceum ogólnokształcącego, technikum, szkoły branżowej I i II stopnia, szkoły policealnej. Kolejny etap obejmuje studia wyższe określone jako studia licencjackie i magisterskie studia uzupełniające lub studia jednolite.

### **W Polsce przyjęto ustawowo realizację dwóch obowiązków:**

1. Ustawowy 10-letni obowiązek szkolny (6-16 rok życia). Dotyczy on nauki w szkole podstawowej i szkołach ponadpodstawowych.
2. Konstytucyjny obowiązek nauki (do 18 roku życia). Można go realizować w szkołach ponadgimnazjalnych, placówkach posiadających odpowiednią akredytację jako: szkoły dla dorosłych, placówki kształcenia ustawicznego lub praktycznego, ośrodki kształcenia zawodowego, realizowanie zajęć z zakresu działalności oświatowej, przygotowanie do zawodu realizowane bezpośrednio u pracodaw-

cy, a także uczęszczanie do szkoły wyższej<sup>16</sup>.

### **Odpowiedzialność za realizację obowiązku szkolnego i obowiązek nauki**

1. Rodzice i opiekunowie prawni dzieci i młodzieży do 18 roku życia są odpowiedzialni za spełnienie obowiązku szkolnego (nauka i ukończenie szkoły podstawowej) oraz obowiązku nauki, który obejmuje czas od skończenia szkoły podstawowej do ukończenia 18 roku życia.
2. Według prawa oświatowego dyrektorzy publicznych szkół podstawowych powinni kontrolować spełnianie obowiązku szkolnego przez dzieci zamieszkałe na terenie obwodu szkoły. Gmina kontroluje spełnianie obowiązku nauki przez młodzież, która mieszka na jej terenie.
3. Obowiązek szkolny spełniany jest przez uczęszczanie dziecka do szkoły podstawowej (publicznej lub niepublicznej), obowiązek nauki natomiast można realizować przez kontynuowanie nauki szkolnej w placówkach ponadpodstawowych lub przygotowanie zawodowe u pracodawcy. Szczegółowe obowiązki rodziców lub opiekunów w spełnianiu obowiązku szkolnego to:
  - Zgłoszenie dziecka do szkoły,
  - Zapewnienie możliwości uczęszczania na zajęcia szkolne,
  - Zapewnienie odpowiednich warunków nauki
  - Informowanie o spełnianiu obowiązku szkolnego.
4. Ustawa Prawo oświatowe daje możliwość zażądania od rodziców informacji o spełnianiu obowiązku nauki przez dziecko i zmianach dotyczących tego obowiązku. Rodzic lub opiekun prawny jest zobowiązany do informowania o zmianach dotyczących np. zmiany miejsca zamieszkania.
5. Jeśli nie zostanie spełniony obowiązek szkolny lub obowiązek nauki, to przewidziana jest kara grzywny (ustawa o postępowaniu administracyjnym z dnia 17 czerwca 1966 r.). Grzywna w celu przymuszenia nie może przekraczać kwoty 10 000 zł, może być nakładana kilkakrotnie, ale zgodnie z art. 121 wspomnianej ustawy łączne kary nie mogą przekroczyć 50 000 zł. Organem egzekucyjnym jest urząd gminy.
6. Zgodnie z przepisami Prawa oświatowego (art. 31 ust. 4) uczeń nie spełnia obowiązku szkolnego, jeżeli w danym miesiącu nie był na połowie dni zajęć, a nieobecności nie zostały usprawiedliwione.
7. Na podstawie specustawy ukraińskie dzieci i uczniowie przebywający w Polsce mają zapewniony dostęp do bezpłatnego wykształcenia.
8. Wiele dzieci przebywając na terenie Polski nie realizuje obowiązku szkolnego lub realizuje go za pośrednictwem systemu nauki on-line na Ukrainie. Szacunkowe dane określają stopień udziału dzieci w ukraińskim systemie edukacji na 46%<sup>17</sup>. Trudno wskazać mechanizmy oddziałujące na te dzieci, ponieważ nie mają regularnego, unormowanego instytucjonalnie kontaktu z dziećmi polskimi. Decyzję o sposobie realizowania obowiązku szkolnego pozostawiono rodzicom. Uczestnictwo w dwóch systemach oświaty jest zabronione, ale jednocześnie powszechne. Uregulowania tych zasad prawnie, „wolno/nie wolno” musiałyby się wiązać z określonym wymiarem kontroli lub sankcji. Obecnie jest to obszar traktowany z dużą dozą dowolności. Uczniom i rodzicom ukraińskim wydaje się działaniem bardziej zapobiegliwym ukończenie dwóch systemów edukacji. Z jednej strony można zrozumieć tę chęć zabezpieczenia przyszłości uczniów, z drugiej strony natomiast, któryś z systemów, lub oba muszą na tym ucierpieć przez zaniżoną frekwencję, efekty nauczania, a w konse-

16 Polityka oświatowa, Przegląd ekspertyz z wybranych obszarów oświatowych (2008-2018), [https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/19629/Dobromir\\_Dziewulak\\_Polityka\\_o%20wiatowa.pdf?sequence=1](https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/19629/Dobromir_Dziewulak_Polityka_o%20wiatowa.pdf?sequence=1), 20.06.2023 r.

17 Uczniowie uchodźczy z Ukrainy w polskim systemie edukacji, opracowanie: Paulina Chrostowska, [https://ceo.org.pl/wp-content/uploads/2022/11/CEO\\_uczniowie\\_uchodzyczy\\_pazdziernik\\_2022-fin-1.pdf](https://ceo.org.pl/wp-content/uploads/2022/11/CEO_uczniowie_uchodzyczy_pazdziernik_2022-fin-1.pdf), 20.06.2023 r.

kwencji przez niskie lokaty w rankingach szkół i słabe wyniki matur.

9. Małoletni, którzy legalnie przebywają w Polsce, mają zapewnionego tymczasowego opiekuna ustanowionego na wniosek lub z urzędu przez: faktycznego opiekuna ujawnionego w rejestrze, Straż Graniczną lub policję, prokuratora, organ gminy lub przedstawiciela organizacji międzynarodowej/pozarządowej udzielającej pomocy. Ta forma sprawowania opieki w wielu wypadkach nie funkcjonuje prawidłowo.

### **Kulturowe uwarunkowania systemu edukacyjnego na Ukrainie**

Wykuwanie się świadomości narodowej wśród ludności ukraińskiej było osadzone w bolesnej i trudnej historii. Przy udziale i pod wpływem wielu kultur, religii, grup etnicznych oraz organizmów państwowych powstawały zręby tożsamości narodowej. Droga do uzyskania suwerenności państwowej była skomplikowana, a współczesne wydarzenia wojenne pokazują, że jeszcze się nie zakończyła. Ta niejednolita i ogromnie zróżnicowana społeczność potrzebuje spoiwa i świadomego budowania wspólnoty, co zapewnia współcześnie między innymi uczestnictwo w ukraińskim systemie edukacyjnym.

Żeby trafnie wyjaśnić nastawienie ludności ukraińskiej do partycypowania w polskim systemie edukacji, należy choćby skrótowo spojrzeć na znacznie relacji rodzinnych w narodowej pedagogice oraz sposób kształtowania postaw patriotycznych. Niezwykle istotny wpływ na formowanie charakteru i poglądów miała od zawsze rodzina i przez wielu badaczy wskazywana była jako pierwsze miejsce wychowania świadomego pokolenia, przekazania spuścizny kulturowej, wpojenia miłości do Ojczyzny i ziemi ojczystej. Z polskiej perspektywy znaczenie to było tym większe, że długotrwałe pozbawienie państwowości, dużo dłuższe niż w przypadku Polski, powodowało przeniesienie roli kształtowania świadomości narodowej na rodzica.

Można byłoby domniemywać, że niepełne ukraińskie rodziny przestaną być tak silnym miejscem krzewienia świadomości narodowej. Pamiętać jednak należy, że znaczny ciężar wychowania złożony był na barkach kobiet, które troszczyły się o wpojenie swoim dzieciom wartości patriotycznych. Analiza kluczowych czynników pedagogicznych jasno wskazuje na znaczenie matki Ukrainki posiadającej i przekazującej świadomość narodową, co stanowi ważny punkt na mapie działań edukacyjnych. Pisano nawet: „Z owej kobiecości może wyrosnąć niepokonana siła, która naprawdę uratuje swoją nację”<sup>18</sup>. W rodzinie przeważnie to matki postrzegane są jako osoby, które przekazują zwyczaje, tradycje i obrzędy, uczą języka i krzewią świadomość narodową. W tym kontekście nie sposób pominąć okresu intensywnie prowadzonej edukacji nacjonalistycznej, która była wspierana w wieku XIX i trwała do lat 30-tych XX wieku.

### **Przemiany społeczno-polityczne po 1991 roku**

Budowanie świadomości narodowej, w realiach postkomunistycznych, ze stałą obecnością zagrożenia rosyjskiego, notorycznym kryzysem gospodarczym, wpływami oligarchów i powszechną korupcją z pewnością było sporym wyzwaniem. Należało zorganizować system edukacyjny tak, by umożliwiał wpajanie norm, premiowanie pozytywnych wzorców zachowań, przeciwdziałanie demoralizacji, ale nade wszystko przypominać o patriotyzmie, wspólnej walce o ziemię i konieczności walki o samostanowienie na terenie własnego kraju. Te wszystkie zadania realizowane są obecnie za pośrednictwem wprowadzanych kolejno reform systemu edukacyjnego.

Wśród priorytetów myśli pedagogicznej pojawia się obecnie wątek wyjątkowości ukraińskiej mental-

---

18 por. R. Kucha, Kwestia wychowania patriotycznego i narodowego w rodzinie ukraińskiej w świetle ustaleń pedagogów ukraińskich wczoraj i dziś, *Pedagogika Rodziny* 4/4, 7-25 2014, [https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Pedagogika\\_Rodziny/Pedagogika\\_Rodziny-r2014-t4-n4/Pedagogika\\_Rodziny-r2014-t4-n4-s7-25/Pedagogika\\_Rodziny-r2014-t4-n4-s7-25.pdf](https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Pedagogika_Rodziny/Pedagogika_Rodziny-r2014-t4-n4/Pedagogika_Rodziny-r2014-t4-n4-s7-25/Pedagogika_Rodziny-r2014-t4-n4-s7-25.pdf), 20.06.2023 r.

ności, jej emocjonalno-uczuciowy charakter. Dostrzec można nadal liczne odwołania do narodowej idei ukraińskiej.

W tym kontekście warto wspomnieć, że wśród podobieństw charakteryzujących naród polski i ukraiński są długotrwałe wpływy i skutki stalinowskiego komunizmu. Ich pokłosiem były między innymi trudności w upamiętnieniu ofiar posunięć politycznych na Ukrainie np. ofiary Wielkiego Głodu. W prowadzonych wywiadach przedstawiciele JST zgłaszali natomiast potrzebę upamiętnienia tragedii ludobójstwa narodu polskiego na Wołyniu.

## 2.2. Diagnoza trudności

1. Wśród przyczyn unikania polskiej edukacji zauważyć można trzy kwestie:
  - obawa przed separacją od ukraińskiego systemu edukacyjnego, który gwarantuje podtrzymywanie tożsamości narodowej, kontakt z językiem i kulturą ukraińską;
  - brak odpowiedniej znajomości języka polskiego lub decyzji i chęci podjęcia nauki języka polskiego;
  - brak możliwości kontynuowania nauki w wybranym przez siebie obszarze, zwłaszcza w szkolnictwie artystycznym (inna jakość i odmienny sposób nauczania).
2. Organ gminy powinien sprawować kontrolę nad obowiązkiem szkolnym, a przy braku obowiązku meldunkowego nie ma takiej możliwości. Trudno stworzyć listę dzieci zamieszkałych w obwodzie szkoły i prowadzić działania, do których gmina jest zobowiązana.
3. Miejsca poza dużymi ośrodkami – takimi jak Wrocław, pozostają nie w pełni wykorzystane. Jako główny powód tego stanu rzeczy podawane są trudności z dojazdem. Przypuszczać można, że brak decyzji uchodźców o opuszczeniu dużego miasta na rzecz dobrze skomunikowanej miejscowości w aglomeracji wrocławskiej nie jest stałą tendencją, lecz z czasem ta sytuacja powinna się normalizować i pojawią się przeprowadzenia w rejon dający dobre warunki rozwoju, bez pogarszania warunków życia. Można się spodziewać, że będzie to długotrwały proces.
4. Pojawiają się problemy z nostryfikowaniem dyplomu nauczyciela. Polegają one na trudnościach finansowych - koszt opłaty nostryfikacyjnej to, zgodnie z prawem, maksymalnie 50% wynagrodzenia profesora (3205 zł). Dodatkową trudnością jest czas oczekiwania, który może wynosić 90 dni, ale nie wlicza się do tego terminu np. egzaminów lub praktyk. Współwystępowanie tych dwóch czynników, tj. czasu i kosztów sprawia, że nie ma wielu chętnych do podjęcia pracy w zawodzie nauczyciela. Perspektywy finansowe – dla osób, które musiałyby rozpocząć ścieżkę zawodową od początku – nie są atrakcyjne.
5. Istniejące wsparcie w uzyskaniu nostryfikacji dyplomów nie jest wystarczająco spopularyzowane i tylko częściowo spełnia swoją rolę (zwalnianie z opłat nostryfikacyjnych przez podmioty szkolnictwa wyższego lub wsparcie finansowe oferowane przez Powiatowe Urzędy Pracy).
6. Potrzeba miejsc, w których można byłoby potwierdzić znajomość języka polskiego i narzędzi wspierających przystąpienie do egzaminu.
7. W kontekście potrzeby wykształcenia asystentów kulturowych należy wskazać na wyzwanie, jakim jest brak kwalifikacji formalnych, których końcowym efektem byłby dyplom. Asystenci kulturowi są zatrudniani w charakterze pomocy nauczyciela. Formalnym wymogiem dotyczącym kompetencji asystentów międzykulturowych jest jedynie znajomość języka kraju pochodzenia ucznia. Nie ma natomiast wymogu posiadania wykształcenia wyższego lub pedagogicznego. Do zadań przypisywa-

nych asystentom kulturowym należy szereg działań, których wykonywane zależy w dużej mierze od osobistych uwarunkowań. Jednocześnie są to dziaania mocno wspierające integrację:

- wsparcie ucznia w adaptacji do nowego otoczenia;
- pomoc w tłumaczeniu z języka polskiego na język ojczysty i odwrotnie;
- pośredniczenie w kontaktach między rodziną lub opiekunami prawnymi dziecka a szkołą (zebrania, informacje na temat działań szkoły);
- pomoc w rozwiązywaniu konfliktów spowodowanych różnicami kulturowymi;
- dostarczanie wiedzy na temat kultury i sposobu funkcjonowania ważnych instytucji kraju przyjmującego;
- wspieranie działań integracyjnych przez dostarczanie wiedzy na temat kultury i zwyczajów kraju pochodzenia ucznia oraz współtworzenie inicjatyw ułatwiających obu stronom (przyjmującej i korzystającej z pomocy) integrację<sup>19</sup>.

8. Niewystarczająca oferta odpowiednich podręczników do nauki języka polskiego oraz odpowiednich tłumaczeń (słownictwo specjalistyczne, charakterystyczne sformułowania), które ułatwiłyby naukę np. biologii, chemii, geografii.
9. W wielu przypadkach rodzice nie mają pieniędzy na zakup podręczników do szkół ponadpodstawowych, a w konsekwencji nie są realizowane zadania domowe i obniża się poziom nauczania.
10. W szkołach podstawowych najbardziej odczuwalny jest brak przestrzeni i konieczność „posunięcia się w ławce” na rzecz uczniów z Ukrainy, co rodzi fizyczne poczucie braku komfortu.
11. Z powodu znaczonego obciążenia systemu edukacyjnego w dużych miastach (Wrocław, Legnica, Wałbrzych, Jelenia Góra) potrzeba dodatkowych działań w celu integracji uczniów poza system edukacji.
12. W większych ośrodkach odczuwalny jest brak psychologów dziecięcych.
13. Realizacja sugerowanej liczby godzin nauki języka polskiego spotyka się z aprobatą u młodszych dzieci i trudnościami wśród starszej młodzieży.
14. W wielu placówkach nie było wystarczającej liczby miejsc, co powodowało, że polskie dzieci narażone były na trudności i stres związany z procesem rekrutacyjnym. Często proponowanym rozwiązaniem przez przedstawicieli jednostek samorządowych jest stworzenie ścieżki naboru dla uczniów ukraińskich lub rekrutowanie w II naborze.
15. Zdarza się, że niewystarczający przepływ informacji między gminami i starostwami, zwłaszcza kłopoty z dostępem do baz danych, uniemożliwiają sprawną weryfikację prawdziwości dokumentów oraz deklarowanych terminów przekroczenia granicy.
16. Brak przeszkolenia opiekunów tymczasowych. Nie ma wystarczającej znajomości podstaw pedagogiki. Pojawia się chęć pomocy, ale jest nieumiejętna.
17. Znaczącym i bardzo powszechnym problemem jest duża dynamika przyjęć do szkół i rezygnacji z nauki. Znaczenie ma proces formowania klasy, jej spójność, trwałość budowania relacji i więzi. Oprócz trudności natury emocjonalnej pojawiają się problemy z administrowaniem porzuconymi miejscami nauki, które zdobywano eliminując pozostałych uczniów z szansy uczęszczania do wybranej szkoły.
18. W zależności od stopnia zamożności, raczej sporadycznie, pojawiają się konflikty wokół darmowego żywienia dzieci w szkołach.
19. Pojawiają się problemy w kontakcie językowym nauczycieli z rodzicami wiele dzieci pełni w rodzinie

---

<sup>19</sup> <https://asywskole.pl/jak-zatrudniac/pomoc-nauczyciela/>, 20.06.2023 r.



rolę tłumacza.

20. Zdarzają się sytuacje pozostawienia dziecka przez rodziców (np. lekarze lub wojskowi) pod opieką osób trzecich. Nie zawsze jest kontakt z opiekunami i zdarza się, że dzieci pozostają bez opieki. Występują przypadki opieki sprawowanej przez nastolatki nad młodszym rodzeństwem.
21. Ukraiński model wychowania akcentuje mocniej samodzielność i dyscyplinę własną. Pilnowanie nieletnich w hotelach, miejscach noclegowych, gdzie przebywa dużo uczniów, nie wiąże się z obowiązkiem zawiadomienia szkoły o takim stanie rzeczy. Powiadomienie o przebywaniu ucznia w miejscu instytucjonalnym mogłoby zapobiec zachowaniom niepożądanym i skłoniłoby do monitorowania przez szkołę zachowań ucznia.
22. Czas oczekiwania na karty pobytu i brak dokumentów uniemożliwia wyjazdy organizowane przez szkołę, np. Erasmus+, obozy, wymiany międzynarodowe uczniów ukraińskich, którzy przybyli do Polski przed 24.02.2023 roku. Stanowi to potencjalne źródło konfliktów między uczniami ukraińskimi.
23. Uczniowie, którzy kończą szkołę średnią w systemie ukraińskim są w wieku 17 lat. Z jednej strony pozostają poza obowiązkiem nauki, z drugiej strony natomiast, będąc osobami niepełnoletnimi nie mogą wkroczyć w dorosłość.
24. Pozyskanie legitymacji szkolnej staje się czasami rodzajem usprawiedliwienia – „przecież ja się uczę” – w sytuacji legitymowania przez policję lub ewentualnego podejrzenia o pracę na czarno. Jest to problem marginalny, choć istotny z punktu widzenia placówki oświatowej.
25. Przez wiele lat funkcjonował na Ukrainie, dobrze znany również w Polsce, system dokumentów tożsamości w postaci książeczek. Na kartach dokumentu umieszczano wpisy dotyczące dzieci. Można przypuszczać, że było to powód sporadycznego pomijania dzieci przy wnioskach o numer PESEL.

### **2.3. Wnioski i rekomendacje:**

1. Język ukraiński mógłby być traktowany jako język obcy. Dzięki przyjęciu takiego rozwiązania można byłoby zwolnić dzieci ukraińskie z nauki języka obcego i ułatwić naukę z innych przedmiotów, które przy dużym zaangażowaniu w naukę języka polskiego (6 godzin) są traktowane z mniejszą uwagą. Takie rozwiązanie wprowadza język polski jako jedyny język obcy, stąd decyzja o skorzystaniu z możliwości wyboru języka ukraińskiego jako języka obcego nie powinna być obligatoryjna. Wymaga ona także odpowiednio wczesnej deklaracji w perspektywie zdawania egzaminów (np. matura). Brak kontaktu z językiem ojczystym jest częstym zarzutem wobec systemu edukacyjnego w Polsce. Potraktowanie języka ukraińskiego w systemie edukacji jako języka obcego umożliwiłoby zatrudnianie nauczycieli ukraińskich, co pozwoliłoby zainteresować ich pracą w polskim systemie edukacyjnym. Byłoby to rozwiązanie przydatne zwłaszcza w słabo obsadzanych placówkach lub jako wsparcie dla nauczycieli w wieku okołoemerytalnym.
2. Stworzenie Studium Asystentów Kulturowych, których absolwenci mogliby pełnić kluczową rolę w procesie integracji uchodźców. Mają oni szczególne znaczenie w jednorodnej grupie uchodźców.
3. Dobrze widziana byłaby rozbudowa świetlic środowiskowych i stworzenie większej ilości miejsc integracyjnych (integracja przez działania pozajęzykowe np. muzyka). Propozycja domowych przedszkoli/świetlic przedszkolnych jest rozwiązaniem niewykorzystanym, które warto propagować jako narzędzie ułatwiające aktywizację.
4. Warta uwagi jest ochrona praw dzieci, które mogą wchodzić w zbyt głęboką relację z opiekunem.
5. Modyfikacja SIO o rubryki ze szczegółowymi danymi na temat dzieci ukraińskich.

6. Poszerzanie świadomości na temat choroby alkoholowej. Wiele dzieci z rodzin ukraińskich ma w systemie rodzinnym czynnych alkoholików, stąd koniecznym wydaje się poszerzenie świadomości na temat choroby alkoholowej, zagrożeń jakie ze sobą niesie, skutków, które pozostawia oraz trudności, które pojawić się mogą dla osób trzecich. Syndrom DDA (Dorośle Dziecko Alkoholika) może wymagać działań terapeutycznych już na wczesnym etapie wśród dorastającej młodzieży.
7. Ułatwienie pozyskiwania stopni awansu zawodowego dla nauczycieli z Ukrainy. Tracimy możliwość uzupełnienia niedoborów kadry pedagogicznej, ponieważ wielu dobrych nauczycieli, szczególnie przedmiotów ścisłych, nie decyduje się na kontynuowanie wykonywania zawodu w Polsce.
8. „Kąpiel językowa” (total immerison) – wiele działań ukierunkowanych jest na powolne przyswajanie języka, jednak w okolicznościach komfortowych można zaproponować intensywną naukę przez czasowe odseparowanie od języka ojczystego.
9. Uregulowanie kwestii statusu (oryginały, odpisy, kopie) niezbędnych dokumentów w procesie rekrutacji. W aktualnej praktyce przyjęcia do placówek oświatowych odbywają się na podstawie kserokopii dokumentów lub w ogóle przy braku informacji o uczniu i jego dotychczasowych ocenach, co utrudnia później wydanie świadectwa maturalnego.
10. Przygotowanie obszernych narzędzi ankietowych, które umożliwią sprawne kierowanie dziećmi i młodzieżą do placówek odpowiadających ich możliwościom i zainteresowaniom.
11. Wsparcie w wyposażeniu uczniów ukraińskich w pomoce naukowe na poziomie edukacji ponadpodstawowej oraz przyjęcie praktyki, by zasób biblioteczny był wypożyczany na semestr dla wszystkich uczniów.
12. Zapoznanie z systemem edukacji przez możliwość partycypowania w praktycznych zajęciach (szkoły branżowe). W kontekście faktu, że wielu młodych Ukraińców nie potrafi znaleźć własnej drogi rozwoju, zwłaszcza w obcym kraju, warto wzmocnić działania doradcze, które są związane z wyborem zawodu. Rezygnując ze szkoły uchodźcy pozbawiają się możliwości zdobycia odpowiedniego zawodu i wykorzystania swojego potencjału.
13. Postulat tworzenia listy osób, które rezygnują ze szkół bez informacji, że nauka nie będzie kontynuowana. Możliwość zapisania do kolejnej szkoły byłaby uwarunkowana złożeniem oświadczenia o przyczynach porzucenia poprzedniej placówki. Stworzenie wzorów deklaracji wpisania i wypisania dziecka ze szkoły oraz upowszechnienie ich jako obowiązku spoczywającego na rodzicach lub prawnych opiekunach dziecka.
14. Nadzór w aspekcie ilości przekroczeń granicy z Ukrainą przez nieletnich w trakcie roku szkolnego. Ten rodzaj „turystyki” obniża frekwencję, a w efekcie zniechęca do nauki. Otrzymywane później oceny niedostateczne powodują potrzebę wsparcia psychologicznego i pedagogicznego, demotywią pozostałych uczniów. Zobligowanie opiekunów do składania wyjaśnień, gdy ilość wyjazdów utrudnia naukę.
15. Organizowanie inicjatyw spełniających funkcje integrujące, edukacyjne i terapeutyczne, takich jak: wycieczki, wyjazdy plenerowe, półkolonie, pozalekcyjne formy spędzania czasu.
16. Inwestowanie we wspólne wydarzenia związane z nauką i kulturą, jak np. polsko-ukraińskie koncerty i polsko – ukraińskie akcje charytatywne. Tego typu projekty dobrze spełnią funkcję profilaktyczną w aspekcie potencjalnych konfliktów społecznych.

## Liczba uczniów w oddziale ogółem

Typ	Razem
Branżowa szkoła I stopnia	338
Centrum Kształcenia Zawodowego	8
Liceum ogólnokształcące	1278
Liceum sztuk plastycznych	6
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna I stopnia	1
Ogólnokształcąca szkoła muzyczna II stopnia	2
Ośrodek Rewalidacyjno-Wychowawczy	14
Placówka Kształcenia Ustawicznego - bez szkół	4
Placówka Kształcenia Ustawicznego ze szkołami	25
Poradnia psychologiczno-pedagogiczna	9
Przedszkole	3942
Punkt przedszkolny	124
Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy	11
Szkoła muzyczna I stopnia	44
Szkoła muzyczna II stopnia	6
Szkoła podstawowa	13282
Szkoła policealna	902
Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy	2
Technikum	755
<b>Łączna suma</b>	<b>20753</b>

Dane na 11.04.2023 r. dotyczące Dolnego Śląska pozyskane z systemu SIO.

### Liczba uczniów w oddziale ogółem

Powiat	Razem
bolesławiecki	696
dzierżoniowski	397
głogowski	388
górowski	36
jaworski	195
kamiennogórski	167
karkonoski	417
Kłodzki	650
legnicki	115
lubański	262
lubiński	424
lwówecki	174
m. Jelenia Góra	656
m. Legnica	1346
m. Wałbrzych	530
m. Wrocław	8485
Milicki	172
oleśnicki	522
Oławski	803
polkowicki	194
strzeliński	164
Średzki	338
świdnicki	951
trzebnicki	459
wałbrzyski	176
wołowski	217
wrocławski	1035
ząbkowicki	192
zgorzelecki	371
złotoryjski	221
<b>łącznie suma</b>	<b>20753</b>

Dane na 11.04.2023 r. dotyczące Dolnego Śląska pozyskane z systemu SIO.

## 3. Rynek pracy

### 3.1. Kontekst prawny i ogólna charakterystyka

Istotnym kontekstem prawnym rynku pracy Dolnego Śląska, w aspekcie uchodźców z Ukrainy, są następujące akty prawne:

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy o (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 735 ze zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 18 lipca 2022 r. w sprawie zezwoleń na pracę i oświadczeń o powierzeniu wykonywania pracy cudzoziemcowi (Dz.U. z 2022 r., poz. 1558)
3. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zmieniającego rozporządzenie w sprawie przypadków, w których powierzenie wykonywania pracy cudzoziemcowi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest dopuszczalne bez konieczności uzyskania zezwolenia na pracę (Dz. U. z 2021, poz. 2291)
4. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 grudnia 2017r. w sprawie państw, do których obywatele stosuje się niektóre przepisy dotyczące zezwolenia na pracę sezonową oraz przepisy dotyczące oświadczenia o powierzeniu wykonywania pracy cudzoziemcowi (Dz.U. 2017r., poz. 2349 ze zm.)
5. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 grudnia 2017 r. w sprawie podklas działalności według klasyfikacji PKD, w których wydawane są zezwolenia na pracę sezonową cudzoziemca (t.j. Dz.U. z 2019r., poz.1845).
6. Ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (t.j. Dz.U. z 2023r., poz.103 z późn. zm.)
7. Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o cudzoziemcach oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2022 r. poz. 91)
8. Ustawa z dnia 12 grudnia 2013 o cudzoziemcach (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 519 ze zm.)
9. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 kwietnia 2020 r., w sprawie rejestracji bezrobotnych i poszukujących pracy (Dz. U. z 2020 r., poz. 667).

Dokumentem wykonawczym, określającym politykę migracyjną w Polsce jest „Polityka migracyjna Polski - kierunki działań 2021-2022”. Dokument zawiera 6 rozdziałów, które są poświęcone takim zagadnieniom, jak: legalna migracja, nielegalna migracja, ochrona cudzoziemców, integracja cudzoziemców, migracje Polaków oraz europejski wymiar polityki migracyjnej. Jednym z kluczowych problemów, przywołanego powyżej dokumentu, jest uzupełnienie niedoboru na rynku pracy i zapewnienie znaczącego udziału cudzoziemców o wysokich kwalifikacjach, jak i robotników wykwalifikowanych, ze szczególnym uwzględnieniem sąsiedztwa wschodniego, z uwagi na bliskość językową i kulturową.

Jeszcze przed rozpoczęciem działań wojennych na Ukrainie 29 stycznia 2022 roku w Polsce weszła w życie ustawa z dnia 17 grudnia 2021 roku o zmianie ustawy o cudzoziemcach oraz niektórych innych ustaw. W dokumencie zostały wprowadzone zmiany dotyczące zezwolenia na pobyt czasowy u pracę. Jedno z uregulowań dotyczyło rezygnacji z konieczności dokumentowania miejsca zamieszkania cudzoziemca (np. przedstawiania umowy najmu). Jest to jeden z problematycznych zapisów skutkujący utrudnieniami w długoterminowej perspektywie prowadzenia działań integracyjnych, choć jego wprowadzenie było korzystne z punktu widzenia procesu przyjmowania uchodźców wojennych.

Przytoczone akty prawne stanowią kontekst istotny dla odbioru tekstu. Stanowią jedynie część uregulowań prawnych dotyczących omawianego tematu.

1. Na skutek konfliktu zbrojnego na Ukrainie powstała ustawa specjalna z dnia 12 marca 2022 roku, działająca z mocą od 24 lutego 2022 roku, o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa. Ustawa reguluje między innymi zapisy dotyczące legalizacji pobytu w Polsce oraz tworzy szereg ułatwień związanych z zatrudnieniem Ukraińców. Art. 22 ust. 1 pkt 2 wspomnianej ustawy wprowadza dla wszystkich obywateli Ukrainy, przebywających legalnie na terenie Polski, uprawnienie do wykonywania pracy na terytorium RP pod warunkiem powiadomienia powiatowego urzędu pracy w terminie 14 dni za pośrednictwem systemu praca.gov.pl. Ustawa wprowadziła zwolnienie z obowiązku pozwolenia na pracę wszystkich obywateli Ukrainy przebywających legalnie w Polsce, jak również umożliwiła podejmowani i wykonywanie działalności gospodarczej na terytorium PR na takich zasadach jak obywatele Polski. To uprawnienie jest warunkowane przyznaniem numeru PESEL.
2. Ponadto uregulowana została sytuacja Ukraińców pracujących przy zbiorach. Zgodnie z art. 40 wyżej wymienionej ustawy w przypadku Ukraińca przebywającego legalnie w Polsce na podstawie art. 2 ust. 1 łączny czas świadczenia pomocy przy zbiorach chmielu, owoców, warzyw, tytoniu, ziół i roślin zielarskich na podstawie umów o pomocy przy zbiorach, o którym mowa w art. 91c ust. 1 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2022 r. poz. 933, 1155 i 2140), ulega przedłużeniu z mocy prawa na okres tego pobytu.
3. Szczególne zapisy zostały poświęcone dofinansowaniu, z Funduszu Pracy, szkoleń z języka polskiego dla: lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych.
4. Ułatwienia w dostępie do rynku pracy dotyczą również zatrudniania na stanowiskach pomocniczych i obsługi w jednostkach wymienionych w art. 2. Ustawy z dnia 21 listopada 2008 roku o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2022 r. poz. 530).
5. Obywatele Ukrainy przebywający legalnie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej mogą być zatrudniani na stanowisku pracy, na którym wykonywana praca nie polega na bezpośrednim lub pośrednim udziale w wykonywaniu władzy publicznej i funkcji mających na celu ochronę generalnych interesów państwa w urzędach, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 16 września 1982 roku. o pracownikach urzędów państwowych.
6. Ułatwienia dotyczą również górników, którzy mogą ubiegać się o uzyskanie decyzji w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych do wykonywania górniczych zawodów regulowanych na Ukrainie. W tym przypadku zastosowanie mają przepisy z dnia 22 grudnia 2015 roku o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1646 oraz z 2022 r. poz. 1616).

DOLNOŚLĄSKIE, marzec 2023 r.	
Ludność (stan na 30.06.2022 r.)	2892,1 tys. ↓
Bezrobotni zarejestrowani	56,6 tys. ↓
Stopy bezrobocia	4,7%↓
Przeciętne zatrudnienie w sektorze przedsiębiorstw	503,9 tys. ↑
Przeciętne wynagrodzenie brutto w sektorze przedsiębiorstw	7627,68 zł ↑

<https://wroclaw.stat.gov.pl/wojewodztwo/>

## Co czyni Dolny Śląsk atrakcyjnym miejscem pracy?

1. Dostęp do rozwoju cywilizacyjnego, który charakteryzuje region.
2. Podobieństwo kulturowe i językowe.
3. Bliskość geograficzna i dobre połączenie z Ukrainą umożliwiające prowadzenie działalności gospodarczej w dwóch krajach.
4. Członkostwo w UE, które pozwala na swobodną wymianę towarów i usług nie tylko w granicach Polski.
5. Znaczna migracja przedwojenna ułatwiająca aklimatyzację i rozpoczęcie działalności gospodarczej.
6. Wsparcie instytucjonalne dla migrantów oferowane przez Polskę
7. Chęć ucieczki przed korupcją<sup>20</sup>.
8. Społeczeństwo ludzi życzliwych, przyjaznych, gotowych do pomocy.

Według danych pochodzących z ZUS wśród 103 612 ubezpieczonych obcokrajowców w województwie dolnośląskim 82 957 (2021 – 66 638) to obywatele Ukrainy.

- 57,4 tys. (2021 – 45,4 tys.) jest zatrudnionych w firmach podlegających pod wrocławski oddział ZUS,
- 15,2 tys. (2021 – 12 543) pod wałbrzyski,
- 10,2 tys. (2021 – 8 653) pod oddział w Legnicy<sup>21</sup>.

### Pracownicy i firmy:

- ilość pracujących cudzoziemców 1 067 203 (2021 – 871 703), w tym 753 308 to obywatele Ukrainy (2021 – 634 941).

-ilość firm prowadzonych przez cudzoziemców 28 291 (w 2021 – 23 556).

### Dane na Dolny Śląsk – pracownicy:

- ilość pracujących cudzoziemców 103 612 (2021 – 83 047), w tym:
  - na terenie wrocławskiego oddziału ZUS: 73 591 (2021 – 57 166)
  - na terenie wałbrzyskiego oddziału ZUS: 17 793 (2021 – 15 294)
  - na terenie legnickiego oddziału ZUS: 12 228 (2021 – 10 587)
- Obywatele Ukrainy na Dolnym Śląsku: 82 957 (2021 – 67 035), w tym:
  - na terenie wrocławskiego oddziału ZUS: 57 494 (2021 – 45 012)
  - na terenie wałbrzyskiego oddziału ZUS: 15 231 (2021 – 13 243)
  - na terenie legnickiego oddziału ZUS: 10 252 (2021 – 8 780)

### Firmy prowadzone przez cudzoziemców w Polsce i na Dolnym Śląsku:

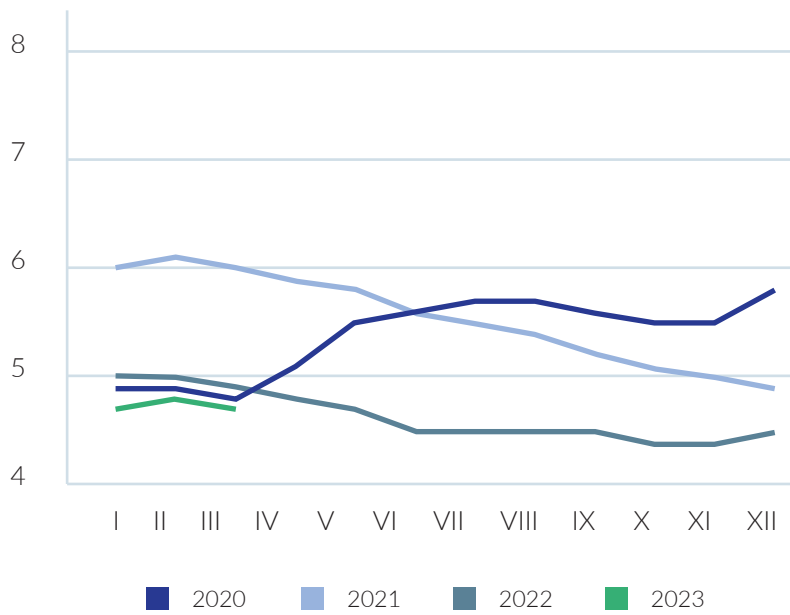
- Kraj: 28 291 (2021 – 23 556), w tym przez obywateli Ukrainy 9 065 (2021 – 6 803)
- Dolny Śląsk: 3058 (2021 – 2441), w tym przez obywateli Ukrainy 1 319 (2021 – 968)

### Firmy prowadzone przez obcokrajowców na Dolnym Śląsku:

- na terenie wrocławskiego oddziału ZUS: 2 383 (2021 – 1 811)
- na terenie wałbrzyskiego oddziału ZUS: 391 (2021 – 378)
- na terenie legnickiego oddziału ZUS: 284 (2021 – 252)”

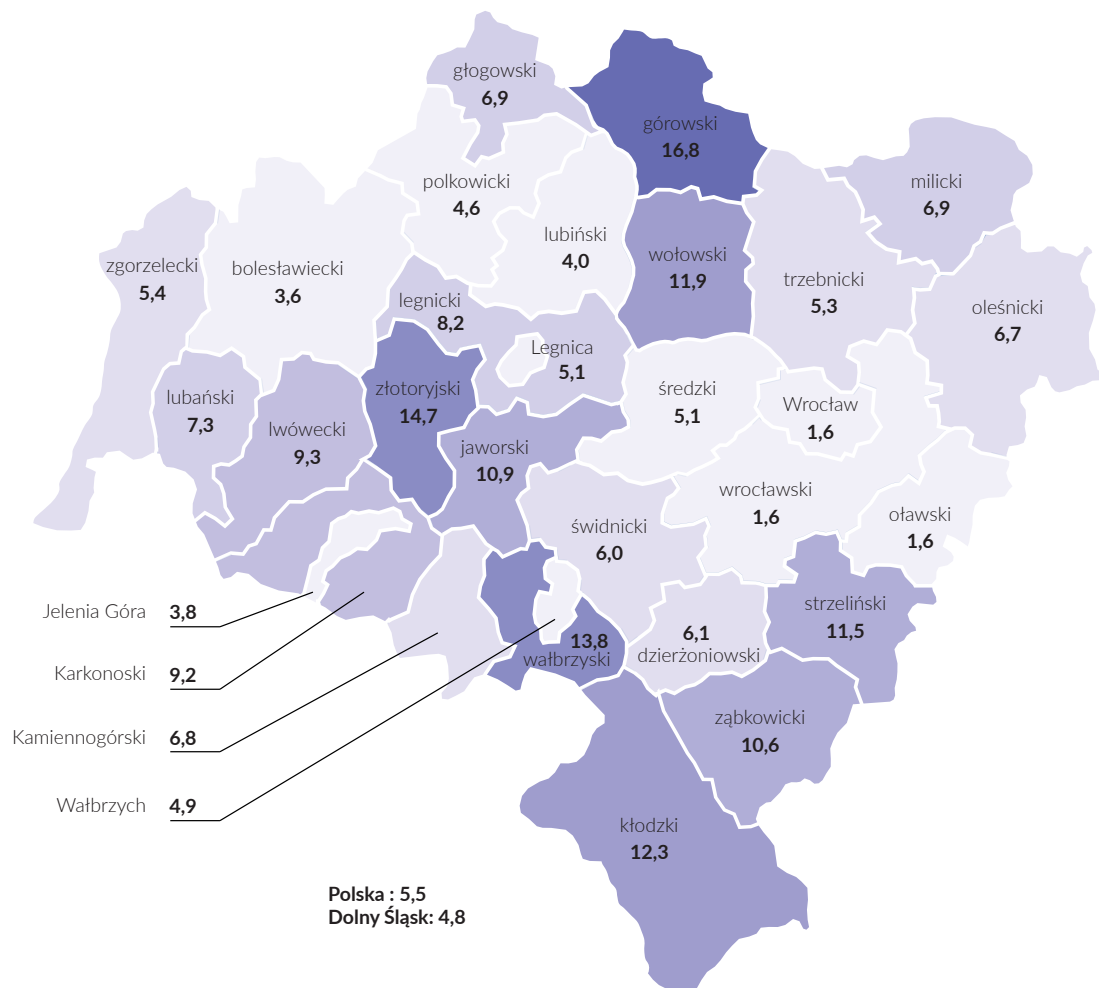
<sup>20</sup> <https://www.newsweek.pl/polska/juz-co-dziesiaty-mieszkaniec-wroclawia-to-ukrainiec-co-miesiac-przyjezdza-kolejne-5/5v5mqx8>, 20.06.2023 r.

<sup>21</sup> <https://radiogra.pl/dolny-slask-atrakcyjnym-rynkiem-pracy-ilu-obcokrajowcow-pracuje-we-wroclawiu.html>, 12.01.2023 r.



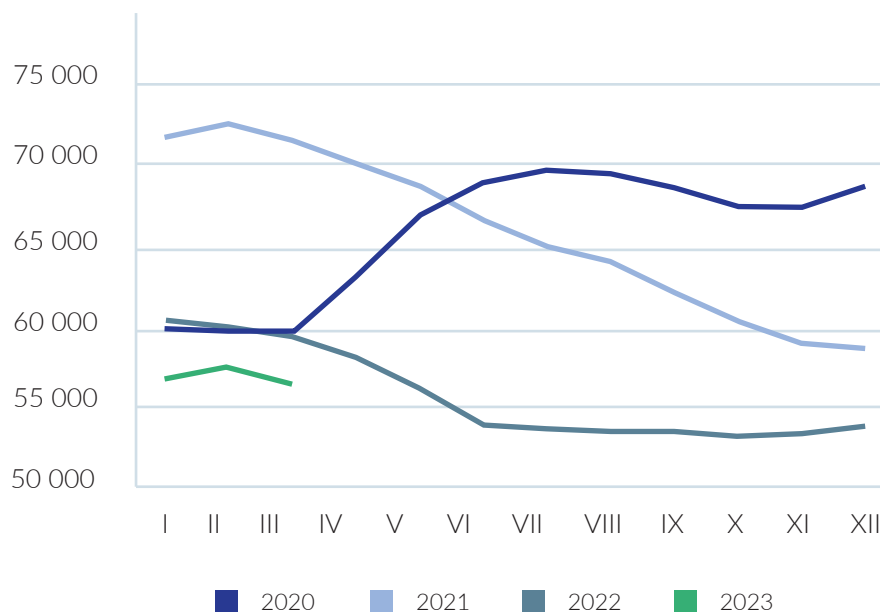
### Stopa bezrobocia

2021	6,0	6,1	6,0	5,9	5,8	5,6	5,5	5,4	5,2	5,1	5,0	4,9
2022	5,0	5,0	4,9	4,8	4,7	4,5	4,5	4,5	4,5	4,4	4,4	4,5
2023	4,7	4,8	4,7									



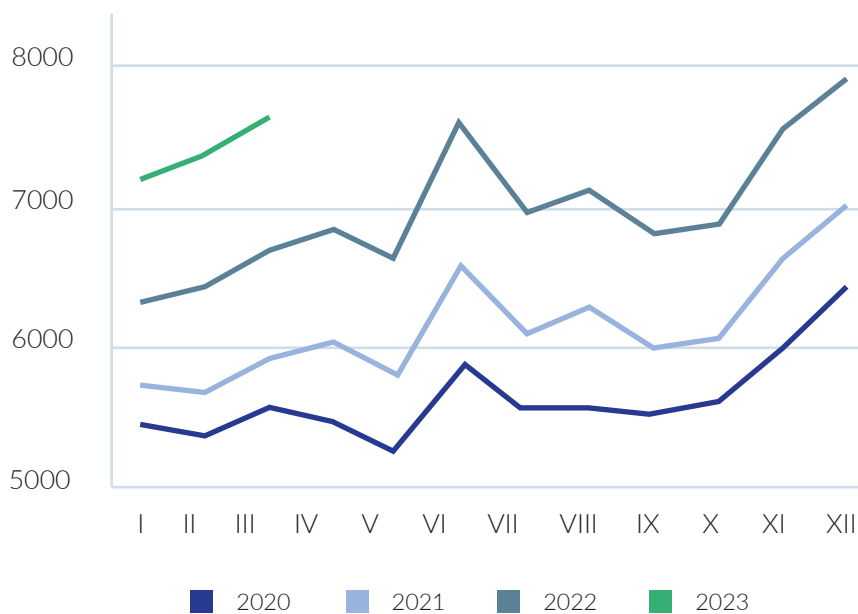


## Bezrobotni zarejestrowani w województwie dolnośląskim



2021	71848	72724	71665	70352	68861	66714	65115	64174	62242	60430	59150	58738
2022	60454	60138	59518	58291	56308	54037	53800	53647	53599	53259	53437	53952
2023	56862	57549	56607									

## Przeciętne wynagrodzenie w województwie dolnośląskim w zł



<https://wroclaw.stat.gov.pl/województwo/>

## Problematyka uchodźców

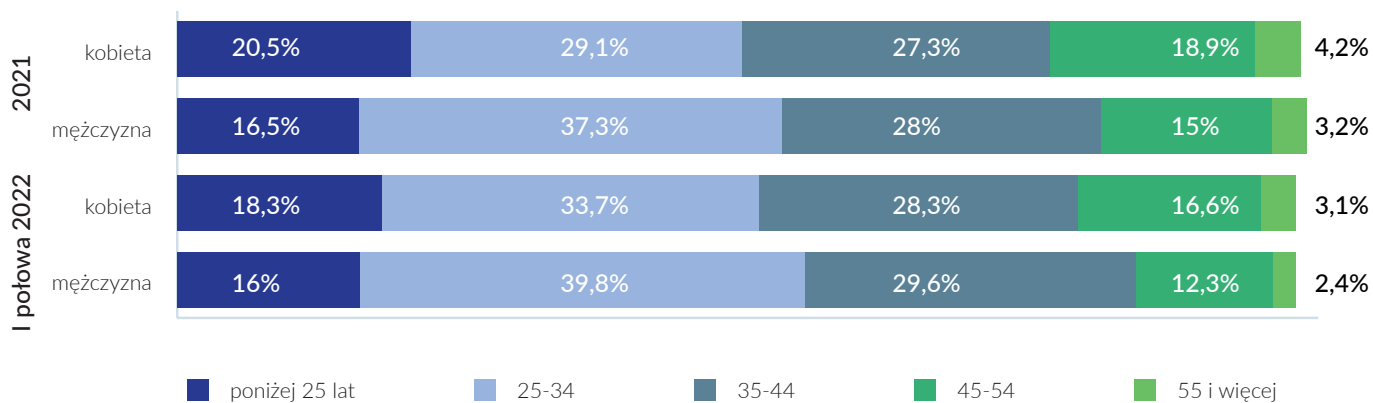
Tabela 4. Liczba osób zarejestrowanych w rejestrze obywateli Ukrainy i członków ich rodzin, którym nadano status cudzoziemca na podstawie specustawy w województwie dolnośląskim (stan na 11.09.2022 r.)

Powiat	Kobiety	Mężczyźni	Razem
bolesławiecki	3065	1179	4244
dzierżoniowski	2392	974	3366
głogowski	1339	577	1916
górowski	570	213	783
jaworski	1353	581	1934
karkonoski	3200	1253	4453
kamiennogórski	1057	359	1416
kłodzki	3833	1704	5537
legnicki	2712	1054	3766
lubański	1193	479	1672
lubiński	2077	911	2988
lwówecki	921	395	1316
milicki	970	389	1359
oleśnicki	3454	1551	5005
oławski	3613	1573	5186
polkowicki	1010	414	1424
strzeliński	1192	457	1649
średzki	2273	877	3150
świdnicki	4183	1816	5999
trzebnicki	3402	1300	4702
wałbrzyski	1877	759	2636
wołowski	1268	476	1744
wrocławski	6198	2622	8820
ząbkowicki	1225	548	1773
zgorzelecki	1675	700	2375
złotoryjski	1011	425	1436
Jelenia Góra	2264	949	3213
Legnica	2710	1178	3888
Wrocław	36373	16037	52410
Wałbrzych	1582	618	2200
<b>Razem</b>	<b>99992</b>	<b>42368</b>	<b>142360</b>

Najliczniejsze grono osób, które otrzymały zezwolenie na pracę, było w wieku od 25 do 34 lat, kolejna grupa dotyczyła przedziału wiekowego od 35 do 44 lat, a najrzadziej zezwolenia wydawano osobom powyżej 55 roku życia.

Dane wskazują na znacznie mniejsze zainteresowanie pracą wśród pokolenia kultywującego tradycyjny model rodziny.

Liczba zezwoleń na pracę cudzoziemca wydanych w 2021 roku, oraz I połowie 2022 roku w województwie dolnośląskim – według wieku i płci prezentuje się następująco:



Źródło: opracowanie PUP własne na podstawie danych Departamentu Rynku Pracy MRPIPS (sprawozdania MR-PIPS-04)

Trzy główne obszary zatrudnienia lub prowadzonej działalności, to: przetwórstwo przemysłowe 33,3%, działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją 26,4%, transport i gospodarka magazynowa 13,1%, dostawa wody; gospodarowanie ściekami i odpadami oraz działalność związana z rekultywacją 12,9%, opieka zdrowotna i pomoc społeczna 5,4%, edukacja 3,8%, inne 5,1%.

### Wsparcie

Na Dolnym Śląsku podjęto szereg działań wspierających uchodźców w podjęciu zatrudnienia. Przykładowo w Powiatowym Urzędzie Pracy we Wrocławiu powstał punkt informacyjny, w którym uchodźcy mogli pozyskać najpotrzebniejsze informacje dotyczące rynku pracy. Agencja Rozwoju Aglomeracji Wrocławskiej i Fundacja Ukraina opracowały ulotki z kodem QR ułatwiającym odnalezienie w Internecie Centralnej Bazy Ofert Pracy.

Uruchomiono szereg projektów wspierających imigrantów: „Wsparcie działań Wojewody Dolnośląskiego w obszarze obsługi obywateli państw trzecich”, „Wsparcie obywateli państw trzecich zamieszkałych na Dolnym Śląsku”, „Wiem, zatrudniam, zyskuje”, „reSTART”, „Praca bez granic”. Warty szczególnej uwagi i docenienia, jako jeden z najważniejszych podmiotów intensywnie wspierających cudzoziemców, jest Fundacja Ukraina.

## 3.2. Diagnoza wyzwań i potrzeb

### Znaczenie pracy

Podjęcie pracy przez imigrantów jest postrzegane jako ważny krok ku samodzielności. W przypadku imigrantów ukraińskich przybyłych do Polski po 24 lutego 2022 roku można uznać, że jest to jeden z kolejnych etapów na drodze do unormowania sytuacji życiowej. Faktycznym, pierwszym krokiem jest uregulowanie sytuacji prawnej i mieszkaniowej - nawet jeśli jest to miejsce czasowe i niezwiązane z możliwością długoterminowego pobytu.

Według charakterystyki postaw, z jakimi spotkali się pracownicy nadzorujący miejsca czasowego pobytu, relacji osób odpowiedzialnych za obsługę instytucjonalną, przedstawicieli organizacji pozarządowych oraz własnych obserwacji, w społecznościach lokalnych można naszkicować trzy główne typy postawy:

- Postawa aktywna, którą charakteryzuje wola współpracy z otoczeniem i chęć uzyskania samodzielności w możliwie krótkim czasie. Pobyt w Polsce określany jest jako szansa na spokojny byt, doceniany jest wyższy standard życia, możliwość zapewnienia rodzinie lub bliskim bezpiecznej przyszłości

i wizja stabilizacji. Trzeba przyznać, że ta grupa jest najliczniejsza, ponieważ według badań ponad 82% dorosłych Ukraińców odnalazło swoje miejsce na rynku pracy.

- Postawa bierna, czyli rodzaj zachowania, w którym eksponowany jest przymus opuszczenia kraju jako czynnik zewnętrzny, nie wyływający z indywidualnej chęci zmiany miejsca i sposobu życia, usprawiedliwiający niechęć do organizowania codziennych obowiązków w aktualnym miejscu pobytu. Charakteryzuje ją duże poczucie tymczasowości i niechęć do nawiązywania kontaktów z otoczeniem. Demonstrowane postawy wiążą się z negacją sytuacji, w której znajduje się uchodźca. Można zaobserwować skrajne zachowania, czyli od apatii, obniżonego nastroju, aż po problemy dostosowawcze związane ze krańcowo rozwiniętą postawą roszczeniową. Warto nadmienić, że pojawiają się dość rzadko.
- Postawa niezdecydowana, która manifestuje się poprzez dużą zależność uchodźców od rozwiązań płynących ze strony organizatorów miejsca pobytu tymczasowego. Brak decyzyjności związany jest z potrzebą poznania otoczenia, pogodzeniem się z koniecznością wprowadzenia radykalnych zmian do dotychczasowego stylu życia i realną lub sztucznie podtrzymywaną wizją możliwości powrotu do Ukrainy. Chętnie realizowany jest model rozwiązań tymczasowych, zapewniających optymalizację wysiłków wobec możliwości ponownej zmiany miejsca zamieszkania. W tym przypadku podejmowane są działania zapewniające status-quo. Oferta staży pracy jest przyjmowana jako wyraz realizacji oczekiwanego minimum aktywności i sposób na zapewnienia sobie dotychczasowych warunków życia.

### **Model kulturowy – aktywność zawodowa kobiet**

Po agresji rosyjskiej na Ukrainę można mówić o silnie sfeminizowanej migracji. Miała ona charakter mieszany, choć daje się zauważyć dwie tendencje, których cezurą był rok 2015. Do tego czasu większość pozwoleń o pobyt stały składały kobiety (63%), natomiast wskutek pogorszenia warunków gospodarczych na Ukrainie oraz zmiany przepisów ułatwiających otworzenie rynku pracy po 2015 roku można mówić o dominacji mężczyzn w migracji zarobkowej. W 2021 roku odsetek kobiet, które otrzymały zezwolenia na pracę na Dolnym Śląsku był najwyższy w kraju i wynosił 31,2 %. Tylko w pierwszej połowie 2022 roku ten odsetek wynosił 22,4 %. Z kolei ostatnia fala migracji wojennej ma charakter zdecydowanie sfeminizowany.

Zgodnie z danymi przedstawianymi na dzień 11 września 2022 roku, na podstawie specustawy liczba osób zarejestrowanych w rejestrze obywateli Ukrainy wynosiła 142360, a wśród nich 70,2 % to kobiety. Najliczniejsza grupa Ukraińców, w liczbie 52 410 osób, uzyskała status cudzoziemca we Wrocławiu, co stanowiło 36,8% ogółu zarejestrowanych.

Tabela 6. Liczba zezwoleń na pracę cudzoziemca wydanych w 2021 r. oraz I półroczu 2022 r. – według płci

Województwo	Ogółem	Kobieta	Odsetek kobiet	Ogółem	Kobieta	Odsetek kobiet
dolnośląskie	44579	13927	31,2%	15671	3512	22,4%
kujawsko-pomorskie	30095	8389	27,9%	11913	2286	19,2%
lubelskie	27378	3614	13,2%	13004	1343	10,3%
lubuskie	13935	3259	23,4%	7130	1697	23,8%
łódzkie	34894	9761	28,0%	16641	3791	22,8%
małopolskie	32359	6210	19,2%	12131	1924	15,9%
mazowieckie	90962	22472	24,7%	37969	6799	17,9%
opolskie	8726	1947	22,3%	3429	667	19,5%
podkarpackie	7414	908	12,2%	2590	232	9,0%
podlaskie	13511	2244	16,6%	6959	744	10,7%
pomorskie	38668	11420	29,5%	17377	4129	23,8%
śląskie	54315	12909	23,8%	20085	3858	19,2%
świętokrzyskie	9036	1450	16,0%	3650	410	11,2%
warmińsko-mazurskie	6304	1555	24,7%	2510	349	13,9%
wielkopolskie	74558	19708	26,4%	30611	6587	21,5%
zachodniopomorskie	17438	4751	27,2%	8528	1984	23,3%
<b>Razem</b>	<b>504172</b>	<b>124524</b>	<b>24,7%</b>	<b>210198</b>	<b>40312</b>	<b>19,2%</b>

### **Bariery początkowe**

Często wskutek konieczności wyżywienia rodziny dochodzi do emancypacji ekonomicznej kobiet i przejęcia roli żywicielki, stopniowego uzyskania niezależności finansowej i podmiotowości na rynku pracy. W nawiązaniu do barier trudnych do pokonania dla wielu nieaktywnych zawodowo kobiet, wspomnieć należy o grupie zaradnych i zorganizowanych imigrantek, które pokonały opisywane poniżej bariery i niejednokrotnie przełamały etnostereotyp na temat Ukrainek zajmujących się pracami nie wymagającymi wysokich kwalifikacji. Warto podkreślić jeszcze raz, że stanowią one zdecydowaną większość wśród imigrantów.

Początkowe doświadczenia związane z poszukiwaniem pracy charakteryzują się czterema rodzajami trudności, pozornie mało istotnych, ale ostatecznie stanowiących realną barierę do pokonania dla osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej. Wymienione poniżej bariery dotyczą zarówno mężczyzn jak i kobiet.

- **Narażenie na niebezpieczeństwo:** oszustwa związane z pomocą w załatwieniu spraw urzędowych (często bezpłatnych), wyłudzenia (fałszywe agencje pracy), nielegalne propozycje zarobkowania, zatrudnianie w warunkach wyzysku, handel ludźmi.
- **Trudności w odnalezieniu się na rynku pracy:** pauperyzacja w okresie przejściowym lub średnio-terminowym, praca poniżej kwalifikacji, konieczność pracy za zaniżone stawki, praca w trudnych warunkach, długotrwały proces uznawania kompetencji zawodowych i wykształcenia pozyskanego w kraju pochodzenia (koszt, termin).

- Trudności natury psychicznej: obciążenie zobowiązaniami względem osób, które zostały na Ukrainie, niepewność o los osób bliskich pozostających na Ukrainie, stres lub trauma związana z opuszczeniem dotychczasowego miejsca zamieszkania, stres związany z koniecznością dostosowania do nowych warunków bytowych, tęsknota za krajem pochodzenia, opieka nad dziećmi.
- Uwarunkowania kulturowe: na Ukrainie często spotykany jest tradycyjny model podziału ról w rodzinie, oparty na realizacji obowiązków domowych głównie przez kobiety oraz podjęciu roli żywiciela rodziny przez mężczyznę. Ten model funkcjonowania rodziny jest zgoła odmienny od powszechnego w Polsce. Wiele kobiet mieszkających do czasu inwazji rosyjskiej na Ukrainie nie podejmowało pracy zarobkowej, a jedynym żywicielem rodziny był mąż bądź partner. Wieloletni brak aktywności zawodowej, bariera językowa i niezajomość polskiego rynku pracy stanowią trudność w podjęciu decyzji o jakimkolwiek zaangażowaniu zawodowym (staż w Urzędzie Pracy, praca tymczasowa lub na zlecenie).

**Integrowanie imigrantów za pośrednictwem rynku pracy** jest jednym ze sposobów włączania do życia społecznego i ekonomicznego. Jakość miejsc pracy i okoliczności włączania do rynku pracy odgrywają ważną rolę w procesie integracji. Istnieją różnego rodzaju sposoby wsparcia, które można podzielić na:

- szkolenia z zakresu różnic kulturowych;
- wzmocnienie kompetencji zawodowych i umiejętności miękkich;
- dostarczanie informacji i doradztwo;
- budowanie kompetencji w zakresie przeciwdziałania dyskryminacji w miejscu pracy;
- dostosowanie środków do potrzeb na rzecz integracji w danym miejscu pracy;
- systemy zachęt do podejmowania lub zapewniania zatrudnienia;
- wsparcie dla samozatrudnienia.

#### **Potrzeby i wyzwania migrantów:**

- Rozwój kompetencji językowych w 3 etapach (poziom podstawowy – obligatoryjny oraz średni i zaawansowany – opcjonalne, zakończone certyfikatem ułatwiającym pozyskanie pracy).
- Stworzenie miejsc praktyk zawodowych przystosowanych dla osób, które uczą się języka obcego (polskiego).
- W pierwszym etapie pobytu, gdy nie można mówić o znajomości języka, szczególnie ważne są proste prace, które nie wymagają wielu interakcji komunikacyjnych. Zalicza się do nich: roboty publiczne (lasy, parki, ścieżki dydaktyczne), prace fizyczne, prace manualne.
- Stworzenie szerokiej oferty testów kwalifikacyjnych dla różnych grup zawodowych – zwłaszcza w zawodach deficytowych.
- Potrzeba ułatwienia dostępu do nauki języka specjalistycznego, umożliwiająca podjęcie pracy w zawodzie wyuczonym lub zbliżonym do niego.
- Dalsze wsparcie w adaptacjach do potrzeb rynku pracy - znajomość prawnych aspektów zatrudnienia (legalizacja zatrudnienia, ubezpieczenie, prawa pracownicze), analiza kwalifikacji i rozwój zawodowy, informacje na temat warunków pracy w Polsce.
- Zindywidualizowany długotrwały kontakt umożliwia przekazywanie informacji jako zabezpieczenie przed nadużyciami, ale także działania motywujące. W wielu przypadkach sprawdza się kontakt bezpośredni i średnioterminowe wsparcie, stąd potrzeba konsultantów powiatowych lub mentorów

współpracujących z uchodźcami. Osoby będące w stałym kontakcie z uchodźcami nawiązują z nimi głębszą relację, ważną dla zbudowania poczucia bezpieczeństwa.

- Wzmocnienie kontroli nad sposobem funkcjonowania agencji pracy.

### **Potrzeby i wyzwania społeczności lokalnych**

- Potrzeba podnoszenia świadomości dotyczącej różnic kulturowych i zapoznawania się uchodźców z kulturą polską.
- Potrzeba, by wprowadzanie nowych możliwości na rynku pracy oferowanych uchodźcom połączone było z informacją, że działania te są zgodne z przepisami prawnymi o braku różnicowania w dostępie do rynku pracy. Działania ekskluzywne, skierowane wyłącznie do migrantów wojennych dotyczą głównie nauki języka lub pomocy w tłumaczeniu dokumentów, jednak bywają podstawą formułowania nieprawdziwych opinii na temat dostępu do rynku pracy.
- Nadzór nad pracą nieletnich jest obszarem wymagającym dodatkowego zaangażowania państwa. Możliwość podejmowania pracy przez osoby nieletnie koliduje z nauką w szkołach ponadpodstawowych.
- Trudnością w aktywizowaniu zawodowym uchodźców okazał się obowiązek uiszczania opłat za miejsca instytucjonalne. Sąsiedztwo osób zwolnionych z opłat za mieszkanie pogarszało morale i nie służyło zwiększeniu aktywności zawodowej. Było wręcz przeciwnie, ponieważ te osoby, które pracują, są w opinii pozostałych „karane” za uczciwe wnoszenie opłat.
- Obawy osób decyzyjnych (zarówno u pracodawców jak i w urzędach) dotyczących przyszłych drobiazgowych kontroli realizacji przepisów, które zawierają w sobie elementy uznaniowości.
- Rejestracja w Powiatowych Urzędach Pracy jest dobrowolna, a w rozumieniu społeczności ukraińskiej nie rodzi znaczących konsekwencji, ponieważ Ukraińcy mają zapewnione ubezpieczenie zdrowotne. Jest to jeden z ważniejszych czynników mobilizujących do rejestracji jako osoba bezrobotna. W związku z tym potrzebne są dodatkowe działania aktywizujące.
- Potrzeba dodatkowych bodźców aktywizujących, ponieważ część Ukraińców mieszkających w miejscach instytucjonalnych dobrze czuje się pozostając pod opieką OPS-ów i nie planuje zmiany sposobu funkcjonowania. Współtworzenie pomocy socjalnej i programów wsparcia zawodowego przez osoby będące imigrantami może stanowić dodatkowy czynnik mobilizujący.

### **3.3. Wnioski i rekomendacje**

1. Utworzenie narzędzi szybkiego dostępu do informacji na temat ilości przekroczeń granicy, wykroczeń i nadużyć ułatwiających współpracę jednostek samorządowych ze strażą graniczną, inspekcją pracy, prokuraturą.
2. Organizacja kursów adaptacyjnych dostarczających podstawowej wiedzy na temat systemu prawnego, kultury i historii kraju, co ułatwiłoby funkcjonowanie migrantów w okresie przejściowym.
3. Rozwinięcie łatwo dostępnych dla uchodźców punktów kontaktowych, będących wiarygodnym źródłem wiedzy na temat standardów i charakterystyki rynku pracy w Polsce.
4. Ułatwienie przystąpienia do procesu egzaminowania potwierdzającego umiejętności językowe.
5. Realizacja projektów dotyczących podnoszenia kompetencji międzykulturowych, nabywania umiejętności komunikacji i współpracy w środowisku wielokulturowym. W odniesieniu do rynku pracy szczególnie przydatne byłoby poszerzenie wiedzy o różnicach w standardach pracy, wartościach i

zachowaniach.

6. Wsparcie rozwoju kwalifikacji i kompetencji potrzebnych na rynku pracy adresowane do uchodźców na różnych etapach nauki języka polskiego.
7. Spopularyzowanie procesu uznawania kwalifikacji zawodowych. Mając na uwadze proces kształcenia się przez całe życie kwestia uznania osiągnięć – zarówno tych formalnych, jak i nieformalnych – nabiera wyjątkowego znaczenia.
8. Organizowanie targów pracy w poszczególnych punktach relokacji uchodźców, a także ścieżek wsparcia dla zawodów poszukiwanych na rynku pracy.
9. Wzmocnienie informatyzacji rynku pracy.
10. Tworzenie ofert wiązanych: mieszkanie+praca+kurs językowy i upowszechnianie informacji na ich temat.
11. Poszerzenie wśród urzędników wiedzy, umiejętności i kompetencji związanych z następującymi zagadnieniami:
  - kompetencje międzykulturowe,
  - umiejętności pracy z wolontariuszami,
  - komunikacja międzyinstytucjonalna (wertykalna i horyzontalna),
  - pracy z trudnym klientem - podstawowa wiedza psychologiczna przydatna w sytuacjach interwencji kryzysowej.
12. Stała współpraca Urzędów Pracy z ośrodkami naukowymi lub organizacjami pozarządowymi zajmującymi się tematyką uchodźców. Określanie konsekwencji (ekonomicznych, demograficznych, kulturowych) zmian kierunków rozwoju rynku pracy.



# Aneks

## Ochrona zdrowia

Autorzy:

mgr inż. Kamil Barczyk – Dyrektor Szpitala św. Łukasza w Bolesławcu

prof. dr hab. n. med. Mariusz Kusztal – Kierownik Stacji Dializ Szpitala św. Łukasza w Bolesławcu

Dr n.med. Aleksandra Wakulenko, specjalista chorób wewnętrznych

# 1. Struktura opieki zdrowotnej - jakość i dostępność do opieki zdrowotnej dla uchodźców z Ukrainy

## 1.1. System opieki zdrowotnej w Polsce – struktura, ubezpieczenia po dniu 24 lutego 2022

Opieka zdrowotna w Polsce opiera się na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Jedynym ubezpieczycielem na terenie Polski, który finansuje świadczenia zdrowotne, jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Finansowanie ubezpieczenia zdrowotnego polega na odprowadzaniu składek zdrowotnych przez pracodawców oraz pracowników do instytucji państwowych oraz finansowaniu usług zdrowotnych bezpośrednio z budżetu państwa. Organizatorem opieki zdrowotnej na terenie kraju są organy państwowe takie jak, Ministerstwo Zdrowia czy Narodowy Fundusz Zdrowia oraz na szczeblu regionalnym samorządy, czy duże podmioty lecznicze. Po 24 lutego 2022 roku wprowadzona została Ustawa o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, która wprowadza szereg praw dla obywateli Ukrainy będących uchodźcami. Szczególnym prawem obywateli Ukrainy jest bezpłatny dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Na mocy artykułu 37 wyżej wymienionej ustawy dostęp do ochrony zdrowia dla obywateli Ukrainy jest tożsamy z dostępem do opieki zdrowotnej obywatela polskiego. Jedynym warunkiem uprawniającym do korzystania z tego prawa jest udokumentowanie legalności pobytu. Ustawa również przewiduje określenie dostępu do świadczeń dla osób, które odniosły obrażenia w wyniku działań wojennych prowadzonych na terytorium Ukrainy. Większość osób przebywających na terytorium Polski pochodzenia ukraińskiego bez większego trudu ma dostęp do bezpłatnej opieki zdrowotnej na wielu jej szczeblach. Nadanie numeru PESEL w dowolnym urzędzie pozwala na kontynuowanie leczenia w Polsce. Zgodnie z Ustawą finansowanie tych świadczeń na rzecz obywateli Ukrainy pokrywane jest bezpośrednio z budżetu państwa.

Oprócz opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych mocno rozwinięta jest prywatna opieka zdrowotna. Ze względu na krótszy czas oczekiwania, w szczególności na wizytę do lekarza specjalisty, wiele osób decyduje się na wybranie tego świadczenia. Prywatne sieci opieki zdrowotnej bardzo szybko dostosowały się do potrzeb osób z Ukrainy, niwelując bariery w szczególności językowe. Dla sektora prywatnego wzrost ludności w Polsce to olbrzymia szansa na kontynuację jego rozwoju.

Struktura opieki zdrowotnej podzielona jest na sferę opieki ambulatoryjnej, stacjonarnej oraz sferę lekową. W pierwszej linii opieki zdrowotnej funkcjonują przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej, w której świadczenia realizowane są przez lekarzy rodzinnych lub tzw. lekarzy pierwszego kontaktu. To tutaj rozpoczyna się pierwszy kontakt pacjenta z ochroną zdrowia i lekarzem. Najbardziej dostępny filar jest podstawą funkcjonowania opieki zdrowotnej praktycznie w każdej gminie. Gdy pacjent wymaga bardziej specjalistycznego podejścia przechodzi do specjalistycznego poziomu leczenia. Obywatel Ukrainy, tak samo jak pacjent z Polski, może korzystać z tego poziomu opieki zdrowotnej uzupełniając deklarację wyboru lekarza i pielęgniarki POZ.

Kolejnym stopniem w ambulatoryjnym leczeniu jest specjalistyczna opieka zdrowotna, która składa się między innymi z: kardiologów, ortopedów, chirurgów, onkologów itp. Szybki rozwój ambulatoryjny opieki specjalistycznej, jak i rozszerzone finansowanie usług zdrowotnych w tym filarze, pozwala na skuteczne prowadzenie pacjenta od momentu diagnostyki poprzez proces leczenia. Pomimo napływu wielu milionów osób na teren kraju realny średni dostęp do lekarza specjalisty skraca się. To pozwala na przyjmowanie zdecydowanie większej ilości pacjentów. W ambulatoryjnej opiece realizowanych jest również wiele

programów lekowych, w które włączani są również pacjenci z Ukrainy kontynuujący leczenie. Liczba pacjentów objętych ambulatoryjną opieką znacząco wzrosła w 2022 roku, co może być spowodowane zwiększoną populacją ludności, ale również zwiększonym deficytem zdrowotnym po pandemii COVID-19.

Szpitalne w procesie leczenia często łączą różne formy opieki między innymi podstawową opieką zdrowotną, opieką ambulatoryjną, jak również leczenie w trybie stacjonarnym. Zaawansowane przypadki chorobowe, których nie można zaopatrzyć w trybie ambulatoryjnym wymagają leczenia szpitalnego. Również ten sektor nie odczuł w znaczący sposób napływu wielu milionów ludzi z zagranicy. Pomimo wielu obaw, że to właśnie ochrona zdrowia będzie jednym z najbardziej dotkniętych obszarów po rozpoczęciu agresji na Ukrainie ze względu na wysoki wskaźnik migracji, otwartość granic, szybką transmisję chorób zakaźnych oraz migrację osób chcących kontynuować leczenie na terenie Polski. Na koniec 2022 roku liczba hospitalizacji nie odbiegała znacząco od tej z roku 2019 przed okresem pandemii przy jednoczesnym wzroście populacji mieszkającej w kraju.

Kolejnym filarem opieki zdrowotnej jest rozproszona sieć aptek z dobrym dostępem do refundowanych leków. Obywatele z Ukrainy mają identyczny dostęp do refundowanych leków jak Polacy, korzystając np. z programu refundacji 100% kosztu leku dla osób powyżej 75 roku życia. Apteki realizują wydawanie leków na receptę i bez recepty dla obywateli Ukrainy.

System opieki zdrowotnej i jego struktura jest jeszcze bardziej skomplikowany między innymi poprzez organizowanie: programów profilaktycznych finansowanych z wielu źródeł, opieki rehabilitacyjnej ambulatoryjnej, jak i stacjonarnej, opieki psychiatrycznej, szeroko rozumianej opieki nad osobami starszymi, w tym leczenia długoterminowego, paliatywnego i hospicyjnego.

Struktura opieki zdrowotnej i rozwiązania legislacyjne umożliwiające dopuszczenie łatwego dostępu dla legalnie przebywających na terytorium Polski obywateli z Ukrainy do opieki zdrowotnej sprawdziły się w napływie wielu milionów osób zza wschodniej granicy jednocześnie lepiej integrując obywateli Polski i Ukrainy.

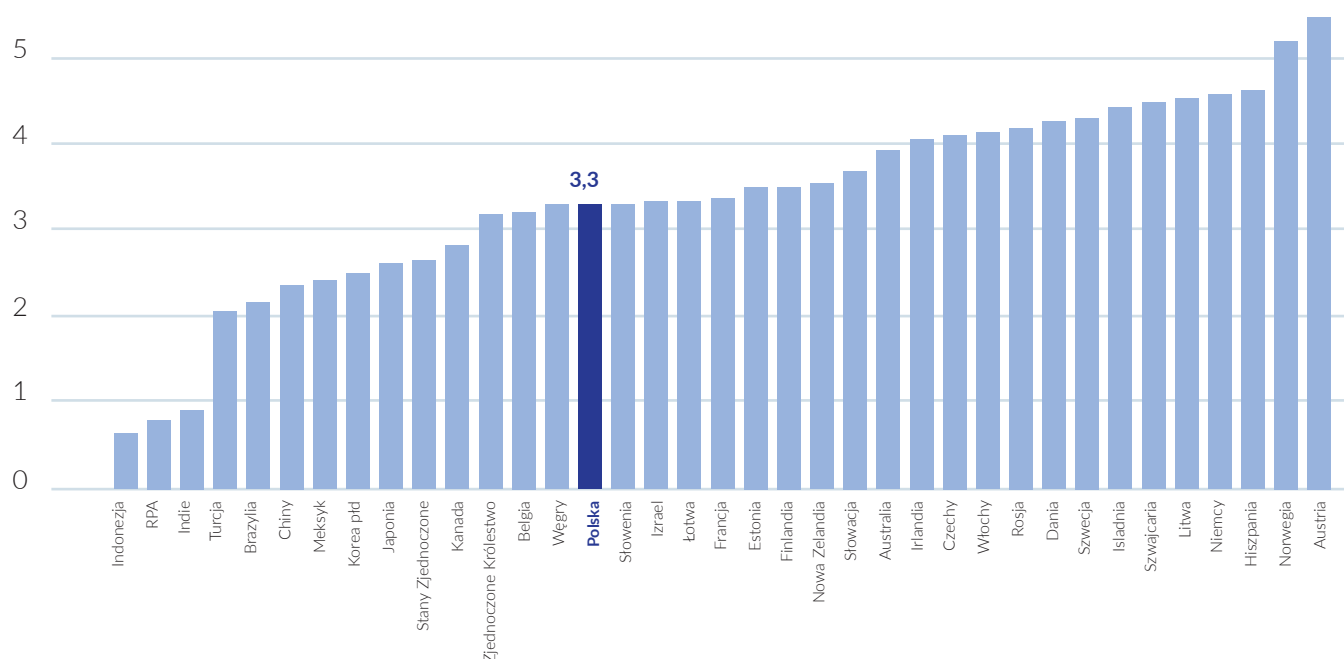
## **1.2. Mierniki dostępności do opieki zdrowotnej i jej jakości uwzględniając uchodźców z Ukrainy oraz uwzględniając zmiany w otoczeniu**

Dane dotyczące dostępności i jakości opieki zdrowotnej w Polsce należy odnieść do przeszłości. Należy zwrócić uwagę, że w roku 2020 i 2021 miała miejsce pandemia COVID-19, która zaburzyła obraz wskaźników zdrowotnych. Dlatego rok 2022 należy porównywać ściśle z rokiem 2019. W tym punkcie rozpatrywane będą mierniki dostępności i jakości w poszczególnych latach zwracając uwagę, czy w roku 2022 doszło do załamania systemu opieki zdrowotnej, obrazując metodologią na obiektywnych miernikach.

Analizując dostępność do opieki zdrowotnej po 24 lutego 2022 roku uwzględniono takie wskaźniki jak: dostęp do powszechnego ubezpieczenia, wskaźnik dostępności do lekarza, pielęgniarki, czas oczekiwania na leczenie, dostępność podmiotów leczniczych, dostępność do leków, dostęp do opieki profilaktycznej. Prowadząc dalszą analizę, należy zwrócić również uwagę na jakość opieki zdrowotnej. Jakość opieki może być mierzona przez następujące wskaźniki: standaryzowaną liczbę zgonów, raporty zadowolenia pacjentów, wydatki na ochronę zdrowia itp. Miarodajnych wskaźników w opiece zdrowotnej jest znacznie więcej, ale większość z nich oceniana może być tylko na poziomie lokalnym. Obecnie nie są prowadzone żadne skoordynowane badania na szczeblu ogólnokrajowym które by określały wiarygodne mierniki jakości do opieki zdrowotnej, jednocześnie nie było prowadzone europejskie badanie przeglądu systemów opieki zdrowotnej w poszczególnych latach.

Populacja ludzi, która przekroczyła granicę polsko-ukraińską po 24 lutego 2022 roku obejmowała w większości kobiety i dzieci, osoby starsze, bądź osoby ze znaczącym problemem zdrowotnym. Dlatego też duże wyzwanie w tym okresie mógł stanowić dostęp do opieki zdrowotnej dla tych osób. Ustawa z dnia 12 marca 2022 roku rozwiązała praktycznie problem z ubezpieczeniem osób dotkniętych wojną na Ukrainie. Był to pierwszy krok umożliwiający bezpłatne korzystanie z opieki zdrowotnej na terenie Polski. Zakres opieki zdrowotnej określa koszyk świadczeń gwarantowanych, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i budżet państwa. Pokrycie ubezpieczeniowe w 100 procentach zabezpiecza osoby przebywające legalnie na terenie Polski, które przekroczyły granicę polsko-ukraińską po 24 lutego 2022 roku co jest idealnym systemem dla zdrowia populacji osób pochodzenia ukraińskiego.

Polska, jako kraj dynamicznie rozwijający się również w zakresie ochrony zdrowia, nie posiada odpowiednich zasobów kadrowych, które są szacowane jako jedne z najniższych w krajach UE. Oczywiście problem dostrzegany jest od wielu lat i podejmowane są działania naprawcze, co skutkuje wzrostem ilości lekarzy czy pielęgniarek w systemie opieki zdrowotnej, ale jednocześnie mamy do czynienia z wysokim kryzysem demograficznym, starzejącym się społeczeństwem oraz niską świadomością zdrowotną, czy kryzysami incydentalnymi co napędza lawinę potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Według danych OECD z roku 2021 na 1000 mieszkańców przypadało 3,3 lekarza w poprzednich latach w szczególności przed okresem pandemii ten wskaźnik wynosił 2,4.

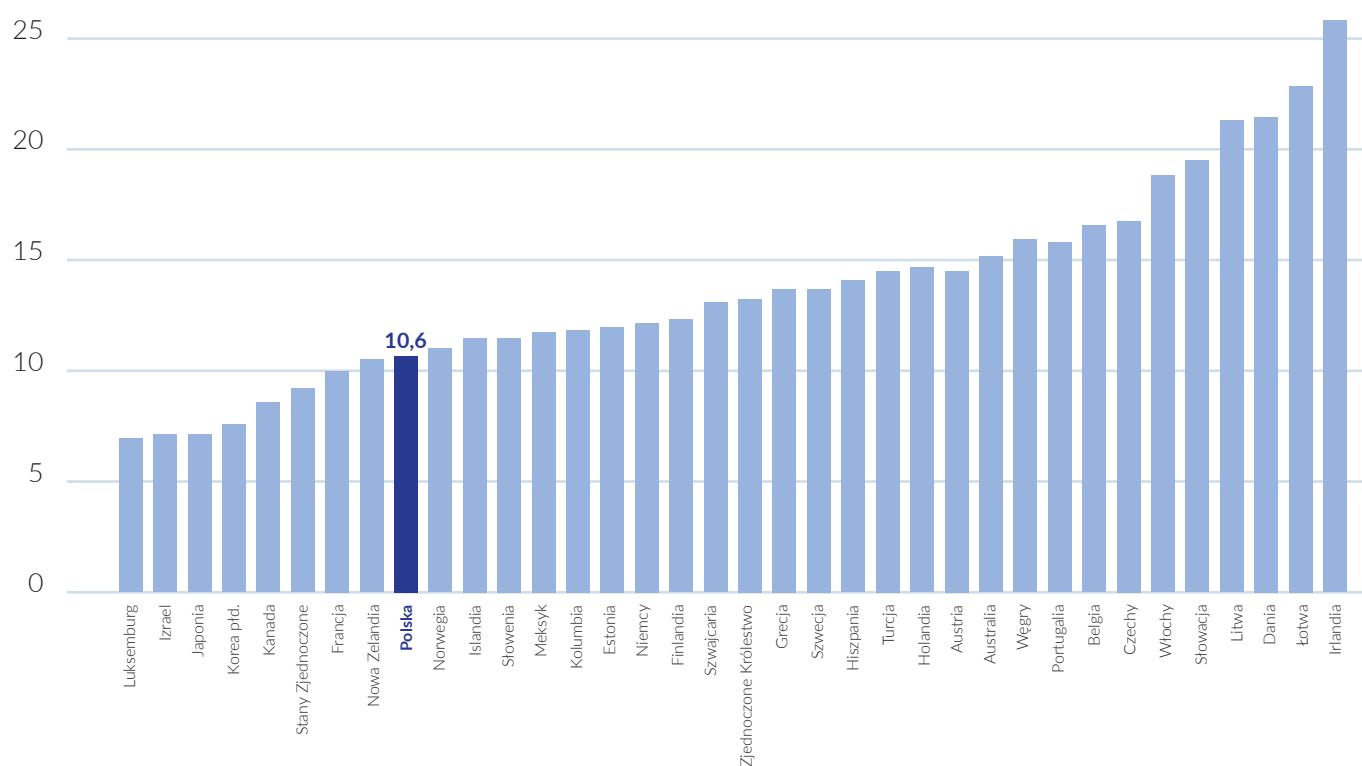


Rysunek 1 Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców w 2021 roku lub wg ostatnio dostępnych danych (OECD, 2023)

Pomimo, że dalej odczuwalny jest deficyt kadry lekarskiej to dopiero od kilku lat systematycznie i znacząco wzrasta liczba miejsc na kierunkach lekarskich. Liczba absolwentów medycyny jest jedną z najniższych w krajach Unii Europejskiej. Niskie wskaźniki dostępności lekarskiej w Polsce powodują niższą przepustowość systemu opieki zdrowotnej. Pomimo powolnego wzrostu liczby lekarzy w kraju, potrzeby zdrowotne nie są w pełni zaspokojone, powodując pogorszoną dostępność do lekarzy. Na Dolnym Śląsku liczba lekarzy wykonujących zawód wynosi 12 325 osób (stan na dzień 30 kwietnia 2023 roku). Na 1000 mieszkańców Dolnego Śląska przypada 4,27 lekarza, co jest znacznie wyższym wskaźnikiem od średniej krajowej (analiza danych na podstawie DIL 04.2023). Wskazuje to na duży potencjał poprawy dostępności lekarskiej.

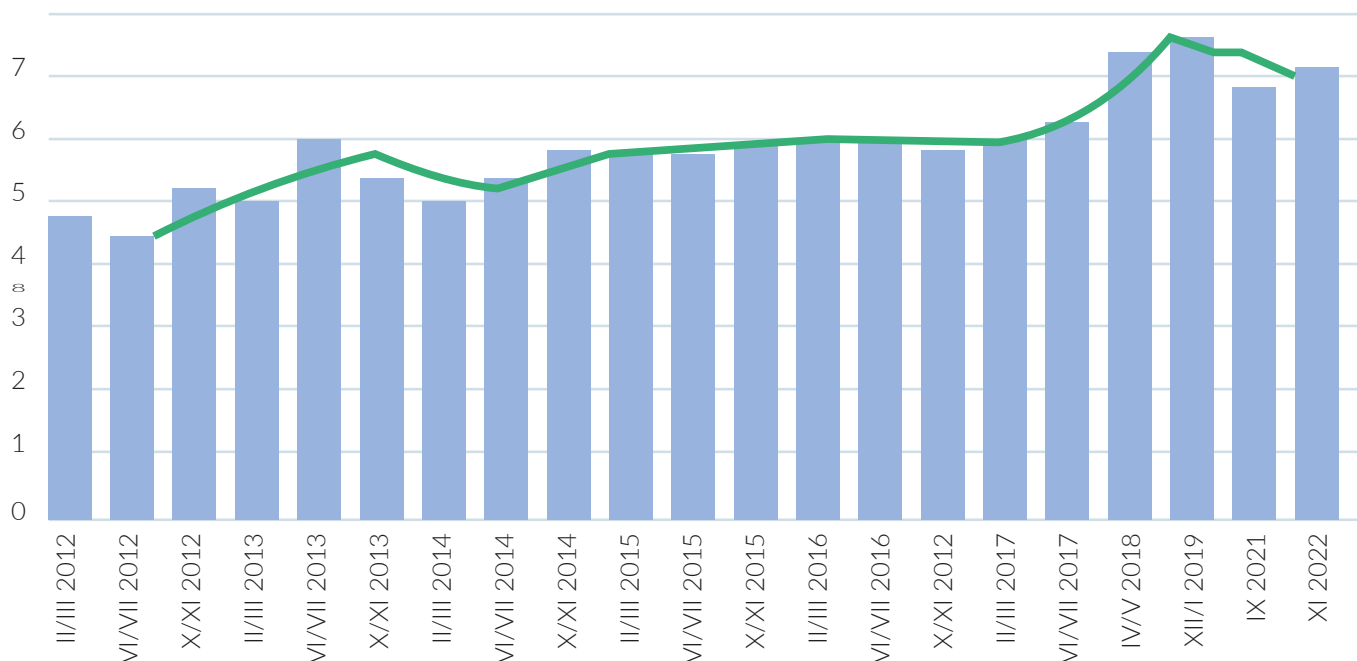
Sytuacja kryzysu oraz migracji kadry medycznej z Ukrainy w kolejnych latach poprawiła statystykę dostępności do lekarzy w kraju oraz na Dolnym Śląsku, gdzie w roku 2021 usługi medyczne świadczyło 20 lekarzy posiadających obywatelstwo ukraińskie oraz PWZ przyznane na podstawie decyzji MZ (w tym 7 lekarzy posiadających PWZ na określony zakres czynności i 13 lekarzy posiadających warunkowe PWZ). W roku 2022 natomiast usługi medyczne świadczyło 77 lekarzy posiadających obywatelstwo ukraińskie oraz PWZ przyznane na podstawie decyzji MZ (w tym 4 lekarzy posiadających PWZ na określony zakres czynności i 73 lekarzy posiadających warunkowe PWZ). Powyższe zestawienie zostało sporządzone w oparciu o dane, które zostały przekazane przez lekarzy do DIL w formie zaświadczeń o zatrudnieniu.

Oprócz kadry lekarskiej istotnym problemem jest coraz większy brak personelu pielęgniarskiego w kraju. Średnia wieku pielęgniarki wynosi ponad 50 lat, a starsze pokolenie nie jest systematycznie uzupełniane młodszymi osobami. Również w tym zakresie Polska odnotowuje jeden z niższych wskaźników dostępu do pielęgniarek, jednocześnie posiadając jedno z końcowych miejsc w Unii Europejskiej dotyczących absolwentów kończących studia pielęgniarskie.



Rysunek 2 Liczba absolwentów medycyny na 100 tys. mieszkańców w 2021 roku lub wg ostatnio dostępnych danych (OECD, 2023)

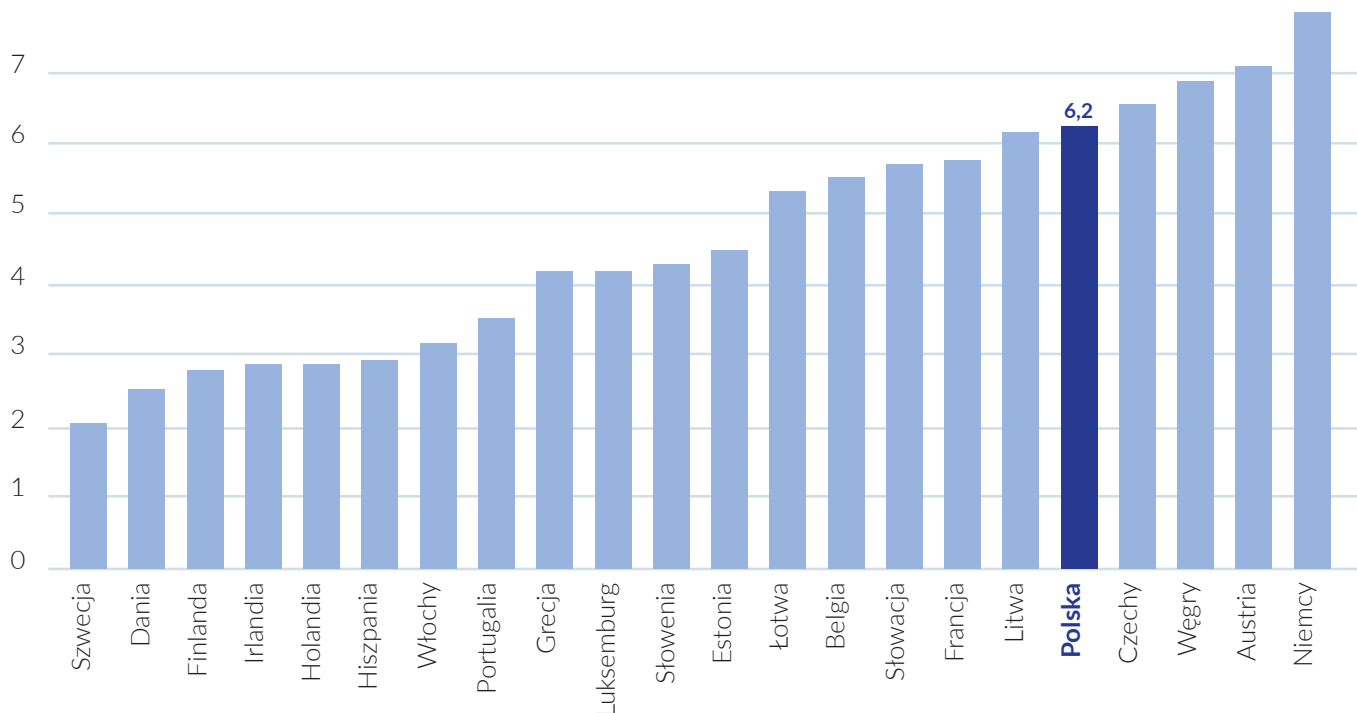
Pomimo ewidentnego braku kadr lekarskiej i pielęgniarskiej, trudnego czasu pandemii COVID-19 i związanego z nią obecnie panującego deficytu zdrowotnego, to czas oczekiwania na świadczenie gwarantowane średnio wynosi 3,6 miesiąca i jest lepszy niż przed pandemią. To pokazuje, że również wzrost populacji ogólnokrajowej nie podniósł znacząco tego wskaźnika. Należy podkreślić fakt, że czas 3,6 miesiąca do udzielenia świadczenia gwarantowanego jest znacząco za długi i niemal o 1/3 wyższy niż 10 lat temu.



Rysunek 3 Zmiana przeciętnego czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne w systemie publicznym w Polsce (wart. w miesiącach) (Ditrich, 2023)

Bezpośrednie finansowanie z budżetu państwa opieki zdrowotnej obywatelom Ukrainy oraz uwolnienie finansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia, na niektóre świadczenia pozwala stabilnie funkcjonować w systemie opieki zdrowotnej, nie ograniczając przyjęć i dostępu ze względu na problemy finansowe.

Polska posiada bardzo dobrą sieć podmiotów opieki zdrowotnej rozproszoną na szczeblach gmin, powiatów, województw, a w wybranych specjalizacjach na obszarze kraju. Prosty wskaźnik określający dostęp do opieki zdrowotnej jest liczba łóżek na 1000 mieszkańców. Polska była na 5 miejscu w Unii Europejskiej ze wskaźnikiem 6,2 łóżka na 1000 mieszkańców. Jednocześnie odstając od średniej Unii Europejskiej w dostępności do sprzętu medycznego, na przykład w zakresie diagnostyki obrazowej. Należy kontynuować rozwój i inwestowanie w opiekę zdrowotną poprzez unowocześnienie podmiotów leczniczych dostępnych geograficznie dla społeczeństwa. Wystarczająca dostępność geograficzna podmiotów leczniczych nie koreluje z dostatecznym dostępem do odpowiednich technologii umożliwiających diagnostykę czy leczenia. Jednocześnie odpowiedni bufor łóżek szpitalnych w kraju zabezpiecza w ostatnich latach kryzys pandemii COVID-19, czy wzmożoną migracją ludności z Ukrainy oraz hospitalizację osób poszkodowanych w walkach na terytorium Ukrainy.



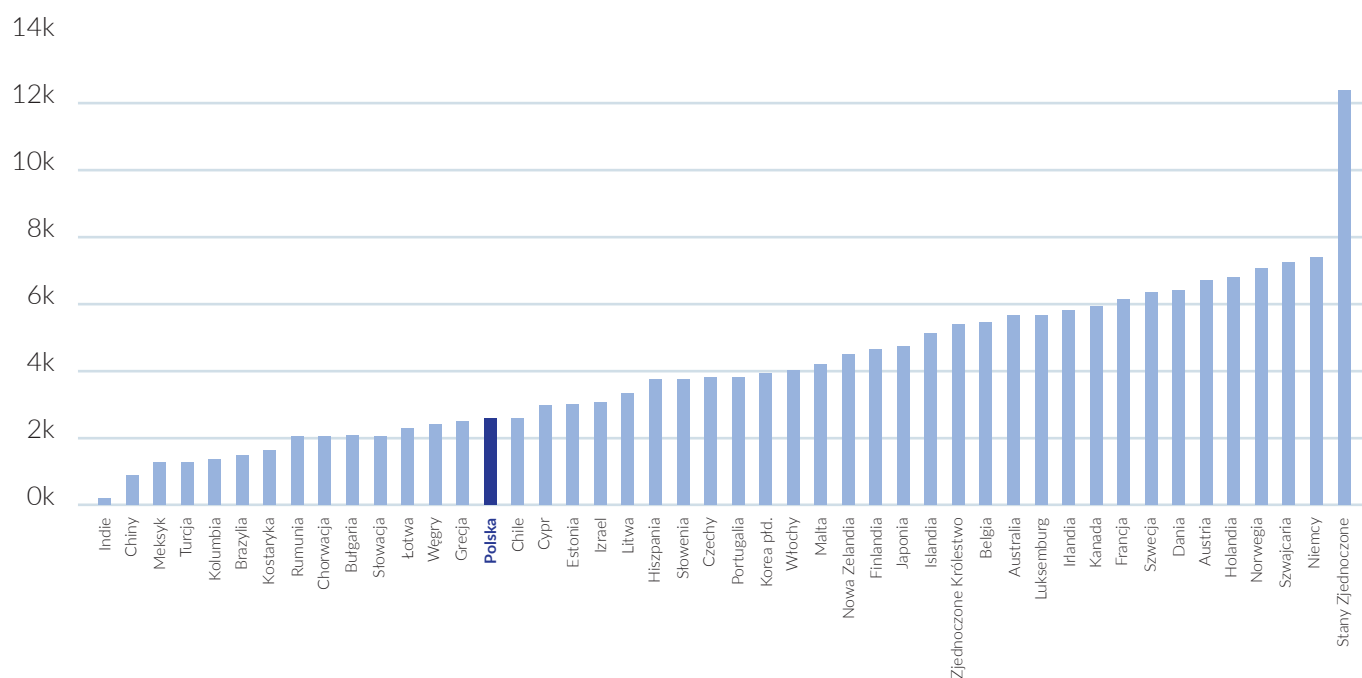
Rysunek 4 liczba łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców w 2021 roku lub wg ostatnio dostępnych danych (OECD, 2023)

Jednym z elementów leczenia jest farmakoterapia. Dostępność do leków ma znaczący wpływ na skuteczność leczenia. Polska jako kraj Unii Europejskiej znajduje się poniżej średniej pod względem ogólnej dostępności leków, które są dopuszczone do obrotu w Europie, ale systematycznie pozycja jest umacniania rok po roku. Ważnym elementem w dostępności lekowej jest ich refundacja przez Narodowy Fundusz Zdrowia i fundusz medyczny. Refundacja leków obejmuje wybrane grupy pacjentów w zależności od klinicznej kwalifikacji pacjenta. To w jednoznaczny sposób często ogranicza możliwość korzystania z danej terapii, a jednocześnie kompensuje wydatki w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia. Pomimo, że rok do roku widać poprawę funkcjonowania systemu w zakresie farmakoterapii, to Polska znajduje się na 4 miejscu od końca w dostępie do nowoczesnych terapii (Kurowska, 2023). Różnorodność systemów w zakresie dostępu lekowego w Polsce i na Ukrainie może powodować na przykład brak możliwości kontynuowania leczenia pacjenta z Ukrainy, który będzie musiał się leczyć samodzielnie i finansować leczenie ze środków prywatnych. Ważnym aspektem jest stosowanie równego dostępu do terapii leczniczych na terytorium Unii Europejskiej tak, aby nie było różnicy jakościowych i konieczności migracji pacjentów między państwami. Dostęp do nowoczesnych terapii pozwala często lepiej wspomóc proces leczenia obywatelom Ukrainy w porównaniu do tego, co mieli zaoferowane na Ukrainie.

Dostępność do programów profilaktycznych jest znaczącym wskaźnikiem mającym na celu zapobieganie stanom chorobowym, a jednocześnie wydłużenie długości trwania życia w społeczeństwie. Profilaktyka to najtańsza dostępna metoda, która chroni przed bardzo drogim leczeniem skomplikowanych chorób. W roku 2020 wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne wyniosły tylko 1,9% wszystkich wydatków w ochronie zdrowia publicznych i prywatnych (GUS, 2022). Stanowi to bardzo niski wskaźnik wydatków w ochronie zdrowia, co w konsekwencji przekłada się na niski stopień wyszczepienia społeczeństwa, niski stopień wykrywalności chorób nowotworowych i układu krążenia we wczesnym stadium oraz niewystarczającą świadomość społeczną w zakresie własnego zdrowia. Obecnie nie ma żadnej skoordynowanej strategii profilaktyki w państwie. Zagrożenia płynące ze wschodniej granicy dotyczące, czy to chorób zakaźnych, czy

też ogólnego wzrostu populacji ludzi w kraju sprawiają, że jest konieczne wdrażanie kolejnych programów profilaktyki i budowanie samoświadomości zdrowotnej. Pomimo corocznego zwiększenia wydatków ogólnych na opiekę zdrowotną (nawet o kilkanaście procent roku do roku) znacząco większy udział w ogólnych wydatkach powinna mieć profilaktyka, co pozwoli zapobiegać powstawaniu wielu chorób. Programy profilaktyczne nie są zaktualizowane do nowej epidemiologii powstałej po 24 lutego 2022 roku. Społeczeństwo na Ukrainie posiada inny status zachorowań oraz inną strukturę społeczną, przez co programy profilaktyczne, szczepienia, czy edukacja powinna mieć inny bardziej celowany wymiar.

System ochrony zdrowia w Polsce nie jest wysoko oceniany w Unii Europejskiej przede wszystkim ze względu na wyżej wymienione problemy, nieefektywną organizację, ale również przez częste reformy ewoluującego dzięki nim systemu. Znaczący wzrost wydatków na ochronę zdrowia, ustawowo zagwarantowany, pozwala mieć nadzieję na poprawę tej sytuacji. Proporcjonalnie do wydatków publicznych na ochronę zdrowia rosną wydatki prywatne wraz ze znaczącym wzrostem populacji osób mieszkających w Polsce (GUS, 2022). Pozwala to postawić tezę, że znacząca część obywateli Ukrainy korzysta ze świadczeń komercyjnych. Pomimo dynamicznego wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną, Polska wciąż znajduje się znacznie poniżej średniej krajów OECD wydatkach na opiekę zdrowotną w porównaniu do PKB per capita.



Rysunek 5 Wydatki na ochronę zdrowia w USD per capita w 2021 roku lub wg ostatnio dostępnych danych (OECD, 2023)

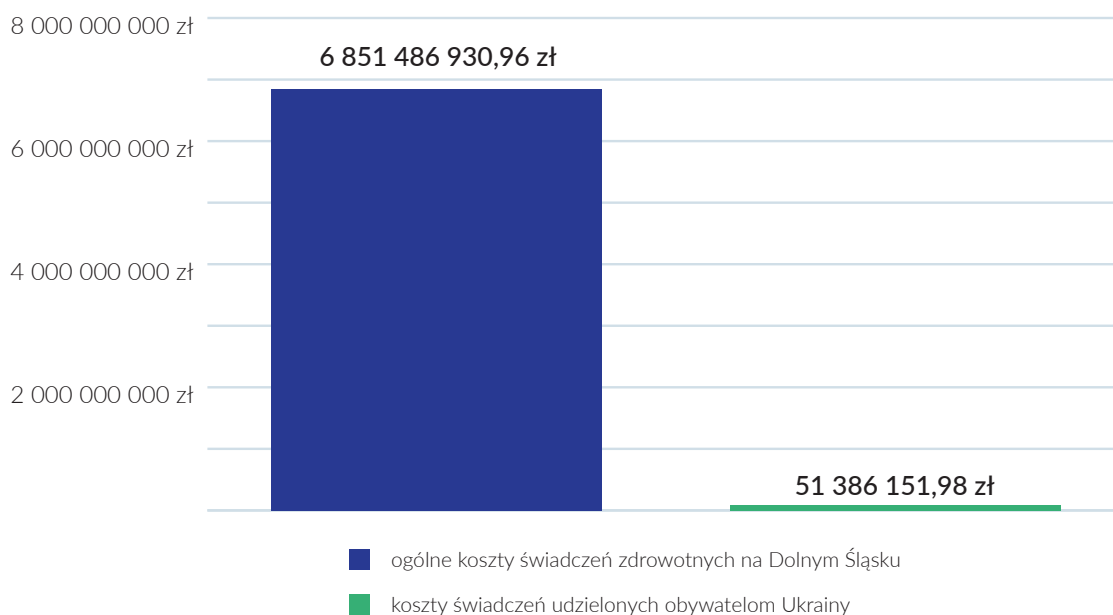
Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia w roku 2022 wydatkowano ponad pół miliarda złotych na leczenie pacjentów z Ukrainy i zrealizowano niemalże milion świadczeń zdrowotnych dla tych pacjentów. Porównując ogólne wydatki na publiczną i prywatną ochronę zdrowia skala wydatków publicznych na opiekę zdrowotną dla pacjentów z Ukrainy nie stanowi dużego odsetka. Jednocześnie wskazuje na stosunkowo niski problem ograniczenia innym pacjentom dostępu do opieki zdrowotnej (portal samorządowy, 2023).

Na Dolnym Śląsku ogólna wartość wszystkich zrealizowanych świadczeń zdrowotnych wyniosła 6 851 486 930,96 zł, procentowy udział w wymienionych wyżej świadczeniach udzielonym obywatelom Ukrainy wyniósł natomiast 0,75 %, co stanowi kwotę 51 386 151,98 zł. Kwota ta jest adekwatną wartością



do populacji osób z Ukrainy przebywających na Dolnym Śląsku w stosunku do całego kraju i stanowi wartość 10%.

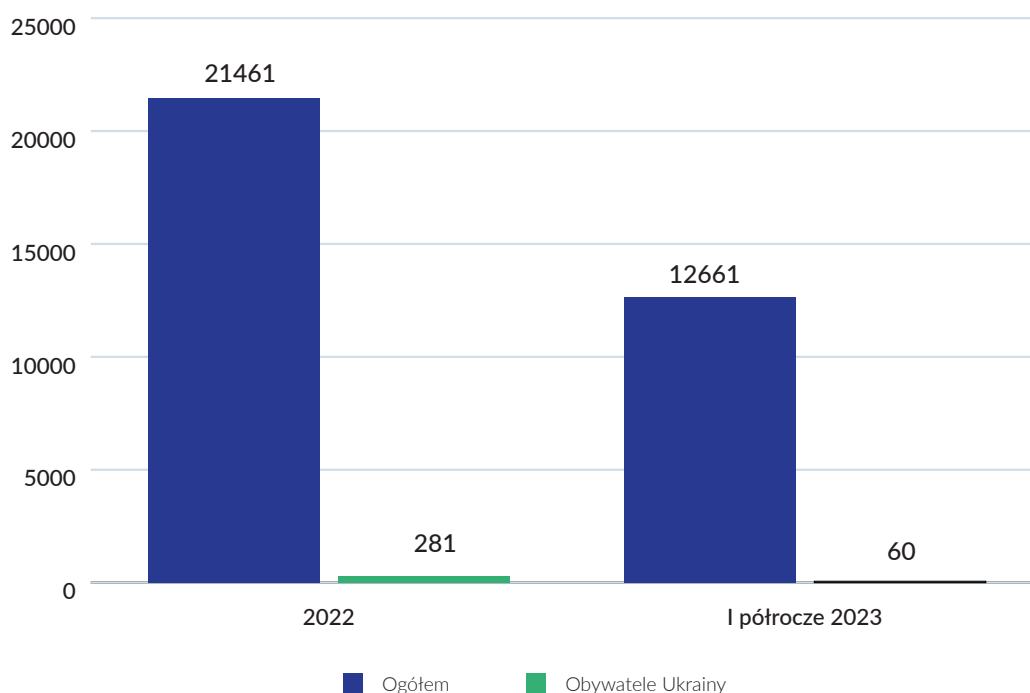
Wartość świadczeń zdrowotnych zrealizowanych we wszystkich zakresach z udziałem realizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz obywateli Ukrainy w 2022 r. na Dolnym Śląsku



Rysunek 6 Wartość świadczeń zdrowotnych zrealizowanych we wszystkich zakresach z udziałem realizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz obywateli Ukrainy w 2022 r. na Dolnym Śląsku, analiza własna na podstawie danych NFZ 2022

Na przykładzie Szpitala św. Łukasza w Bolesławcu liczba hospitalizacji obywateli z Ukrainy stanowiła za ledwie 1,31 % w 2022, w pierwszym półroczu 2023 wynosiła natomiast 0,47%. Są to wartości adekwatne do średniej wojewódzkiej i krajowej udzielanych świadczeń na rzecz obywateli z Ukrainy.

Liczba hospitalizacji



Liczba zgonów w Polsce jest w chwili obecnej podyktowana trwaniem w latach 2020-2022 pandemii Covid-19, gdzie choroba COVID-19, jak i ograniczenia w dostępie do opieki zdrowotnej, doprowadziły do niekorzystnej statystyki zgonów w ww. latach. W roku 2022 liczba zgonów jest większa o 40 tysięcy osób w stosunku do roku 2019 i bardziej jest podyktowana deficytem zdrowotnym wywołanym pandemią niż kryzysem wojennym na Ukrainie.

Wzrost populacji ludzi, ich migracja i ryzyko wystąpienia znaczącego wzrostu chorób zakaźnych po 24 lutego 2022 roku – analizując wskaźniki dotyczące dostępności i jakości – nie miały znaczącego negatywnego wpływu na którykolwiek element systemu ochrony zdrowia. Opieka zdrowotna w Polsce, choć stale rozwijana, posiada od wielu lat także swoje problemy, które są strategicznie rozwiązywane. Pomimo zachwiania globalnej gospodarki, związanego z wojną na Ukrainie, nie zaobserwowano w systemie zdrowotnym negatywnych zdarzeń o znaczeniu ogólnokrajowym. Obserwuje się natomiast bardziej pozytywne cechy dla naszego systemu opieki zdrowotnej, takie jak napływ kadry medycznej z Ukrainy, która pracuje w polskim systemie opieki zdrowotnej, czy wzrost wydatków na ochronę zdrowia podyktowany Ustawą z dnia 12 marca 2022 roku. Skutki wpływu wojny na Ukrainie dla systemu opieki zdrowotnej poprzez np. znaczące dopuszczenie ukraińskiej kadry medycznej czy wzrost finansowania, będą zauważalne co najmniej w perspektywie kilkuletniej.

### **1.3. Bariery poruszania po systemie ochrony zdrowia dla uchodźców z Ukrainy**

Funkcjonowanie w systemie ochrony zdrowia jest często skomplikowanym elementem życia pacjenta. Bardzo mocna sfragmentaryzowana opieka zdrowotna w Polsce, składająca się z wielu szczebli, powoduje stwarzanie wysokich barier w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Podstawową barierą do szeroko rozumianych usług w Polsce dla uchodźców z Ukrainy jest język. To jedna z najważniejszych barier, która utrudnia komunikację pracowników służby zdrowia z pacjentem pochodzenia ukraińskiego. Trudności w komunikowaniu się mogą rodzić wiele błędów na poziomie diagnostyki i leczenia oraz prowadzić do nieporozumień. Od momentu rozpoczęcia wojny na Ukrainie wiele komunikatów, stron internetowych, ale również programów telewizyjnych i radiowych jest już w języku ukraińskim. Trend ten należy dalej rozwijać poprzez tłumaczenie dokumentów i informacji na język ukraiński, aby system opieki był bardziej dostępny. Rozwiązaniami, które mogą usprawnić komunikowanie się jest używanie translatorów, czy też korzystanie z pomocy personelu pochodzącego z Ukrainy, który pracuje już w danym podmiocie leczniczym, bądź wyznaczenie tłumaczy na poziomie danej gminy, którzy będą ułatwiali codzienne komunikowanie się Polaków z Ukraińcami. Wiele pozytywnych przykładów w niwelowaniu barier komunikacyjnych z Ukraińcami tworzonych jest oddolnie na poziomie samorządów czy przedsiębiorców.

Niedostateczne zrozumienie systemu opieki zdrowotnej w Polsce będzie rodzić wiele problemów w poruszaniu się po nim. Kwestie formalne jak np. wystawienie recepty, skierowania, zwolnienia, kolejne poziomy szczebli opieki powodują zagubienie pacjenta w systemie. Dlatego tak bardzo ważne jest stworzenie koordynacji opieki, która w łatwy sposób poprowadzi pacjenta przez złożony proces diagnostyczno-terapeutyczny jednocześnie pomagając Polakom, jak i obywatelom Ukrainy.

Pomimo, że opieka zdrowotna dla obywateli z Ukrainy w praktyce jest bezpłatna, to ze względu na czas oczekiwania czy też przyzwyczajenia, pacjent będzie chciał skorzystać z opieki prywatnej, co będzie generować dodatkowe koszty utrzymania. Kwestie finansowe są kolejną barierą, która ogranicza w poruszaniu się po systemie opieki zdrowotnej. Za pomocą Ustawy z dnia 12 marca 2022 roku wprowadzono szereg narzędzi umożliwiających wsparcie uchodźców z Ukrainy.

Istnieje wiele innych barier, które powodują znaczące ograniczenia w dostępie do opieki zdrowotnej. Różnice kulturowe między obywatelami Ukrainy a Polski mogą powodować nieporozumienia i trudności w komunikacji. Usługi zdrowotne polegają przede wszystkim na właściwej komunikacji, aby możliwe było udzielenie jak najlepszej pomocy pacjentowi. Bariera kulturowa może ograniczać ten sposób porozumiewania się w szczególności dla osób starszych. Brak dokumentacji medycznej rodzi problemy dostępowe i jakościowe do opieki zdrowotnej, wydłuża proces diagnostyki i leczenia. Uchodźcy z Ukrainy są narażeni na dyskryminację i stygmatyzację ze strony personelu medycznego lub innych pacjentów, co może utrudniać im dostęp do opieki zdrowotnej.

Kilka wymienionych barier w poruszaniu się po piece zdrowotnej w Polsce przez obywateli Ukrainy z obserwacji systematycznie są likwidowane bądź niwelowane. Osoby pochodzenia ukraińskiego stosunkowo szybko uczą się języka polskiego zarówno w specjalnie organizowanych szkołach darmowych, jak i w komercyjnych. Z czasem następuje coraz większa aklimatyzacja i integracja wśród obywateli Polski i Ukrainy wobec stosunków między dwoma narodami.

#### **1.4. Podsumowanie**

Wojna na Ukrainie rozpoczęła jeden z większych procesów migracyjnych ludności w powojennej Europie. Polska stała się pierwszym miejscem wyboru ucieczki obywateli z Ukrainy. Szybki napływ wielu milionów osób na terytorium Polski wymusił stosowanie specjalnych środków prawnych tj.: Ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa. Ten dokument stał się punktem wyjścia i stanowi podstawę do objęcia opieką zdrowotną obywateli Ukrainy, ale również dopuścił procedurę uproszczoną nadawania zawodu lekarza i pielęgniarki osobom będącymi personelem medycznym na terytorium Ukrainy. Płynne przejścia z organizacji systemu zdrowia w czasie pandemii COVID-19 do wzmożonej ostrożności dotyczącej wzrostu pacjentów pochodzenia ukraińskiego w I fazie migracji fali uchodźców odbyło się bez negatywnych skutków w stosunku do dostępności i jakości opieki zdrowotnej. Podejmowanie wielu działań na rzecz pomocy Ukraińcom spowodowało bardzo szybki rozwój przeciwdziałania powstawaniu barier komunikacyjnych czy kulturowych. Personel medyczny z Ukrainy w coraz większym stopniu pracuje i uzupełnia zasoby kadrowe w systemie opieki zdrowotnej w Polsce doskonale uzupełniając lukę kadrową, a jednocześnie komunikując się z pacjentami pochodzenia ukraińskiego.

Większość problemów w opiece zdrowotnej w kraju dotyczy zasobów kadrowych personelu medycznego oraz niewystarczającego stosowania profilaktyki i edukacji zdrowotnej społeczeństwa. Zwiększenie wydatków na profilaktykę będzie stanowiło podstawę dla zahamowania rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych oraz edukacji na temat zdrowia.

Struktura funkcjonowania opieki zdrowotnej jest właściwa i odpowiednia do potrzeb, jednak przy dużym napływie obywateli z Ukrainy należy rozważyć stworzenie funkcji koordynatora i tłumacza, który rozwiązywałby bieżące problemy zdrowotne uchodźców.

Przez wysoki napływ obywateli z Ukrainy nie stwierdza się ograniczenia dostępności w realizacji świadczeń zdrowotnych w roku 2022, ponieważ wartościowo i kwotowo odsetek ten stanowi mniej niż 1% zrealizowanych świadczeń zdrowotnych.

## 2. Epidemiologia wśród uchodźców z Ukrainy – zagrożenia dla systemu ochrony zdrowia

### 2.1.1. Sytuacja epidemiologiczna na terenie Ukrainy i wpływ jej na ochronę zdrowia w Polsce.

Sytuacja epidemiologiczna na Ukrainie związana z wysoką zapadalnością na choroby zakaźne (gruźlica, HIV/AIDS, wzw B, wzw C, kiła, odra, poliomyelitis, infekcje wielolekooporne), niski poziom immunoprophylaktyki społeczeństwa oraz wysoka chorobowość spowodowana chorobami niezakaźnymi (choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca, nowotwory, choroby i zaburzenia psychiczne) należy do najgorszych w Europie (Forum Medycyny Rodzinnej, 2022).

Mimo to, masowy napływ milionów ukraińskich uchodźców wojennych nie spowodował istotnego pogorszenia sytuacji epidemiologicznej w Polsce, na co miała znaczący wpływ sprawna organizacja kompleksowej pomocy realizowanej przez polskie samorządy i wolontariuszy. Co ważne w ocenie potrzeb zdrowotnych Ukraińców - większość uchodźców w naszym kraju stanowiły osoby młodsze w dosyć dobrym stanie zdrowia, w przeciwieństwie do wielu mieszkańców Ukrainy, którzy pozostali w swoim kraju, często z powodu braku możliwości wyjazdu za granicę. Ogólną charakterystykę problemów zdrowotnych oddaje raport WHO z 2020 roku.

Raport WHO EURO 2020 bazujący na danych z 2019 roku wydaje się najbardziej wiarygodnym źródłem informacji o stanie zdrowia (chorób niezakaźnych) obywateli Ukrainy (WHO, 2020). Jest wynikiem badania STEPS, które po raz pierwszy dostarczyło kompleksowych, porównywalnych w skali międzynarodowej i reprezentatywnych dla danego kraju danych dotyczących chorób niezakaźnych oraz ich czynników ryzyka na Ukrainie (np. alkoholizmy). Badanie przeprowadzono na reprezentatywnej grupie w wieku 18–69 lat.

Badanie wykazało bardzo wysoką częstość występowania chorób niezakaźnych oraz ich behawioralnych i biologicznych czynników ryzyka. Jedna trzecia (33,9%) populacji w wieku 18-69 lat była aktywnymi palaczami, w tym połowa wszystkich mężczyzn (50,3%) i co szósta kobieta (16,7%). Szczególnie niepokojący był wysoki i – w porównaniu z poprzednimi danymi – rosnący poziom palenia wśród kobiet. Nowe produkty, takie jak HTP i papierosy elektroniczne, były coraz częściej używane, zwłaszcza przez młodsze grupy ludności, a także fajki wodne, z których korzystało 18,7% populacji w wieku 18-29 lat. Zwiększona dostępność i stosowanie takich produktów może również przyczyniać się do wzrostu liczby palaczy. Co piąty obecny palacz (21%) bezskutecznie próbował rzucić palenie; Szczególnie wysoki był odsetek kobiet w wieku 18–29 lat, gdzie prawie połowa (48,8%) podjęła nieudaną próbę rzucenia palenia. Spożycie alkoholu było częste, a poziom spożywanego alkoholu był wysoki na Ukrainie. Dwie trzecie mężczyzn i prawie połowa kobiet spożywała alkohol w ciągu ostatnich 30 dni, a co piąta osoba (19,7%) spożywała sześć lub więcej drinków przy okazji picia (intensywne picie epizodyczne). Intensywne picie epizodyczne było trzykrotnie wyższe wśród mężczyzn (29,5%) niż wśród kobiet (9,4%). Objawy związane z uzależnieniem od alkoholu były zauważalne wśród osób, które spożywały alkohol w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a trzy do czterech razy częściej wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Co ósma osoba (12,7%) zgłosiła, że nie jest w stanie przestać pić po rozpoczęciu, co dziesiąta (10,8%) zgłosiła, że nie zrobiła tego, czego normalnie oczekiwano od nich następnego dnia, a co ósma (13,2%) piła rano, aby złagodzić kaca. Niezarejestrowany alkohol (produkowany w domu i inne nieopodatkowane formy) był spożywany często i stanowił 17,3% całkowitego spożycia alkoholu. Niezdrowe wzorce żywieniowe były również powszechne. Dwie trzecie (66,4%) populacji nie spożywało wystarczającej ilości owoców i warzyw (pięć porcji dziennie). Prawie połowa populacji (44,9%)

zawsze lub często dodawała sól lub słony sos do jedzenia przed lub w trakcie jedzenia, dwie trzecie (66,7%) zawsze lub często dodawało sól do żywności podczas gotowania w domu, a jedna czwarta (26,9%) zawsze lub często spożywała przetworzoną żywność o wysokiej zawartości soli. Średnie spożycie soli wynosiło 12,6 g dziennie – ponad dwukrotnie więcej niż maksymalny zalecany poziom 5 g dziennie.

Pozytywnym akcentem jest to, że poziom aktywności fizycznej na Ukrainie był wysoki – jeden z wyższych w Europejskim Regionie WHO. Tylko 10% populacji nie spełnia zaleceń WHO dotyczących co najmniej 150 minut aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności/tydzień.

Przestrzeganie środków bezpieczeństwa drogowego było na Ukrainie niskie. Połowa tych, którzy korzystali z samochodu w ciągu ostatnich 30 dni, nie zawsze używało pasów bezpieczeństwa, przekraczało dopuszczalną prędkość, lub używało telefonów komórkowych podczas jazdy w sposób niedozwolony. Użycie kasków było bardzo niskie: 82,2% kierowców i pasażerów motocykli/skuterów oraz 95% użytkowników rowerów tego nie zrobiło. W ciągu ostatnich 12 miesięcy 7% populacji brało udział w wypadku drogowym jako kierowca, pasażer, pieszy lub rowerzysta, a jedna trzecia (35,4%) z nich miała obrażenia wymagające pomocy medycznej. Ponadto 6,9% populacji miało niezamierzony uraz inny niż wypadek drogowy wymagający pomocy medycznej, przy czym najczęstsze są upadki.

Różne formy przemocy wpłynęły na życie Ukraińców. Prawie połowa respondentów (44,1%) było maltretowanych fizycznie w dzieciństwie. Ponadto 2,1% kobiet, a 0,8% mężczyzn było wykorzystywanych seksualnie w dzieciństwie; 3,2% kobiet i 0,9% mężczyzn w wieku dorosłym.

Połowa wszystkich kobiet (53,1%) przeszła badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy co najmniej raz w życiu. Wśród kobiet, które otrzymały nieprawidłowe / pozytywne, podejrzenie raka lub niejednoznaczne wyniki, zdecydowana większość (91,4%) była leczona. Spośród 46,9% kobiet, które nie miały testu na raka szyjki macicy, powody braku testu były następujące: 48,7% nie miało wystarczającej wiedzy na temat procedury (jak i / lub gdzie uzyskać test); 7,8% wskazało na zakłopotanie (obawa przed ujawnieniem wizyty, piętno społeczne); 26,5% nie miało czasu na wykonanie testu; 7,8% stwierdziło, że klinika jest zbyt daleko; a 9,2% podało strach jako powód.

Jeśli chodzi o stan zdrowia populacji na Ukrainie, średnie BMI osoby dorosłej wynosiło 26,8 kg/m<sup>2</sup> i wzrastało wraz z wiekiem. Tylko dwie piąte (39,6%) ludności Ukrainy miało prawidłową masę ciała (BMI 18,5–24,9 kg/m<sup>2</sup>). Prawie trzy piąte (59,1%) miało nadwagę (BMI ≥25 kg / m<sup>2</sup>), w tym jedna czwarta populacji (24,8%) była otyła (BMI ≥30 kg / m<sup>2</sup>). Zarówno nadwaga, jak i otyłość gwałtownie wzrosły wraz z wiekiem, a otyłość była bardziej rozpowszechniona wśród kobiet (mężczyźni: 20,1%; kobiety: 29,8%).

Jedna trzecia populacji (34,8%) miała podwyższone ciśnienie tętnicze lub nadciśnienie, zdefiniowane jako poziomy SBP ≥140 mmHg i/lub DBP ≥90 mmHg, lub aktualnie przyjmujące leki z tego powodu. Jedna trzecia z nich (33,6%) nie była wcześniej diagnozowana. 17,6% zostało zdiagnozowanych, ale nie przyjmowało leków; 34,4% przyjmowało leki, ale BP nie było kontrolowane (SBP ≥140 i (lub) DBP ≥90 mmHg); a tylko 14,4% przyjmowało leki i kontrolowało ciśnienie.

Częstość występowania podwyższonego stężenia glukozy w osoczu na czczo (≥7,0 mmol/l) lub przyjmowanie doustnych leków hipoglikemizujących/insuliny wynosiło 7,1%. Prawie połowa z tych osób (3,8% całej populacji) nie była wcześniej diagnozowana w kierunku cukrzycy. Ponadto 40,7% populacji miało całkowity cholesterol we krwi ≥5,0 mmol/l lub były obecnie przyjmowane na leki na podwyższony poziom cholesterolu.

Ogółem u 32,8% populacji wystąpiło 3–5 czynników ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych a 60,1% miało 1-2 czynniki ryzyka, przy czym liczba obecnych czynników ryzyka wzrastała wraz z wiekiem.

Prawie jedna czwarta (23,4%) populacji w wieku 40–69 lat miała 30% lub większe 10-letnie ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych, takich jak udar mózgu i zawał mięśnia sercowego. Jednak tylko jedna trzecia (36,6%) osób z grupy wysokiego ryzyka otrzymywała leki i porady w celu zapobiegania powikłaniom.

Zwiększone ryzyko zakażeń u osób w kryzysie uchodźczym, w tym u mieszkańców Ukrainy przybywających obecnie do państw UE, wynika z większej zapadalności na niektóre choroby zakaźne w państwie pochodzenia, ze złych warunków życiowych przed migracją i w jej trakcie oraz utrudnionego dostępu do opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania oraz po jego opuszczeniu.

Osoby uciekające obecnie z Ukrainy, zwłaszcza dzieci, mogą być szczególnie narażone na choroby, którym można zapobiegać przez szczepienia ochronne. Jest to związane z [trudnościami w realizacji programu szczepień ochronnych w ostatnich latach w tym kraju](#). Z tego powodu zaleca się szczególną czujność kliniczną w odniesieniu do możliwości wystąpienia przypadków nagminnego porażenia dziecięcego (poliomyelitis), odry oraz COVID-19 wśród osób uciekających z Ukrainy (tab. 1). Eksperti European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) zwracają także uwagę na niski poziom zaszczepienia przeciwko grypie: od początku sezonu grypowego w 2021 roku do czasu rozpoczęcia rosyjskiej inwazji szczepionkę otrzymało zaledwie około 164 000 mieszkańców Ukrainy, której populacja liczy ponad 40 milionów.

Ważnym problemem zdrowia publicznego na Ukrainie jest gruźlica. Zgodnie z najnowszymi dostępnymi danymi państwo to znajduje się na 2 miejscu w Europie pod względem liczby przypadków gruźlicy rozpoznawanych rocznie. W 2019 roku chorobę tę na Ukrainie wykryto u 28 539 osób, z czego u 27% chorych stwierdzono gruźlicę wielolekooporną (MDR-TB). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zalicza Ukrainę do grupy krajów najbardziej dotkniętych MDR-TB na świecie.

Kolejną infekcją traktowaną priorytetowo przez ekspertów ECDC jest zakażenie HIV, które na Ukrainie rozpoznawano w ostatnich latach znacznie częściej niż przeciętnie w krajach europejskiego regionu WHO. W 2020 roku zakażenie HIV na Ukrainie stwierdzono u 37,5 na 100 000 mieszkańców, podczas gdy w UE u 3,5 na 100 000. W tym samym okresie leczenie antyretrowirusowe otrzymywało 57% zakażonych w Ukrainie, w porównaniu z 82% w UE. Ukraina zajmuje też 2 miejsce w regionie europejskim WHO pod względem liczby chorych ze współistniejącym zakażeniem HIV i gruźlicą.

ECDC zwraca uwagę, że na Ukrainie wścieklizna wciąż występuje endemicznie wśród dzikich zwierząt oraz psów i kotów, co może mieć znaczenie w sytuacji, w której część osób uciekających z Ukrainy zabiera ze sobą zwierzęta domowe, a Komisja Europejska w związku z obecnym kryzysem uchodźczym uprościła zasady transgranicznego ruchu zwierząt domowych na terenie UE.

Eksperti ECDC podkreślają, że osobom uciekającym z Ukrainy należy zapewnić ochronę przed chorobami zakaźnymi na takim samym poziomie, jaki się zapewnia mieszkańcom kraju goszczącego. Lekarze sprawujący opiekę medyczną nad uchodźcami powinni zwracać szczególną uwagę na objawy chorób zakaźnych, zwłaszcza tych, które są traktowane przez ECDC priorytetowo ze względu na zwiększoną podatność na zakażenia w tej grupie osób oraz istotne konsekwencje kliniczne.

8 marca 2022 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) opublikowało zalecenia w zakresie zapobiegania zakażeniom i metodom ich kontroli uwzględniające podatność na choroby zakaźne wśród osób w kryzysie uchodźczym, ryzyko zakażeń związanych z pobytem w punktach recepcyjnych oraz dane epidemiologiczne dotyczące istotnych chorób infekcyjnych w populacji ukraińskiej. Autorzy przywołanej publikacji zwracają uwagę na konieczność zapewnienia lekarzom udzielającym świadczeń zdrowotnych uchodźcom z Ukrainy dostępu do takich informacji i wykorzystania ich w praktyce klinicznej. Podkreślają

wagę szczepień jako jednego z podstawowych elementów ochrony zdrowia publicznego, w szczególności w sytuacji obecnego kryzysu uchodźczego.

Tabela 1. . Zespoły objawów, główne choroby oraz częstość ich występowania w populacji ukraińskiej (Wroczyńska A., 2022)

Zespoły objawów	Główne choroby	Częstość występowania w populacji ukraińskiej	Priorytet
ostre zakażenia układu oddechowego lub choroby grypopodobne	<ul style="list-style-type: none"> <li>- grypa sezonowa</li> <li>- zakażenie RSV</li> <li>- COVID-19</li> <li>- choroba pneumokokowa</li> <li>- legioneloza</li> <li>- choroba przeziębieniowa (wywołana przez adenowirusy, rinowirusy, wirus paragrypy, sezonowe koronawirusy i in.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- według danych zgromadzonych do 20 lutego 2022 r. częstość występowania chorób grypopodobnych przekroczyła poziom epidemii w sezonie 2021-2022; 27,5% przypadków zakażeń zgłoszono u dzieci &lt;17. rż.</li> <li>- nie zgłoszono żadnych przypadków legionelozy w ostatnich 2 latach</li> <li>- odnotowano nasiloną transmisję zakażeń SARS-CoV-2 (tylko 35% całej populacji ukończyło podstawowy cykl szczepienia przeciwko COVID-19)</li> </ul>	wysoki
ostre porażenia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ostre porażenie wiotkie/ <i>poliomyelitis</i></li> <li>- botulizm</li> <li>- tężec</li> <li>- inne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- w 2021 r. odnotowano liczne przypadki zakażeń wirusem <i>polio</i> typu 1 i 2 pochodzenia szczepionkowego (VDPV), stwierdzono 2 przypadki ostrego porażenia wiotkiego wywołanego przez VDPV2; dzieci &lt;6. rż. są szczególnie podatne na <i>poliomyelitis</i> w Ukrainie</li> <li>- przypadki zatrucia jadem kiełbasianym związane ze spożyciem skażonej żywności są zgłaszane corocznie w Ukrainie (100-200 na rok w latach 2017-2020) ze wzrostem zachorowań w maju i czerwcu; epidemie są często związane ze spożyciem domowych konserw (np. grzyby, mięso) lub suszonych i/lub wędzonych ryb</li> <li>- w ciągu 3 ostatnich lat zgłaszano corocznie 7-15 przypadków tężca</li> </ul>	wysoki
osutka i gorączka	<ul style="list-style-type: none"> <li>- odra</li> <li>- różyczka</li> <li>- leptospiroza</li> <li>- choroby przenoszone przez wszy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- w 2021 r. zgłoszono 16 przypadków odry, po dużej epidemii w 2019 r., podczas której odrę rozpoznano u &gt;57 000 osób; z powodu małego odsetka zaszczepionej populacji Ukrainy utrzymuje się podatność na odrę</li> <li>- liczba przypadków różyczki zmniejszyła się (0,05 na 100 000 w 2021 r. vs 0,33 na 100 000 w 2019 r.), podatność na różyczkę się jednak utrzymuje ze względu na mały odsetek zaszczepionej populacji w ostatnich latach</li> <li>- wskaźnik zachorowań na leptospirozę w latach 2020 i 2021 - 0,29 na 100 000 (ok. 120 przypadków rocznie) - zmniejszenie liczby zachorowań o połowę w porównaniu z 2019 r. (0,7 na 100 000, 295 przypadków)</li> </ul>	wysoki

utrzymujący się, produktywny kaszel	- gruźlica płuc	- Ukraina została zaliczona przez WHO do krajów o wysokim priorytecie dla gruźlicy - odnotowano wzrost o 4,3% liczby nowo zarejestrowanych przypadków gruźlicy: w 2021 r. 44 przypadki na 100 000, a w 2020 r. 42,2 na 100 000 - odnotowano wzrost o 25% liczby zachorowań w grupie dzieci w wieku 0–14 lat	wysoki
-------------------------------------	-----------------	---	--------

### Realizacja programu szczepień na Ukrainie

W drugiej dekadzie XXI wieku na Ukrainie doszło – głównie w związku z trudną sytuacją społeczno-polityczną – do kilkuletniego załamania systemu szczepień ochronnych. Jeszcze w latach 2008–2010 odsetek populacji dzieci szczepionych zgodnie z obowiązkowym PSO był bardzo duży (>90%), ale w kolejnych latach znacząco się zmniejszył. W latach 2014–2016 odsetek dzieci, które zaszczepiono zgodnie z PSO trzecią dawką DTP, był bardzo mały (20%). Zmniejszył się również odsetek dzieci zaszczepionych zgodnie z PSO przeciwko odrze – w latach 2010–2016 wynosił jedynie 31–57%, czyli znacznie poniżej progu wymaganego dla osiągnięcia odporności populacyjnej (>95%), co doprowadziło do wybuchu epidemii odrzy w latach 2017–2019 (zgłoszono wówczas w Ukrainie prawie 100 000 zachorowań). Choć w ostatnich latach realizacja szczepień obowiązkowych u dzieci na Ukrainie znacząco się poprawiła (w 2019 roku odsetek dzieci zaszczepionych należnie dla wieku drugą dawką szczepionki przeciwko odrze wyniósł 92%, a trzecią dawką szczepionki przeciwko poliomyelitis lub DTP odpowiednio 78% i 80%), poziom zaszczepienia przeciwko polio i odrze należy uznać za niedostateczny. W 2021 roku na Ukrainie odnotowano 2 przypadki porażenia wiotkiego wywołanego przez wirus polio pochodzenia szczepionkowego (vaccine-derived polio virus - VDPV).

### 2.1.2. Edukacja i profilaktyka zdrowotna wśród uchodźców z Ukrainy

Zgodnie ze stanowiskiem ECDC przybycie uchodźców do danego kraju wiąże się z odpowiedzialnością władz państwa goszczącego za przekazanie nowo przybyłym osobom informacji umożliwiających skuteczną profilaktykę zdrowotną, w tym dotyczącą chorób infekcyjnych oraz uzyskanie w razie potrzeby odpowiedniej pomocy medycznej. Kontakt z osobami w kryzysie uchodźczym wymaga klarownej i spójnej komunikacji, nie tylko w zakresie języka, ale także rozpowszechniania informacji poprzez osoby obdarzone zaufaniem wśród uchodźców oraz wykorzystania skutecznych w danej grupie kanałów komunikacji.

Zalecenia ekspertów ECDC w zakresie komunikacji ryzyka zdrowotnego w kontekście kryzysu uchodźczego obejmują:

- budowanie zaufania oraz zaangażowanie lokalnych społeczności – zaufanie do władz sprzyja przestrzeganiu zaleceń (np. dotyczących zapobiegania i kontroli COVID-19); kraj goszczący powinien włączyć do pracy organizacje pozarządowe, mające doświadczenie w pracy z uchodźcami,
- identyfikację osób najsłabszych, najbardziej narażonych na skutki przesiedlenia, takich jak dzieci, kobiety ciężarne, osoby w podeszłym wieku, osoby z chorobami przewlekłymi lub niepełnosprawnością, a także mniejszości etniczne, oraz zapewnienie im dostępu do informacji oraz wsparcia,
- zapobieganie dezinformacji i jej skutkom – uchodźcy w swojej niepewnej nowej sytuacji są szczególnie narażeni na fałszywe informacje, które mogą się przyczynić do zagrożenia ich zdrowia; zgodnie z zaleceniami ECDC istotne jest wdrożenie przez władze państw goszczących procedur mających na celu walkę z dezinformacją kierowaną do tej grupy (np. z wykorzystaniem mediów społecznościowych).



wych),

- edukację uchodźców w zakresie miejscowych zasad zapobiegania COVID-19, które mogą się różnić od stosowanych w Ukrainie, oraz zdecydowane zachęcanie do szczepień przeciw COVID-19 jako skutecznego środka zapobiegającego ciężkiemu przebiegowi choroby i hospitalizacji,
- analizę sposobu postrzegania, przekonań i potrzeb uchodźców w celu skuteczniejszego przekazywania informacji o ryzyku zdrowotnym i właściwego dostosowania oferowanej pomocy – w tym celu ECDC zaleca pozyskiwanie danych jakościowych i ilościowych z wykorzystaniem różnych metod badawczych, m.in. kwestionariuszy, wywiadów z określonymi osobami mogącymi dostarczyć istotnych informacji oraz zogniskowanego wywiadu grupowego.

Szczepienia są kluczowe dla działania profilaktyki i zapobiegania szerzenia się chorobom zakaźnym. Minister Zdrowia wydał zalecenia odnośnie sposobu realizacji szczepień u dzieci z Ukrainy.

Komunikaty Ministra Zdrowia z 8 i 10 marca 2022 roku w sprawie realizacji szczepień u dzieci z Ukrainy

Realizacja szczepień ochronnych zgodnie z PSO na 2022 roku powinna się odbywać w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) według poniższych zasad:

1. Osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (RP) przez okres <3 miesięcy mogą dobrowolnie poddać się szczepieniom ochronnym określonym w PSO na 2022 rok jako obowiązkowe dla obywateli RP, z wykorzystaniem preparatów udostępnianych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne na dotychczasowych zasadach.
2. Zarówno szczepienie noworodków przeciwko gruźlicy (BCG) oraz wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, jak i kolejne szczepienia obowiązkowe zgodnie z PSO są również obowiązkowe dla dzieci urodzonych na terenie RP przez uchodźczyń.
3. Szczepienia poekspozycyjne, które są wymagane dla zapewnienia zdrowia i życia pacjenta (przeciwko tężcowi, przeciwko wścieklicznie), powinny być wykonane niezwłocznie, zgodnie z decyzją lekarza.
4. Szczepienia należy udokumentować w karcie uodpornienia lub w e-Karcie Szczepień, książeczce szczepień oraz dokumentacji medycznej.b
5. O rozpoczęciu, kontynuacji lub uzupełnieniu realizacji szczepień ochronnych zgodnie z PSO na 2022 rok (w tym o terminach szczepień) każdorazowo decyduje lekarz POZ sprawujący opiekę nad dzieckiem, zgodnie z opracowanym indywidualnym kalendarzem szczepień (IKSz).
6. Osoby do 19. rż. przebywające na terytorium RP >3 miesiące są objęte obowiązkiem szczepień ochronnych zgodnie z PSO na 2022 rok.
7. Osoby nieposiadające dokumentacji medycznej poświadczającej otrzymanie szczepień należy traktować jak niezaszczepione. Nie zaleca się rutynowego wykonywania badań serologicznych w celu ustalenia statusu uodpornienia.
8. U hospitalizowanych dzieci o nieznanym statusie szczepienia przeciwko WZW typu B w celu określenia stanu uodpornienia należy oznaczyć stężenie przeciwciał anti-HBs.

Priorytetowe szczepienia do realizacji u dzieci z Ukrainy:

- MMR u dzieci w 2. rż.
- DTP i przeciwko poliomyelitis należnie dla wieku
- WZW typu B należnie dla wieku
- przeciwko COVID-19 (nieuwzględnione w PSO) – zgodnie z dotychczasowymi zasadami ujętymi w odpowiednich komunikatach Ministra Zdrowia.

### **Ważne są informacje dodatkowe w realizacji szczepień:**

- osoby pozostające na terenie naszego kraju ponad okres trzech miesięcy od dnia przekroczenia granicy, mają obowiązek wykonania szczepień ochronnych lub posiadania potwierdzenia zaszczepienia zgodnie z obowiązującym PSO na rok 2022.
- w sytuacji braku dokumentacji medycznej szczepień należy traktować dziecko jako nieszczepione i zalecić wykonanie określonych szczepień,
- w przypadku dzieci hospitalizowanych o nieznanym statusie szczepienia należy ocenić stan uodpornienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby badaniem oceny poziomu przeciwciała anti-HBs,
- nie zaleca się rutynowego wykonywania badań serologicznych w celu ustalenia statusu uodpornienia,
- prowadzenie dokumentacji szczepień dziecka zgodnie z obowiązującymi zaleceniami, w tym dokumentowanie szczepień ochronnych w formie elektronicznej w e-karcie szczepień,
- informacje dotyczące wyceny świadczenia oraz o sposobie rozliczenia za wykonane świadczenia będą przekazane za pośrednictwem NFZ.

W Medycynie Praktycznej (mp.pl) lekarze znajdą praktyczne porady i przykłady rozwiązywania nietypowych sytuacji przy szczepieniach dzieci i młodzieży z Ukrainy. Ponadto przydatny jest tu słownik ukraińsko-polski nazw chorób, którym można zapobiegać poprzez szczepienia. Przy kwalifikacji do szczepienia można skorzystać z kwestionariuszy wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem przygotowanych w języku polskim i ukraińskim, co ułatwia korzystanie i komunikację przy szczepieniu.

### **2.1.3. Leczenie pacjentów mających status uchodźcy w Polsce**

Przepisy związane z pomocą medyczną są realizowane na mocy art. 37 specustawy z dnia 12 marca 2022 roku: obywatel Ukrainy, którego pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest uznawany za legalny na podstawie art. 2 ust. 1, jest uprawniony do opieki medycznej udzielanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obejmującej świadczenia opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie, jaki przysługuje osobom objętym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym przysługuje prawo do świadczeń na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem:

- leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej,
- podania produktów leczniczych wydawanych świadczeniobiorcom w ramach programów polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia (podawane przez podmioty realizujące ww. programy)

Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane przez świadczeniodawców:

- na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
- przez apteki na podstawie umów na realizację recept, zawartych z NFZ.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej są rozliczane ze świadczeniodawcami oraz aptekami przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Dodatkowo w art. 32 specustawy znajdziemy prawo obywatela Ukrainy do bezpłatnej pomocy psychologicznej. Zapewnia ją wójt, burmistrz lub prezydent miasta gminy właściwej ze względu na miejsce pobytu obywatela Ukrainy.

Szereg działań na mocy ww. Ustawy zostało dopuszczonych, aby sprawniej przejść proces wdrożenia obywateli Ukrainy do systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Dobrym przykładem wykorzysta-

nia narzędzi informatycznych, które zostały przystosowane do potrzeb Ukraińców jest aplikacja stworzona przez Ministerstwo Zdrowia. Umożliwia ona szybką diagnozę stanu zdrowia pacjenta, a także komunikację między pacjentem i lekarzem, który nie posługuje się językiem ukraińskim. Aplikacja składa się z dwóch modułów – dla pacjenta i dla lekarza. Dzięki aplikacji w czasie konsultacji medycznej język ukraiński/rosyjski będzie tłumaczony na język polski, a język polski na język ukraiński/rosyjski. Gdy pacjent będzie mówił po ukraińsku, lekarz otrzyma transkrypcję w języku polskim. Gdy lekarz będzie wykorzystywał język polski, pacjent otrzyma transkrypcję w języku ukraińskim. Moduł zapewnia sprawną komunikację pomiędzy lekarzem i pacjentem. Zarówno formularz, jak i transkrypcja rozmowy będą mogły być wygenerowane do pliku pdf i wydrukowane. Wygenerowany plik będzie dostępny w języku ukraińskim, polskim i angielskim.

Ministerstwo Zdrowia rozszerzyło także usługę Teleplatformy Pierwszego Kontakt na osoby posługujące się językiem ukraińskim. W nocy, w weekendy i święta, czyli poza godzinami pracy podstawowej opieki zdrowotnej, każdy otrzyma profesjonalną pomoc medyczną przez telefon – w języku ukraińskim, polskim i angielskim. Wystarczy zadzwonić na numer 800-137-200 lub wypełnić formularz. W ramach Teleplatformy Pierwszego Kontakt można otrzymać poradę medyczną, e-receptę, e-skierowanie i e-zwolnienie. Ministerstwo Zdrowia, wraz z Centrum e-Zdrowia, przystosowało też Internetowe Konto Pacjentów do języka ukraińskiego. W Internetowym Koncie Pacjenta widoczne są recepty, skierowania i dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia. W języku ukraińskim została uruchomiona również aplikacja mojeIKP. Aplikacja umożliwia m.in.: łatwe odbieranie e-recept i e-skierowań; sprawdzenie historii e-recept i e-skierowań; wykupienie leku w aptece przez pokazanie kodu QR e-recepty na ekranie telefonu (bez konieczności podawania farmaceucie numeru PESEL); sprawdzenie, kiedy i w jakiej placówce odbędzie się wizyta na podstawie zarejestrowanego e-skierowania; udostępnianie i pobieranie Unijnego Certyfikatu COVID (UCC), czyli zaświadczenia o pełnym zaszczepieniu, a także sprawdzenie wyniku testu na COVID-19.

Działania w zakresie informatyzacji są doskonałym narzędziem ułatwiającym poruszenie się po systemie opieki zdrowotnej dla obywateli Ukrainy.

#### **2.1.4. Zdrowie psychiczne Ukraińców przebywających w Polsce**

Za raportem WHO EURO 2020 (badania w 2019 roku, przed agresją Rosji) kondycja psychiczna Ukraińców nie była relatywnie zła. Co ósmy dorosły (12,4%) na Ukrainie zgłosił objawy zgodne z kliniczną diagnozą depresji. Jednak tylko jedna na cztery osoby z prawdopodobną depresją (3,0% całej populacji) była informowana przez lekarza lub pracownika służby zdrowia, że ma depresję. Tylko 0,4% populacji przeszło leczenie lekami przeciwdepresyjnymi (WHO, 2020).

Niestety nie dysponujemy publicznie dostępnymi szczegółowymi danymi o sytuacji w Polsce. Za danymi WHO: Prawie 10 mln osób (w Europie) jest zagrożonych zaburzeniami psychicznymi, jak stres, lęk, depresja i zespół stresu pourazowego (PTSD) - ocenili eksperci Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) Hans Kluge i Jarno Habicht (WHO, 2023). W kontekście wojny ludność Ukrainy wykazała dotychczas wysoki poziom odporności. Ukraiński rząd szybko zwiększył zakres wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego obywateli, zarówno na poziomie ogólnokrajowym, jak i lokalnym. Niezależnie od zauważalnej „odporności” uchodźców dotyka nowy stres – zmiana miejsca zamieszkania. Migracja dla większości oznacza szereg ważnych zmian w życiu (nauka języka, oswojenie z nową kulturą, praca niezgodna z oczekiwaniami). Jest to wysoko stresujące doświadczenie. Ów stres, w literaturze nazywany stresem akulturacyjnym, przejawia się w wielu dziedzinach życia (psps, 2023).

Wśród wyzwań emocjonalnych, z którymi migranci muszą na co dzień się mierzyć, wymienić można m.in. poczucie, że jest się nierozumianym ze względu na słabą znajomość języka, czy poczucie odizolowania od społeczeństwa. Do tego dochodzi obawa przed brakiem możliwości rozwoju zawodowego.

### **Na co szczególnie zwracają uwagę eksperci?**

- **Dyskryminacja i wrogość jako źródła stresu**

Migranci mogą czuć się nierówno traktowani chociażby wskazując na mniejsze możliwości rozwoju zawodowego i edukacyjnego. Jak pokazują badania, ta sytuacja u wielu powoduje symptomy depresji lub objawy lęku. Jest ona również czynnikiem ryzyka dla chorób serca. Co więcej, osoby doświadczające dyskryminacji ze względu na bycie imigrantem często stopniowo zaczynają wycofywać się z życia społecznego w obawie przed kolejnymi objawami nierównego traktowania. Istnieje też ryzyko przejawów otwartej wrogości, takiej jak przemoc werbalna czy fizyczna. Ta pierwsza, nazywana również mianem „mowy nienawiści” może mieć poważne konsekwencje dla zdrowia psychicznego osób, które są jej ofiarą. Osoby doświadczające mowy nienawiści, definiowanej przez Komisję Europejską jako „publiczne nawoływanie do przemocy lub nienawiści wobec grup lub jednostek ze względu na pewne ich cechy, takie jak rasa, kolor skóry, religia oraz pochodzenie narodowe lub etniczne”, częściej deklarują objawy lęku, występowanie symptomów depresji czy skłonności do myśli samobójczych.

- **Mowa nienawiści wobec Ukraińców w Polsce**

Do udziału w badaniu kwestionariuszowym zaproszono 700 Ukraińców mieszkających w Polsce (Wypych, 2022). Osoby badane wypełniały kwestionariusz online. Na początku badacze zaprezentowali imigrantom przykłady mowy nienawiści, prosząc ich o określenie, jak często spotykają się z takimi stwierdzeniami w przestrzeni publicznej. Następnie, psychologowie poprosili badanych o udzielenie odpowiedzi na skalach mierzących stres akulturacyjny, objawy stresu pourazowego (PTSD), objawy depresji oraz doświadczenia dyskryminacji ze względu na język, którym się posługują. Osoby badane zapytano także o ich płeć, wiek, sytuację finansową oraz poziom edukacji.

Wyniki badania przeprowadzonego przez polskich psychologów społecznych potwierdziły wcześniejsze obserwacje. Ukraińcy mieszkający w Polsce, którzy częściej spotykali się z przemocą werbalną, deklarowali gorszy dobrostan psychiczny, tj. częstsze występowanie objawów PTSD oraz częstsze objawy depresji. Co ważne, działało się tak u wszystkich osób badanych, niezależnie od tego, jak często doświadczały one dyskryminacji. Znaczenia nie miał też ich wiek, płeć, poziom edukacji oraz sytuacja finansowa. Ponadto, badacze pokazali, że osoby, które częściej słyszą lub czytają mowę nienawiści, mają również wyższy poziom stresu akulturacyjnego, co przekłada się na gorszy stan ich zdrowia psychicznego.

Możliwe również, że osoby o wyższym nasileniu symptomów depresji częściej dostrzegają mowę nienawiści w przestrzeni publicznej, co dodatkowo je stresuje. Nie ulega jednak wątpliwości, że mowa nienawiści wobec Ukraińców w Polsce może mieć poważne konsekwencje dla dobrostanu przedstawicieli tej mniejszości w naszym kraju.

Mowa nienawiści może pogłębiać stres akulturacyjny i wpływać negatywnie na samoocenę, poczucie przynależności i dobrostan migrantów z Ukrainy (badania.net, 2023).

### 2.1.5. Podsumowanie

Wyzwania w opiece zdrowotnej Ukraińców w Polsce to m.in. bariera językowa, brak dostępu do informacji o systemie opieki zdrowotnej w Polsce, trudności w uzyskaniu informacji o swoim stanie zdrowia oraz brak dostępu do opieki medycznej (tabela poniżej).

W związku z dużym odsetkiem palących Ukraińców i niemałym ryzykiem chorób metabolicznych należy rozważyć działania profilaktyczne (poszerzenie o tę grupę) i informacyjne np.: na opakowaniach papierosów/alkoholu informacja po ukraińsku. Pewien problem stanowi też niestosowanie się do zaleceń lekarskich (niekontrolowanie ciśnienia i niestosowanie leków).

Z raportu WHO, ale także własnych rozmów z pracownikami szpitalnych SORów wnioskujemy o trudnościach z przestrzeganiem zasad bezpieczeństwa w ruchu drogowym i zasad BHP w pracy. To może skutkować częstszymi urazami i wypadkami np. na liniach produkcyjnych, na budowie.

W kontroli ryzyka chorób zakaźnych kluczowe jest realizowanie programu szczepień, szczególnie u dzieci w grupach ryzyka.

Wyzwania w opiece medycznej Ukraińców	Po stronie pacjenta	Po stronie systemu
bariera językowa	+	+
informacja o swoim stanie zdrowia	+ (brak dokumentacji do okazania lekarzowi)	+ (EDM tylko po polsku)
informacja o systemie opieki zdrowotnej w Polsce	-	+ (większość agencji rządowych, MZ, NFZ ma już strony informacyjna po ukraińsku, w wielu szpitalach są procedury np.dostępny tłumacz druki dwujęzyczne)
szczepienia	+ (niechęć, dowolność)	+
Profilaktyka zdrowotna	-	+

### 2.2.1. Personel medyczny z Ukrainy – szansa na problemy kadrowe w ochronie zdrowia

Służba zdrowia w Polsce od lat boryka się z problemem deficytów kadrowych. Potrzeba jest profesjonalistów, którzy zaopiekują się pacjentami, a zaistniała sytuacja geopolityczna może przyczynić się do poprawy tego stanu. W związku ze zmianą sytuacji na Ukrainie do Polski przyjechało wiele osób posiadających wykształcenie medyczne. Ponad 7000 osób z tego grona, chcąc pracować w swoim zawodzie, złożyło do Ministerstwa Zdrowia (MZ) stosowne wnioski. Większość wniosków rozpatrzono pozytywnie.

Obecnie personel medyczny z Ukrainy, który jest zatrudniany w podmiotach leczniczych, stanowi duże wsparcie na uzupełnienie zaistniałej luki w kadrze medycznej.

Tymczasem najwięcej zatrudnionych osób z Ukrainy w placówkach leczniczych stanowią opiekunki medyczne oraz personel pomocniczy (salowe). Wykształcenie opiekunki medycznej w szkołach policealnych

trwa 1,5 roku.

Sytuacja wygląda gorzej pod względem przyznania dyplomów pielęgniarskich, położnych, lekarzy, lekarzy dentyków. W Polsce obecnie przebywa spora grupa osób wykształconych na kierunkach medycznych w Ukrainie, ale system kształcenia jednak nieco się różni od systemu w UE. Dodatkowo można zauważyć różnicę w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów.

Warto się zastanowić nad tym, w jaki sposób ułatwić wykonywanie zawodu medycznego personelowi z Ukrainy i jak wykorzystać tę sytuację. Imigracja spowodowana działaniami wojennymi na Ukrainie nasila napływ wysoko wykwalifikowanych pracowników do Polski, ale też wzrasta ilość pacjentów z Ukrainy. Docierają informacje, że osoby z wykształceniem medycznym z jednej strony nie zawsze odnajdują się na imigracji, a z drugiej nie chcą wykonywać zawodu poniżej swoich kwalifikacji, dlatego pomimo nadal trwających działań wojennych na Ukrainie decydują się na powrót do kraju. Należy przyjrzeć się sytuacji i mądrze wykorzystać możliwości do uzupełnienia zaistniałej luki w kadrze medycznej, i poprawić dostępność do lekarzy specjalistów. Nie wszyscy z ukraińskiego personelu medycznego (wiek przedemerytalny, emerytalny, problemy językowe, stres związany z imigracją) pomimo wprowadzonej specustawy, która bardzo ułatwiła wykonywanie zawodu medycznego mają siłę przebicia, a nawet nie są w stanie bez wsparcia udzielonego przez osoby kompetentne przejść ścieżkę umożliwiającą zdobycie ministerialnej decyzji administracyjnej, a później przyznanie warunkowego prawa wykonywania zawodu (WPWZ) niezbędnych do wykonywania wyuczonego zawodu medycznego. Warto podkreślić, że ukraińscy uchodźcy z wykształceniem medycznym nierzadko legitymują się wieloletnim doświadczeniem zawodowym i mogą być wsparciem przy diagnozowaniu i leczeniu pacjentów nie tylko z Ukrainy, lecz także z Polski lub innych krajów. Zauważalny wzrost liczby pacjentów z Ukrainy, w związku z działaniami wojennymi, stwarza nowe możliwości dla personelu, ale też wymaga większej ilości personelu medycznego na wyższym i średnim szczeblu: lekarzy, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych.

Należy wspomnieć, iż wykształcenie wysoko wykwalifikowanego specjalisty medycznego wiąże się z dużym nakładem finansowym w każdym kraju i trwa wiele lat. CMKP już w marcu 2022 roku, czyli tuż po wybuchu wojny w Ukrainie, zorganizowało bezpłatne kursy języka polskiego dla medyków, którzy przyjechali do Polski. Przedstawiciele zawodów medycznych uczyli się języka polskiego z uwzględnieniem specjalistycznego, medycznego słownictwa. Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP), we współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Światową Organizacją Zdrowia, od 9 stycznia 2023 roku prowadzi kurs e-learningowy „Organizacja ochrony zdrowia w Polsce”. Kurs finansowany jest ze środków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

### **2.2.2. Procedura zatrudnienia personelu medycznego z Ukrainy w Polskim systemie ochrony zdrowia**

Lekarze z Ukrainy do dnia 12 marca 2022 roku, planując podjęcie zatrudnienia w wyuczonym zawodzie w Polsce, musieli przechodzić żmudny i kosztowny proces nostryfikacji dyplomu. W przeciwnym razie nie mieli żadnych szans na rozpoczęcie swojej praktyki zawodowej w Polsce bez względu na formę prawną, w której mogłaby być ona wykonywana. Obecnie lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna z Ukrainy mogą ubiegać się o wyrażenie zgody przez Ministra Zdrowia na zatrudnienie w wybranym podmiocie leczniczym. Jeżeli taka zgoda zostanie wyrażona personel medyczny z Ukrainy może w Polsce praktykować w placówce leczniczej do której dostanie zezwolenie. Rządowa specustawa o pomocy obywatelom z Ukrainy ułatwia zatrudnianie personelu medycznego w podmiotach leczniczych. Zatrudniani specjaliści postępują

się lub dopiero uczą się języka polskiego, poznają medyczne słownictwo, zgłębiają tajniki polskiego systemu leczniczego i zdobywają uprawnienia w zawodzie medycznym asystując polskim lekarzom i pomagając w kontakcie z pacjentami ukraińskimi, których ciągle przybywa.

Mimo wprowadzonych specustawą uproszczeń – umożliwienie Ukraińcom wykonywania zawodu medycznego jest wciąż procesem wieloetapowym, długofalowym i długotrwałym. Przykładowo, proces uznania specjalizacji medycznej trwa nawet 5 lat, przy czym w praktyce nie każda specjalizacja jest uznawana, ponieważ specyfikacje specjalizacji w Polsce i na Ukrainie różnią się.

Lekarz, lekarz dentyista, pielęgniarka, położna starają się w pierwszej kolejności o odpowiednią decyzję administracyjną wydaną przez Ministerstwo Zdrowia. Po jej otrzymaniu mogą otrzymać warunkowe prawo wykonywania zawodu w Polsce, które nadaje Okręgowa Izba Lekarska (OIL) lub Pielęgniarska i Położnych (OIPIP). Innymi słowy, przedstawiciele zawodów medycznych z Ukrainy muszą dostać dwie decyzje, otwierające możliwość wykonywania zawodu: od ministra zdrowia i izby lekarskiej, pielęgniarskiej czy położnych. Obecnie prawo wykonywania zawodu jest przyznawane na określone czynności zawodowe, okres i miejsce, które są wskazane w decyzji. W ciągu 7 dni od podjęcia zatrudnienia przez medyków z Ukrainy należy zawiadomić MZ o rozpoczęciu pracy w określonej placówce. Osoby, które nie posiadają przy sobie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe mogą mieć problem z zatrudnieniem w Polsce na podstawie specustawy z dnia 12 marca 2022 roku o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium Ukrainy. Chociaż istnieje możliwość złożenia do MZ w formie niebudzącej wątpliwości kopii dyplomu potwierdzonego przez Konsula Ukrainy.

Może też zdarzyć się sytuacja, w której MZ wyda zgodę na wykonywanie zawodu medycznego, lecz OIL, OIPIP nie przyzna WPWZ. W powyższych okolicznościach możliwe jest wykonywanie zawodu na podstawie decyzji MZ, w przydzielonej placówce bez WPWZ.

Nowelizacja ustawy m.in. umożliwi lekarzom i lekarzom dentyistom spoza Unii Europejskiej, którzy chcą udzielać pomocy medycznej obywatelom Ukrainy przebywającym w Polsce, otrzymanie tymczasowego prawa wykonywania zawodu (analogicznie jak przy Covid – 19). W nowelizacji rozszerzono te rozwiązania na rzecz pacjentów – uchoźców wojennych z Ukrainy.

Przez pierwsze 3 miesiące lekarz specjalista z Ukrainy wykonuje pracę pod nadzorem lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty. Analogicznie, pielęgniarki i położne z Ukrainy pracują pod nadzorem polskich pielęgniarek i położnych, co zapewnia bezpieczeństwo pacjentowi. NRPIP planuje złożyć propozycję do MZ w celu utworzenia programu mentorskiego dotyczącego nadzoru nie tylko pielęgniarek i położnych obcokrajowców, lecz także absolwentów właściwych studiów. W rozmowie z lekarzami z Ukrainy udało się ustalić, iż 3 miesięczny okres pracy pod nadzorem w zupełności wystarcza na zapoznanie się z funkcjonowaniem polskiego systemu zdrowia, zapoznaniem się z refundacją lekową i porozumiewaniem się w języku polskim.

Lekarz, lekarz dentyista z Ukrainy – nie posiadając specjalizacji – mogą wykonywać jedynie takie obowiązki, które odpowiadają identycznym polskim uprawnieniom posiadanym przez lekarzy bez specjalizacji, pod nadzorem opiekuna będącego lekarzem posiadającym specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty.

Ustawa o pomocy obywatelom Ukrainy przewiduje specjalne ułatwienia tylko dla lekarzy i lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych z Ukrainy. Ułatwienia te dotyczą jedynie obywateli Ukrainy, którzy uzyskali kwalifikacje lekarza, lekarza dentyisty, pielęgniarki i położnej poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej (czyli w Ukrainie, ale także w innych państwach spoza UE).

Z ułatwień jednak nie będą mogli skorzystać lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne będący

obywatelami państw trzecich, którzy pracowali na Ukrainie i uciekli. Obywatel Ukrainy będzie mógł otrzymać zgodę na wykonywanie zawodu medycznego, jeśli:

- ma pełną zdolność do czynności prawnych;
- jego stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu medycznego;
- wykazuje nienaganną postawę etyczną i posiada dyplom lekarza, lekarza dentystry potwierdzający ukończenie co najmniej pięcioletnich studiów (lekarz, lekarz dentyista), licencjatu- pielęgniarki czy położnej wydany w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej.

Obywatele Ukrainy, którzy począwszy od 24 lutego 2022 roku przybyli do Polski i przedstawili kopię dokumentu potwierdzającego przekroczenie granicy (data przekroczenia granicy po 24 lutego 2022 roku) i nie posiadają oryginału dyplomu ukończenia studiów lub tytułu specjalisty, mogą przedstawić dyplom w formie niebudzącej wątpliwości kopii (dobrej jakości odwzorowanie dokumentu) potwierdzonej przez Konsula Ukrainy. W okresie 6 miesięcy po zakończeniu konfliktu zbrojnego na Ukrainie winni dostarczyć oryginał dyplomu lub notarialnie potwierdzoną kopię dyplomu.

Obywatele Ukrainy, którzy posiadają zgodę na wykonywanie zawodu medycznego oraz mają przyznane WPWZ w tych zawodach w związku z ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, będą mogli pracować poza podmiotem leczniczym przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19, nawet po zniesieniu stanu zagrożenia epidemicznego oraz zniesieniu stanu epidemii. Ustawa wprowadza również odrębne zasady wykonywania pracy dla lekarzy i lekarzy dentystry w trakcie stażu podyplomowego.

W Polsce od 30 grudnia 2020 roku obowiązują przepisy, które umożliwiają na nowych, prostszych zasadach, podjęcie pracy przez cudzoziemców w polskim systemie ochrony zdrowia. Specjalną ustawą zostali objęci lekarze, dentyści, pielęgniarki, położne i ratownicy medyczni. Uproszczone procedury zostały wprowadzone w czasie trwania pandemii COVID-19 w celu wzrostu zatrudnienia liczby personelu medycznego w Polsce.

Rozróżnia się trzy sposoby ubiegania się o zgodę MZ na pracę w Polsce w zależności od posiadanego wykształcenia, znajomości języka polskiego i posiadanych dokumentów:

- prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce, jeżeli osoba posiada odpowiednie dokumenty (wykonywanie zawodu samodzielnie po 1 roku pracy pod nadzorem);
- prawo wykonywania zawodu warunkowe w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19, jeżeli osoba posiada odpowiednie dokumenty (wykonywanie zawodu samodzielnie po 3 miesiącach pracy pod nadzorem);
- prawo wykonywania zawodu warunkowe w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19, jeżeli osoba posiada odpowiednie dokumenty (wykonywanie zawodu wyłącznie pod nadzorem).

Udzielenie zgody umożliwia wykonywanie zawodu w Polsce przez min. 18 miesięcy, a max. 5 lat. Personel medyczny, pomimo spełnienia założonych kryteriów na decyzję, czeka od trzech miesięcy wzwyż.

### **2.2.3. Różnice w zakresie schematów leczenia i wykształcenia personelu medycznego w kraju**

Aktualnie złożonych jest do Ministerstwa Zdrowia około 7 tysięcy wniosków od personelu medycznego z



Ukrainy. Pomimo znalezienia dla nich miejsca pracy w Polsce personel medyczny nie zawsze odnajduje się na stanowisku pracy. System ochrony zdrowia, system kształcenia, obowiązujące procedury, w szczególności refundacja lekowa, diagnostyka i leczenie pacjentów w obu krajach znacząco różnią się od siebie. Przeszkodą okazuje się być różnica w zakresie wykonywanych obowiązków przez personel medyczny z Ukrainy, niektóre specjalizacje w Polsce i w Ukrainie są tożsame, a niektóre się różnią. System edukacji w obu krajach jest inny. Zamiast LEPu, który obowiązuje w Polsce po VI roku studiów lekarskich, w Ukrainie jest KROK, który zdaje się po III, V i VI roku studiów. Specjalizacje niezabiegowe w Polsce trwają 4-5 lat, na Ukrainie 1,5 roku; specjalizacje zabiegowe w Polsce trwają 6 lat - na Ukrainie 2 lata. Należy także zauważyć, że nie wszystkie specjalizacje są równoważne. Lekarz z Ukrainy po 5 latach zdaje kolejny egzamin uzyskując I stopień specjalizacji; po kolejnych 5 latach wykonywania zawodu zdaje następny egzamin uzyskując II stopień specjalizacji. Osoba, która w zawodzie medycznym ciągle się kształci nie będzie miała problemu z przyswojeniem nowych standardów w krótkim czasie. Dodatkowo personel medyczny ma dużą motywację i chęć wykonywania zawodu wyuczonego (a nie poniżej własnych kwalifikacji), oraz stara się o zdobycie wyższego wynagrodzenia ze względu na zaistniałą sytuację na Ukrainie. Osoby pracując pod nadzorem opiekuna będącego lekarzem posiadającym specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty albo jako asystent lekarza mają często minimalne krajowe wynagrodzenie. Przetadowani pracą nadzorujący polscy lekarze i pielęgniarki mimo dobrych chęci nie zawsze mają czas na poświęcenie większej uwagi szkoleniu personelu. W efekcie personel z Ukrainy dostaje zatrudnienie na stanowiskach poniżej swoich kompetencji (np. jako asystent lekarza) z niższym wynagrodzeniem, albo niezgodne ze swoją specjalizacją. Taka sytuacja skłania do rezygnacji z pracy w naszym systemie ochrony zdrowia, prowadzi do powrotu do kraju ogarniętego wojną, czy wyjazdu do innych bardziej sprzyjających imigracji krajów.

Kolejnym zauważalnym problemem jest komunikatywne porozumiewanie się w języku polskim z pacjentem, szczególnie w dziedzinach niezabiegowych. Przy wzroście uchodźców z Ukrainy warto stworzyć kilka łóżek na Oddziale dla Lekarza prowadzącego z Ukrainy, który przyjmowałby pacjentów w ojczystym języku. Dobrym rozwiązaniem byłoby zatrudnienie tłumacza. Organizacja kursu języka polskiego medycznego w placówce ułatwiłaby (w zależności od liczby zatrudnionego personelu medycznego) i przyspieszyłaby samodzielną pracę w zawodzie w danej placówce.

#### **2.2.4. Szanse i zagrożenia migracji personelu medycznego do Polski**

Imigracja zawsze była, jest i będzie. Należy zauważyć, iż zostało wprowadzonych dużo dobrych praktyk w celu ułatwienia pracy personelowi medycznemu z Ukrainy. W całym kraju brakuje ok 50 tys. lekarzy różnych specjalizacji. Wyszkolenie pracownika medycznego jest, było i będzie kosztowne. Warto pomyśleć o wprowadzeniu takiej polityki, by po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu przez cudzoziemców, chcieli oni zostać i praktykować w zawodach medycznych na terenie naszego kraju, a nie imigrować dalej. Obecnie warunki finansowe mają istotne znaczenie, a praca opłacana minimalnym wynagrodzeniem krajowym zmusi personel do wyjazdu w inne kraje Europy. W wielu szpitalach i przychodniach, szczególnie w mniejszych miejscowościach i na wsiach, stale są wakaty na stanowiskach medycznych. Wskaźnik liczby personelu medycznego per capita w Polsce był i jest niższy względem średniej europejskiej. Wymogi formalne i językowe sprawiają, że nie wszyscy są w stanie pokonać barierę uzyskania zgody z MZ i WPWZ.

Szpitala mają szansę na stworzenie przedsiębiorstwa wielokulturowego. W mojej ocenie pozyskanie wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej, zatrudnienie mentora, zmniejszenie poziomu uprzedzeń względem innych narodowości i kultury pozwoli na rozwój, a co za tym idzie - wyższy poziom tolerancji.

Oczywiście zagrożenia również istnieją. Imigracja może prowadzić do utrudnionej integracji w środowisku spowodowanej uprzedzeniami (z obu stron), istniejącymi negatywnymi stereotypami historycznymi i kulturowymi. Bariera językowa na wczesnym etapie kariery zawodowej imigranta przyczynia się do powstania nieporozumień i różnych, czasami sprzecznych, stylów pracy w zespołach.

### **2.2.5. Propozycje wdrożenia kontrolowanego, bezpiecznego i systemowego zatrudniania personelu medycznego z Ukrainy**

Zatrudnianie personelu medycznego jest uzależnione od uzyskania decyzji administracyjnej z MZ i otrzymania z OIL, OIPIP warunkowego prawa wykonywania zawodu, a udzielanie świadczeń zdrowotnych jest wykonywane pod nadzorem odpowiednich specjalistów przez 3 miesiące. Po upływie tego okresu jest uzależnione od tego, czy kwalifikacje personelu/specjalizacja zostaną uznane za zgodne z obowiązującymi przepisami. Są placówki medyczne, które samodzielnie szukają, zatrudniają i organizują życie (oferują mieszkanie) personel medyczny na okres przejściowy (od 3 miesięcy wzwyż) do momentu uzyskania wyżej wymienionych decyzji. Zapewniając pomoc na każdym etapie: w załatwieniu formalności w związku z zatrudnieniem, znalezieniu mieszkania, nauce języka polskiego czy słownictwa medycznego. To rozwiązanie jest stosowane w EU od wielu lat, a kraje aktywnie poszukujące personelu (Dania, Szwecja) w ten sposób uzupełniły istniejącą lukę pracowniczą. Warto być konkurencyjnym, żeby móc „przyciągnąć” i „zatrzymać” pracownika.

### **2.2.6. Podsumowanie**

Nie każdy imigrant jest w stanie w ciągu 3 miesięcy nauczyć się języka polskiego, a słownictwo medyczne sprawia na początku duże trudności. Przybywa Ukraińców, którzy wymagają diagnostyki i leczenia, bo stres związany z wojną, imigracją prowadzi do wzrostu zachorowalności. Personel z Ukrainy posługuje się językiem ojczystym, zatem w znakomity sposób może leczyć rodaków. Dobrą praktyką jest zatrudnienie tłumacza na 12-24 miesięcy celem pokonania przez ukraińskich medyków barier językowych. Są specjalizacje przy praktykowaniu których, kontakt językowy z pacjentem jest ograniczony. Zorganizowanie kursu z organizacji ochrony systemu zdrowia i refundacji lekowej pozwolą ukraińskim przedstawicielom zawodów medycznych szybciej odnaleźć się w nowej rzeczywistości.

Warto pochylić się nad różnicami w diagnostyce i leczeniu w obu krajach. Pomocne może okazać się na początek stworzenie standardów w języku polskim i ukraińskim.

Zatrudnienie doradcy w celu ułatwienia niektórym grupom osób (wiek przedemerytalny, emerytalny, problemy językowe, stres związany z imigracją) może ułatwić pozyskanie kolejnych pracowników.

Dane statystyczne dotyczące skali zjawiska imigracji personelu medycznego wskazują, że proces emigracji był i jest uwarunkowany wieloma czynnikami, z istotną rolą poziomu finansowego wynagrodzenia i warunkami pracy w danym kraju. W wymiarze makroekonomicznym tempo imigracji pracowników, ochrony zdrowia uzależnione jest od sytuacji gospodarczej oraz politycznej kraju. Głównym bodźcem dla personelu medycznego z Ukrainy są działania wojenne, które wymuszają podjęcie pracy za granicą. Wejście Polski do Unii Europejskiej umożliwiło kadrze medycznej imigrację, a Polsce uzupełnienie braków kadrowych. Kraje UE, które taką politykę prowadzą, pozyskały kadrę medyczną. W województwie dolnośląskim niska dostępność do specjalistów i konsekwentnie - zbyt długie terminy oczekiwania na przyjęcie do specjalisty, skazują pacjenta na szukanie pomocy gdzie indziej. Przy stworzeniu przyjaznych warunków zatrudniania

personelu medycznego, takich, jak: uwzględnienie i przeszkolenie z wynikających różnic w diagnostyce, leczeniu, stworzenie kursu medycznego, pomoc tłumacza na początku kariery, zatrudnienie mentora, który będzie miał czas na wdrożenie w pracę oraz stworzenie wytycznych w języku ukraińskim, pozwolą pozyskać w krótkim czasie wykwalifikowanych specjalistów, których obecnie tak potrzeba.

## LITERATURA

1. <https://regiony.rp.pl/ludzie/art36082591-uchodzcy-w-szpitalach-nie-tylko-jako-pacjenci-ale-tez-juz-pracownicy>
2. <https://wpr.pl/news/2021/tak-przygotowuja-sie-ukrainscy-medycy-do-pracy-w-polsce>
3. [https://zdrowie.interia.pl/leczenieiprawo/news-lekarzy-z-ukrainy-w-polskich-szpitalach-mniej-niz-zakladano-,nld,6416885#utm\\_source=paste&utm\\_medium=paste&utm\\_campaign=firefox](https://zdrowie.interia.pl/leczenieiprawo/news-lekarzy-z-ukrainy-w-polskich-szpitalach-mniej-niz-zakladano-,nld,6416885#utm_source=paste&utm_medium=paste&utm_campaign=firefox)
4. <https://stats.oecd.org/>
5. M. Urbański – Zarządzanie wielokulturowym środowiskiem pracy w przedsiębiorstwach w Polsce – znz.pcz.pl DOI: 10.17512/znpcz.2023.1.11
6. M. Urbański - Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej. Zarządzanie - znz.pcz.pl
7. C. TROSIĄK - Mniejszości, emigranci i uchodźcy „stare” i „nowe” wyzwania - migranci-mniejszosci.amu.edu.pl
8. A. Maciąg- Współczesne problemy personelu medycznego w Polsce i w Europie - <https://apcz.umk.pl/EiP/article/download/EiP.2012.019/483> · Plik PDF
9. A. Maciąg - Ekonomia i Prawo. Economics and Law – 2012 ceeol.com
10. DOI: 10.17512/znpcz.2023.1.11 151

## BIBLIOGRAFIA

1. badania.net. (2023). Pobrano z lokalizacji <https://www.badania.net/mowa-nienawisci-a-zdrowie-psychiczne-ukraincow-w-polsce/>
2. Ditrich, R. (2023, 06 04). obserwator gospodarczy. Pobrano z lokalizacji <https://obserwatorgospodarczy.pl/2022/12/27/ilu-jest-lekarzy-w-polsce-jakich-specjalistow-brakuje-najwiecej/>
3. Forum Medycyny Rodzinnej. (2022, 5). journals viamedica. Pobrano z lokalizacji [https://journals.viamedica.pl/forum\\_medycyny\\_rodzinnej/article/view/91614](https://journals.viamedica.pl/forum_medycyny_rodzinnej/article/view/91614)
4. GUS. (2022). Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2019-2021.
5. Kurowska, A. (2023, 06 04). co w zdrowiu. Pobrano z lokalizacji <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/leki-polska-z-rekordowym-skokiem-dostepnosci-innowacyjnych-terapii>
6. OECD. (2023, 06 04). OECD. Pobrano z lokalizacji <https://data.oecd.org/healthres/>
7. portal samorządowy. (2023, 06 04). Pobrano z lokalizacji <https://www.portalsamorzadowy.pl/ochrona-zdrowia/tyle-kosztuja-swadczenia-medyczne-dla-uchodzcow-z-ukrainy,442613.html>
8. psp. (2023). Pobrano z lokalizacji (<https://psps.badania.net/mowa-nienawisci-ukraincy/>)
9. WHO. (2020). Pobrano z lokalizacji (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336642/WHO-EURO-2020-1468-41218-56060-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)
10. WHO. (2023). Pobrano z lokalizacji <https://www.who.int/europe/news/item/17-02-2023-statement---ukraine-1-year-on--this-is-not-the-time-to-let-fatigue-win>
11. Wroczyńska A., R. W. (2022). rofilaktyka i kontrola chorób zakaźnych w kontekście agresji Rosji na Ukrainę. Omówienie zaleceń European Centre for Disease Prevention and Control. strony 80-88, 106.
12. Wypych, M. &. (2022). Psychological toll of hate speech: The role of acculturation stress in the effects of exposure to ethnic slurs on mental health among Ukrainian immigrants in Poland. Cultural diversity and ethnic minority psychology.

