

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Katolická teologická fakulta
Katedra teologické etiky a spirituální teologie

Mgr. Magdalena Michlíčková

Etické aspekty přístupu migrantů ke zdravotní péči v České Republice

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Helena Hnilicová, Ph.D.

Praha 2014

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 21.dubna 2014

Magdalena Michlíčková

Bibliografická citace

Etické aspekty přístupu migrantů ke zdravotní péči v České Republice: diplomová práce. Magdalena Michlíčková; vedoucí práce: PhDr. Helena Hnilicová, Ph.D. Praha, 2014. 78 s.

Anotace

Diplomová práce „Etické aspekty přístupu migrantů ke zdravotní péči v České Republice“ identifikuje a popisuje problematické aspekty přístupu cizinců ke zdravotní péči v ČR a analyzuje je z etického hlediska. Východiskem analýzy jsou zejména principy křesťanské sociální etiky, křesťanské antropologie a biblických imperativů včetně biblického pojetí cizinců a přístupu k nim. Dále se zabývá otázkou dostupnosti zdravotní péče z hlediska lidských práv a táže se, kdo je zodpovědný za jejich dodržování a naplňování. Práce poukazuje na širší kontext zkoumané problematiky a na další související a eticky závažné otázky. Cílem je představit možné alternativy řešení stávajících eticky vyhraněných problémů v přístupu migrantů ke zdravotní péči v ČR a identifikovat ty, které jsou z etického hlediska nejvhodnější. S tím souvisí popis současného legislativního vývoje a určení klíčových aktérů potenciálních změn.

Klíčová slova

Imigrace, integrace, lidská práva, křesťanská sociální etika, migrace, spravedlnost ve zdraví, zdravotní péče, zdravotní pojištění.

Abstract

The diploma thesis „Ethical aspects of migrants’ access to healthcare in the Czech Republic” focuses on healthcare accessibility for migrants in the Czech Republic and looks at the issue from an ethical perspective. It identifies and describes the main problematic aspects of foreigners’ access to Czech healthcare and analyses them from a moral standpoint. The principals of Christian social ethics, basic tenets of Christian anthropology and biblical imperatives, including those focusing on the biblical concept of a foreigner and its approach to them are used as bases for the analyses. The thesis further concentrates on healthcare access in relation to human rights and asks whose responsibility it is to respect and fulfill them. The thesis refers to the broader context of the issue in question and specifies further ethical challenges it entails. The thesis aims to suggest possible solutions of the presented

problems and to identify those most ethically adequate. This involves presenting key actors of the possible changes as well as describing the current legal development.

Keywords

Christian social ethics, equity in health, healthcare, health insurance, human rights, immigration, integration, migration.

Počet znaků (včetně mezer): 156 184

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Heleně Hnilicové, Ph.D. za laskavé vedení mé diplomové práce a cenné rady.

Děkuji rovněž své rodině, partnerovi a přátelům za podporu při psaní této práce i v průběhu celého studia.

1	Úvod.....	3
2	Širší kontext problematiky přístupu migrantů ke zdravotní péči v ČR	5
2.1	Populace migrantů v ČR.....	5
2.2	Imigrační, integrační a zdravotní politika ČR	6
2.3	Systém zdravotnictví v České Republice	8
2.4	Zdravotní stav migrantů v ČR	12
3	Dostupnost zdravotní péče a právní nárok migrantů na zdravotní pojištění v ČR	15
3.1	Determinanty dostupnosti a kvality zdravotní péče poskytované migrantům.....	15
3.2	Přístup cizinců ke zdravotnímu pojištění v ČR a jeho podmínky	18
3.3	Komerční pojištění v ČR, jeho charakteristika a problematické aspekty.....	20
3.4	Přehled základní legislativy a mezinárodní konvence, kterými je ČR vázána v souvislosti s přístupem cizinců ke zdravotnímu systému ČR	27
3.5	Situace v ostatních Evropských zemích	32
3.6	Shrnutí	32
4	Přístup migrantů ke zdravotnímu systému z hlediska etiky.....	34
4.1	Základní zakotvení etické reflexe.....	34
4.2	Křesťanská antropologie jako zdroj etických principů ve vztahu k cizincům.....	35
4.3	Princip solidarity a princip subsidiarity	36
4.4	Bible jako inspirace v otázce přístupu k cizincům	37
4.5	Základní etická východiska pro přijetí a integraci cizinců vycházející z křesťanské sociální etiky	39
4.6	Právo na ochranu zdraví jako jedno ze základních lidských práv	42
4.7	Role státu jako garanta lidských práv	44
4.8	Další eticky relevantní aspekty.....	45
4.9	Shrnutí	48
5	Analýza případových studií	50
6	Možnosti řešení a současný vývoj situace	55
6.1	Hlavní problematické oblasti české zdravotní politiky ve vztahu k migrantům a aktéři jejich řešení	55
6.2	Stát jako aktér zdravotní politiky ČR ve vztahu k cizincům	57
6.3	Možnosti řešení problematických aspektů přístupu cizinců ke zdravotní péči v ČR	58
6.4	Důvody pro zahrnutí migrantů ze třetích zemí do systému veřejného pojištění	61
7	Přijatá legislativní opatření a současný vývoj.....	64
7.1	Zahraniční a domácí reakce a komentáře ke stavu zdravotního pojištění cizinců.....	64
7.2	Opatření přijatá k nápravě problematických aspektů přístupu migrantů ke zdravotnímu pojištění.....	66
7.3	Aktuální situace a předpokládaný legislativní vývoj.....	67

8	Závěr	70
9	Seznam použitých zkratek	74
10	Seznam literatury.....	75

1 Úvod

Česká republika patří mezi tradičně homogenní země a rostoucí imigrace je pro ni relativně novým fenoménem, který s sebou přináší nové výzvy jak v praktické, tak v etické oblasti. Jednou z těchto výzev je otázka přístupu migrantů ke zdravotní péči v České republice, která spočívá jednak v praktické dostupnosti zdravotní péče, informovanosti cizinců a překonání kulturních a jazykových bariér. Druhou výzvou je otázka přístupu migrantů ke zdravotnímu pojištění. Legislativa, která v této oblasti v České republice platí, je zcela nevyhovující a pro migranty jednoznačně nevýhodná. V posledních letech se toto téma stalo předmětem veřejných diskuzí a na nevhodné nastavení začali upozorňovat odborníci i organizace pracující s migranty. Ačkoli je uvedený problém aktuální již několik let a jeho řešení je doposud odkládáno, s rostoucím počtem migrantů v České republice roste jeho naléhavost.

Cílem této práce je analýza přístupu migrantů ke zdravotní péči v ČR z hlediska etiky, představení hlavních problematických aspektů, relevantních etických východisek a pokud možno identifikace řešení, které by bylo z etického hlediska nejvhodnější. Práce si tedy klade za cíl propojit praktické, ekonomické a společenské aspekty přístupu migrantů ke zdravotní péči v České republice s otázkami morálky a zdůraznit etickou rovinu tohoto problému jakožto klíčovou.

Důvodem, proč jsem si jako téma své diplomové práce vybrala právě otázku přístupu migrantů ke zdravotní péči v České republice, je mé přesvědčení, že se jedná o komplexní problematiku, jejíž současné nastavení je z dlouhodobého hlediska neudržitelné a vyžaduje zásadní změny. Jedná se o oblast z etického hlediska téměř symbolickou (péče o nemocné, o cizince) a zároveň podléhající tlakům komerčního prostředí a obchodním zájmům. Směr, kterým se bude řešení nevyhovující situace ubírat, stejně tak jako naléhavost, která bude problému přiznána, ukáže mnohé o skutečných etických hodnotách naší společnosti a jejích představitelů.

V rámci této práce bych ráda poukázala na konkrétní zásady křesťanské sociální etiky a lidských práv, a z nich vyplývajících hodnot, které jsou pro popsanou situaci relevantní, a vyzdvihla právě etickou složku problému jako zásadní a neopomenutelnou. Po představení

tématu a analýze současné situace bych ráda představila možná řešení a zaměřila se na jejich etickou relevanci.

Práce má charakter případové studie a využívá základních kvalitativních metod. Používá obsahovou analýzu materiálů z oblasti etiky i migrace a integrace dokumentujících zkoumanou problematiku a její vývoj včetně relevantních právních norem. Nejčastěji se jedná o sekundární analýzy se zaměřením na etické aspekty, které jsou v primárních analýzách zmíněny jen okrajově. Ve stěžejní části je použita analýza východisek křesťanské sociální etiky. Další koncept, kterému se zde věnuji, je koncept lidských práv, který na křesťanské principy navazuje. Principy křesťanské sociální etiky i koncept lidských práv jsou nedílnou součástí a východiskem kulturně historického kontextu, do kterého je problematika zasazena.

Práce je rozdělena do osmi kapitol. Po úvodu následují dvě kapitoly, které čtenáře uvedou do problematiky a nabídnou stručnou charakteristiku populace migrantů i relevantních politik ČR, stejně jako kontext dostupnosti zdravotní péče pro migranty a jeho hlavní problematické aspekty. Stěžejní část práce, tedy čtvrtá až sedmá kapitola, nabízí pohled na přístup migrantů ke zdravotní péči v ČR z hlediska etiky a konkrétních morálních východisek, představuje analýzu řešení dvou konkrétních případů, a to opět se zaměřením na etické aspekty. V závěru se práce pokusí popsat současný vývoj situace a představit možnosti řešení analyzované problematiky.

2 Širší kontext problematiky přístupu migrantů ke zdravotní péči v ČR

2.1 Populace migrantů v ČR

Migrace je v homogenním českém prostředí relativně novým, avšak významným fenoménem ovlivňujícím společenskou i hospodářskou situaci. Od devadesátých let minulého století patřila Česká republika k zemím s nejrychlejším nárůstem migrace (mezi lety 1990 a 2006 vzrostl počet migrantů v ČR desetinásobně)¹. Přes ekonomickou krizi posledních let nedošlo k výraznému poklesu migrantů a podle nejnovějších údajů jich bylo ke dni 28. 2. 2014 v ČR evidováno 444 331 (tedy zhruba 4,3% populace), z nichž 242 988 (tedy 54,7%) mělo trvalý a 201 343 (45,3%) přechodný pobyt.²

Většina migrantů pochází ze zemí mimo EU (64%). Z hlediska země původu migrantů jsou nejvíce zastoupeni občané Ukrajiny a Slovenska, následují občané Vietnamu. Další nejčastější skupiny jsou občané Ruska, o něco méně je občanů Polska, poměrně početnou skupinu tvoří občané z dalších zemí bývalého SSSR. Tyto poměry se dlouhodobě příliš nemění.³ Nejvíce migrantů žije v hlavním městě Praze, kde cizinci tvoří cca 14 % obyvatel.

Většina migrantů je ekonomicky aktivní. Největší skupinu tvoří ti, kteří přišli do ČR za prací a podnikají zde (42%) nebo jsou zde zaměstnaní (cca 25%). Menší část tvoří jejich rodinní příslušníci, tedy partneři, děti či rodiče. Další skupinou jsou pak zahraniční studenti českých vysokých škol, kteří tvoří asi 10% všech studentů v ČR, tedy necelých 40 000. Z tohoto množství pochází zhruba 10 tisíc studentů ze zemí mimo Evropskou Unii. Ostatní skupiny migrantů jsou v ČR zastoupeny jen okrajově. Věková struktura migrantů se odvíjí od pracovního charakteru migrace, jednoznačně tedy převažují lidé v produktivním věku. Nejvíce osob (85%) je ve věku 20 až 65 let, z nichž převážnou část tvoří migranti ze zemí mimo EU. Lidé starší 65 let představují jen zhruba 3% populace migrantů v ČR, děti a dospívající pak cca 12 % - většinu z nich tvoří děti migrantů ze třetích zemí.⁴

¹ Český statistický úřad. *Cizinci v ČR*.

² Ministerstvo vnitra ČR. *Cizinci s povoleným pobytem*.

³ Český statistický úřad. *Cizinci v ČR*.

⁴ HNILICOVÁ, Helena. *Dostupnost zdravotní péče pro migranty v České republice*.

2.2 Imigrační, integrační a zdravotní politika ČR

Globalizace, zvýšená mobilita pracovníků i otevřené hranice v rámci EU znamenají pro Českou republiku příliv většího počtu cizinců a s tím spojené sociální procesy, které jsou pro tradičně homogenní zemi nové. Migrace zemi obohacuje a zároveň vytváří napětí, přináší příležitosti i výzvy. Hostitelský stát na ně reaguje a vyrovnává se s nimi formulací imigrační a integrační politiky. Jak již bylo uvedeno, má příliv přistěhovalců do ČR z převážné části charakter pracovní migrace. Legální zaměstnávání cizinců je možné na základě povolení k pobytu a pracovního povolení.

Až do roku 1997 byla politika ČR v oblasti přijímání pracovních migrantů velmi liberální. K určité restrikci ve vydávání pracovních povolení cizincům došlo v roce 1998 v reakci na rostoucí nezaměstnanost. V roce 1999 vznikl vládní dokument *Koncepce integrace cizinců dlouhodobě usídlených v ČR*, který se stal základem pro vytváření ucelené koncepce dlouhodobé migrační politiky. V souvislosti s přípravou na vstup ČR do EU a v důsledku harmonizace české vízové politiky s politikami členských zemí EU byla v roce 2000 zpřísněna kontrola hranic. Došlo postupně ke změnám zákonů o pobytu, azylu a zaměstnanosti i podnikání. Cílem těchto opatření bylo snížení nelegální migrace a nedokumentované práce cizinců. Zároveň již od roku 2001 dochází postupně ke snahám získat pro český pracovní trh více kvalifikovaných pracovníků z ciziny⁵.

Politika integrace cizinců, jakožto nedílná součást legální migrační politiky, musí na vývoj migrace reagovat. Její cílovou skupinou jsou občané třetích zemí (tj. zemí mimo země EU) pobývající legálně na území ČR, kteří nejsou žadateli ani poživateli mezinárodní ochrany, a ve výjimečných krizových případech také občané EU.⁶ Vývoj integrační politiky ČR můžeme rozdělit do tří fází: V první fázi mezi lety 1990 – 1998 se integrační politika zaměřovala na pomoc uprchlíkům a programy repatriace českých krajanů. Ve druhé fázi, tedy v letech 1999 - 2003 již byla formulována celková strategie integrace, vznikala opatření v jednotlivých resortech a začaly se zavádět dotační programy pro posílení spolupráce s nevládním sektorem a sdruženími přistěhovalců. Byl schválen zásadní dokument stanovující principy integrační politiky v ČR s názvem „*Zásady koncepce integrace cizinců na území České republiky*“. Na

⁵ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR*.

⁶ Ministerstvo vnitra ČR. *Cizinci s povoleným pobytem*.

tento dokument navazuje Koncepci integrace cizinců (2002), která již obsahuje konkrétní opatření v jednotlivých oblastech integrace.⁷ Ve třetím období (od roku 2004 do současnosti) se přistupuje k řešení jednotlivých problémů identifikovaných v obdobích předchozích. Pro téma této práce je potřeba zmínit rok 2005, kdy došlo k aktualizaci Koncepci integrace cizinců v ČR, která identifikovala jako jednu z hlavních překážek v oblasti sociálně-ekonomické integrace „nemožnost podílet se na veřejném systému zdravotního pojištění u státních občanů třetích zemí nebo jejich rodinných příslušníků, zejména dětí“.⁸ Výrazným faktorem integrační politiky je implementace směrnic EU v rámci novelizace cizineckého zákona v roce 2006, která vedla ke zlepšení postavení cizinců v ČR. V souvislosti se vstupem do EU a implementací směrnic bylo cílem ČR harmonizovat domácí migrační politiku s prioritami EU a zároveň dosáhnout, aby migrace svým charakterem odpovídala potřebám domácí politiky.⁹ V současné době je politika integrace cizinců zaměřena na podporu začlenění legálně pobývajících cizinců do společnosti, na prevenci případných problémů v oblasti imigračních komunit a jejich vztahu s většinovou společností. Cílem všech aktivit integrační politiky je předcházet vytváření uzavřených komunit imigrantů, společenské izolaci a sociálnímu vyloučení cizinců. Směřují k zachování sociální soudržnosti a k vytvoření podmínek pro harmonické nekonfliktní soužití všech obyvatel země, a to skrze následující principy:

- praktická spolupráce všech, kdo mohou přispět k úspěšnému průběhu integrace,
- efektivita integračních opatření,
- zvyšování informovanosti všech aktérů v procesu integrace,
- jasné a uchopitelné výsledky všech integračních aktivit,
- nové nástroje (přímá spolupráce s obcemi, nově vznikající projekty),
- podpora rozvoje občanské společnosti – zejména pak v regionech v souvislosti s vytvářením regionálních integračních center

Tyto principy mají za cíl pomáhat uskutečňovat klíčové předpoklady úspěšné integrace cizinců v ČR. Za ty jsou považovány: znalost českého jazyka, ekonomická soběstačnost cizince, orientace cizince ve společnosti, vzájemné vztahy cizinců a většinové společnosti.¹⁰

⁷ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR.*

⁸ Český statistický úřad. *Koncepce integrace cizinců v ČR.*

⁹ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR.*

¹⁰ Český statistický úřad. *Koncepce integrace cizinců v ČR.*

Integrace cizinců je komplexní problematikou, která se dotýká mnoha oblastí. Do implementace integračních koncepcí je tedy zapojeno mnoho resortů, včetně zdravotní politiky. Ta principiálně směřuje do dvou základních oblastí. Těmi jsou zajištění zdravotní péče pro migranty a ochrana veřejného zdraví hostitelské země. Obě tyto roviny se vzájemně prolínají. Kupříkladu nárok migrantů na preventivní zdravotní péči, kam patří i očkování, je zároveň ochranou zdraví majoritní společnosti. Úkolem zdravotní politiky v kontextu politiky migrační a integrační je udržet rovnováhu při zajišťování těchto dvou základních úkolů. Jde o proces hledání kompromisu mezi národní odpovědností zachovat veřejné financování zdravotnických a sociálních služeb a všeobecnou povinností státu chránit vulnerabilní skupiny, mezi které migranti bezesporu patří.¹¹ Tvorba zdravotní politiky, stanovování priorit, cílů a postupů a jejich naplňování se dotýká oblastí, v nichž se střetávají hlediska různých zájmových skupin. Nejčastější platformou pro hledání konsenzu jsou výbory poslanecké sněmovny, v tomto případě zejména Výbor pro zdravotnictví a Výbor pro sociální politiku. Na zdravotní politice se dále podílejí různé odborné skupiny, orgány a rady zřizované vládou ČR, nebo veřejnou správou.¹² K nástrojům zdravotní politiky patří legislativa, právní dokumenty (zákony a vyhlášky, které se týkají základních podmínek poskytování zdravotní péče, práv a povinností poskytovatelů, plátců i uživatelů zdravotní péče apod.), financování zdravotní péče (definování zdravotních výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění apod.), tvorba a řízení sítě zdravotnických zařízení, vzdělávání zdravotnických pracovníků, podpora vědy a výzkumu či léková politika.¹³

2.3 Systém zdravotnictví v České Republice

Existují tři základní modely zdravotnických systémů, které se rozvinuly v průběhu 20. století. Základním kritériem pro jejich typologii je převažující způsob jejich financování. Tyto modely představují určité rámce, do kterých lze zařadit většinu zdravotnických systémů ve vyspělých zemích:

a. Národní zdravotní pojištění – bismarckovský model

Bismarckovský model se zakládá na principu sociální solidarity. Jeho podstatou jsou finanční příspěvky, které každý občan povinně odvádí do fondu zdravotních pojišťoven, bez

¹¹ Mc Kinley 2005 dle DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HNILICOVÁ, Helena. *Migranti a zdravotní politika v ČR*.

¹² JANEČKOVÁ, Hana . - HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví.*, s. 119.

¹³ JANEČKOVÁ, Hana . - HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví.*, s. 118.

hledu na rozsah své budoucí spotřeby zdravotní péče. Pojišťovny pak z tohoto fondu proplácejí poskytnutou péči lékařům a nemocnicím, se kterými mají uzavřené smlouvy.

Přístup ke zdravotní péči je zajištěn pro celou populaci ze zákona (jde o veřejné, zákonné, povinné pojištění). Stát je garantem zdravotní péče a je odpovědný za zajištění efektivního vynakládání zdrojů. Tento model se kromě Německa uplatňuje také v Rakousku, Francii, Belgii, Nizozemsku, ve Švýcarsku i v dalších zemích. V roce 1992 byl opětovně zaveden též v ČR.¹⁴

b. Státní zdravotnictví

Model státního zdravotnictví existuje ve dvou odlišných podobách = Beveridgův a Semaškův model. Prototyp beveridgovského modelu, Národní zdravotní služba (National Health Service, NHS) ve Velké Británii, je model státního zdravotnictví, které je financováno z daní obyvatelstva. Jde o vysoce solidární model státem garantované zdravotní péče pro veškeré obyvatelstvo. Jeho varianty nalezneme v řadě dalších evropských zemí – v Itálii, Portugalsku, Španělsku, Řecku, Irsku, ve Skandinávii, ale i v mimoevropských zemích.

Semaškův model státního zdravotnictví fungoval již před druhou světovou válkou v Sovětském svazu. Šlo o centrálně řízené státní zdravotnictví, které bylo po druhé světové válce zavedeno ve všech zemích střední a východní Evropy, včetně Československa. Zde fungovalo „socialistické zdravotnictví“ až do 90. let 20. století. V Semaškově modelu až na výjimky neexistovaly soukromé zdravotnické služby.¹⁵

c. Liberální, tržně orientovaný model zdravotnictví USA

Americké zdravotnictví představuje pluralitní systém, kombinaci převažujícího soukromého zdravotního pojištění na straně jedné a veřejných zdravotních programů na straně druhé. Poskytování i financování zdravotní péče spadá z velké části do soukromého sektoru, odehrává se na tržních principech. Donedávna veřejné programy zajišťovaly zdravotní péči pouze pro určité skupiny občanů, z nichž největší část tvořili senioři, sociálně slabí lidé a vojáci včetně válečných veteránů. Spojené státy byly jedinou z rozvinutých zemí, která neměla zavedený zdravotnický systém zajišťující univerzální dostupnost zdravotní péče pro celou populaci. Změnu přinesla až reforma zdravotnictví s názvem Affordable Care Act, známá jako „Obamacare“, která vstoupila v platnost počátkem tohoto roku a rozšířila veřejné pojišťovací programy tak, aby umožnila zhruba 44 milionům nepojištěným občanům přístup

¹⁴JANEČKOVÁ, Hana . - HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví.*, s. 91.

¹⁵JANEČKOVÁ, Hana . - HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví.*, s. 99.

ke zdravotnímu pojištění. „Obamacare“ přinesla řadu zásadních změn směřujících k ochraně občanů a zajištění férových podmínek zdravotního pojištění. Před vstoupením tohoto zákona v platnost mohlo být občanovi odepřeno plnění náhrad od pojišťovny například z důvodu závažné nemoci v minulosti, účtováno více, pokud byla klientem žena či propuštění v průběhu léčby z důvodu uvedení chybných údajů ve formulářích a občan měl téměř nulovou šanci se proti těmto rozhodnutím pojišťoven odvolat.¹⁶

Jak již bylo uvedeno, Česká republika patří k zemím, ve kterých funguje národní – bismarckovský systém zdravotnictví. Jde o solidární systém, kde každý ze zákonné povinnosti platí pojistné v závislosti na svém příjmu, ale dostává zdravotní péči dle své potřeby. Zákonné pojistné je vyměřeno jako určité procento z příjmu, V ČR je to v současné době 13,5% hrubého příjmu. O zdravotní pojištění se dělí v určitém poměru zaměstnavatelé (dvě třetiny z celkové částky, tedy 9%) a zaměstnanci (jedna třetina, tedy 4,5%).¹⁷ Stát se podílí na financování ve formě příspěvků do fondu zdravotního pojištění za skupiny obyvatelstva, které nejsou ekonomicky aktivní (např. za děti, studenty, staré lidi, nezaměstnané). Celkové výdaje na zdravotní péči v roce 2010 dosáhly 284,1 miliardy korun, tedy 7,5 % z celkového HDP.¹⁸ Celkově patří ČR k zemím s nižšími náklady na zdravotnictví.

Základním zákonem, kterým se řídí zdravotní péče, je Ústava ČR (zákon č.1/1993 Sb). Součástí ústavního pořádku ČR je Listina základních práv a svobod, která v článku 31 stanoví: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmíněk, které stanoví zákon“ (zákon č.2/1993 Sb). Listina základních práv a svobod přiznává každému člověku právo na ochranu zdraví a garantuje občanům ČR poskytování bezplatné zdravotní péče na základě veřejného zdravotního pojištění. Každému je též garantováno právo na poskytnutí první pomoci, tedy nutné a neodkladné péče v situacích, kdy je ohrožen jeho život a zdraví.¹⁹

Financování zdravotní péče se účastní tři subjekty:

¹⁶Obamacare. <http://obamacarefacts.com/whatis-obamacare.php>.

¹⁷JANEČKOVÁ, Hana . - HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s.91.

¹⁸Český statistický úřad. *Výdaje na zdravotní péči v ČR*.

¹⁹JANEČKOVÁ, Hana . - HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 123.

- Uživatelé (příjemci) zdravotní péče – pacienti, kteří v podobě daní svěřují své finanční prostředky státu a očekávají, že v případě potřeby dostanou adekvátní zdravotní péči bez nároku na svou další spoluúčasť
- Poskytovatelé zdravotní péče – tedy zdravotnická zařízení a jejich personál – kteří mají příslušné dovednosti k léčení pacientů a potřebují důstojné podmínky a materiální zdroje k výkonu své práce na úrovni odpovídající poznatkům lékařské vědy, a možnost rozvíjet se a vzdělávat.
- Plátcí zdravotní péče (tedy stát nebo pojišťovny) – v ČR je převážná část výdajů placena z veřejného zdravotního pojištění. Tři čtvrtiny výdajů veřejného zdravotnictví platí pojišťovny. Pouze jedna koruna ze stovky Kč nákladů jde na vrub soukromému pojištění, neziskovým organizacím nebo platbám od zaměstnavatelů (např. na preventivní prohlídky)²⁰. Na výdajích se podílí také státní a územní rozpočty a okolo 15% tvoří soukromé výdaje.²¹

Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní instituce, jejichž úkolem je hradit náklady zdravotní péče plně nebo částečně na základě smluv, které uzavírají a každoročně obnovují se zdravotnickými zařízeními tak, aby byla vytvořena síť zdravotnických zařízení, která bude plně odpovídat potřebám pojištěnců. Zákonem č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění jsou zdravotní pojišťovny pověřeny tvorbou sítě zdravotnických zařízení pro své pojištěnce a zodpovídají za dostupnost zdravotní péče pro veškeré obyvatelstvo. Z ústavních předpisů a z mezinárodních smluv vyplývá, že povinnost zajistit péči o zdraví mají také státní orgány – kraje a ministerstvo zdravotnictví.²² Ministerstvo zdravotnictví je tvůrcem a garantem národní zdravotní politiky a zodpovídá za její odbornou úroveň. Přímou řídí velké fakultní (případně univerzitní) nemocnice a další organizace a vzdělávací instituce, zřizuje Centrální etickou komisi MZ ČR, spolupracuje s mezinárodními organizacemi (např. se Světovou zdravotnickou organizací -WHO). Na úrovni krajů vykonávají veřejnou správu ve zdravotnictví příslušné odbory krajských úřadů a krajské hygienické stanice.²³ Zdravotnické služby jsou však poskytovány v podstatě nezávislými subjekty, které se pohybují v konkurenčním prostředí a nabízejí svoje služby (za předpokladu, že k tomu získají oprávnění, tj. registraci od krajského úřadu či magistrátu hl.m. Prahy). Ti poskytovatelé zdravotnických služeb, kteří chtějí být financováni z veřejného zdravotního pojištění, musí se

²⁰ Český statistický úřad. *Výdaje na zdravotní péči v ČR.*

²¹ JANEČKOVÁ, Hana . - HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s.128;131.

²² JANEČKOVÁ, Hana . - HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s.137-138

²³ JANEČKOVÁ, Hana . - HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 143.

zdravotními pojišťovny uzavřít smlouvu o poskytování zdravotnických služeb a jejich úhradě.²⁴ Součástí systému zdravotní péče v ČR je i zcela soukromý sektor, který poskytuje zdravotní péči nikoli na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou, ale pouze za přímé platby pacientů.

K silným stránkám českého zdravotnictví patří především všeobecná dostupnost kvalitní zdravotní péče, a to včetně dostupnosti z hlediska finančního. Mezi obory na vysoké úrovni patří zejména primární péče pro děti a dorost, prenatální a neonatologická péče či kardiochirurgie. ČR patří k zemím s nejnižší kojeneckou úmrtností na světě. České zdravotnictví se vyznačuje technologickou vyspělostí a tradičně vysokou odbornou úrovní a profesionalitou českých zdravotníků. Z makroekonomického hlediska patří k přednostem českého zdravotnictví nízké celkové náklady, které se dlouhodobě pohybují pod průměrem EU (kolem 7,5% z HDP). Mezi nedostatky českého zdravotnictví patří naopak podcenění preventivního zaměření zdravotnictví, následné péče a dlouhodobé péče o chronicky nemocné, seniory a lidi s postižením či nedostatečná provázanost různých zdravotnických (a návazných sociálních) služeb. Problematická je nepřiměřená alokace zdrojů, kdy jsou upřednostňovány investice do přístrojů na úkor platů zaměstnanců. Dlouhodobým problémem je obecně neuspokojivá kvalita komunikace ve zdravotnictví projevující se nízkou empatií a nedostatečnou vstřícností zdravotníků k pacientům.²⁵

2.4 Zdravotní stav migrantů v ČR

Zdravotní stav migrantů a poskytování zdravotní péče cizincům jsou jedním z důležitých kritérií integrační politiky. S nárůstem mezinárodní migrace se problematika zdraví migrantů stává stále diskutovanějším tématem i faktorem tvorby a implementace zdravotní politiky a veřejného zdravotnictví v jednotlivých zemích. V souvislosti s migrací jsou aktuální zejména rizika spojená s dlouhodobými a neléčenými zdravotními problémy, psychickými poruchami a s ochranou veřejného zdraví, především před infekčními chorobami. Kromě těchto témat s migrací souvisí rovněž problematika bezpečnosti práce a pracovních úrazů.²⁶ Dostatek informací o zdraví migrantů je základním předpokladem pro vytvoření zdravotní politiky a podmínek zdravotního pojištění odpovídající potřebám migrantů i hostitelské společnosti.

²⁴ JANEČKOVÁ, Hana . - HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví.*, s.145.

²⁵ JANEČKOVÁ, Hana . - HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s.169.

²⁶ DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HNILICOVÁ, Helena. *Migranti a zdravotní politika v ČR*

Údaje o zdravotním stavu migrantů jsou dostupné ze dvou hlavních zdrojů: z rutinních statistik a výzkumných studií či výběrových šetření. Tyto údaje jsou samozřejmě ovlivněny mnoha faktory jako je věk, pohlaví, sociální podmínky, kulturní zvyklosti, ekonomické postavení, psychický stav a další, a proto je nelze generalizovat. Další komplikací je nedostatečná komplexnost dostupných informací, výzkumy a statistiky týkající se zdravotního stavu obyvatel často neobsahují údaje o etnickém původu či se soustředí pouze na některé skupiny cizinců (například na ty, kteří nejsou zahrnuti ve veřejném zdravotním pojištění).²⁷ Přesnější informace existují u onemocnění jako je TBC, sexuálně přenosné nemocí jako HIV/AIDS, kde jsou cizinci rizikovou skupinou, a u ústavní psychiatrické péče.

Mezi nejčastější příčiny hospitalizace migrantů patří (kromě porodů) z dlouhodobého hlediska úrazy. Jejich výskyt u cizinců každoročně narůstá. Přesto je možné se domnívat, že registrované úrazy tvoří pouze zlomek skutečného výskytu. Vyšší míra výskytu pracovních úrazů u cizinců pravděpodobně souvisí s faktem, že zhruba 60% migrantů pracuje v rizikových odvětvích, jako je stavebnictví nebo zpracovatelský průmysl,²⁸ svou roli hraje nedostatečné dodržování pravidel bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a jazyková bariéra. O úrazech v oblasti nelegálního zaměstnávání nejsou k dispozici vypovídající informace. Je však pravděpodobné, že mnoho z nich není registrováno.²⁹

Co se týče infekčních onemocnění, situace je poměrně stabilizovaná a pod kontrolou u většiny infekčních nemocí, ačkoli u některých z nich lze v posledních letech zaznamenat nárůst. Výskyt TBC je v České republice velice nízký a průběžně klesá. Z celkového počtu onemocnění se jich však u cizinců dlouhodobě objevuje okolo 20% a má tendenci se postupně zvyšovat. Podíl cizinců (zejména z Ukrajiny a Vietnamu) na výskytu TBC tak významně převyšuje jejich zastoupení v populaci.

U HIV/AIDS je situace znepokojivější. Ačkoli je prevalence tohoto onemocnění v ČR stále relativně nízká (ČR patří dlouhodobě k zemím s nejnižším výskytem), v posledních letech byl zaznamenán příkrý vzestup HIV pozitivních osob. Třetina nově registrovaných pacientů jsou cizinci, nejčastěji z Evropy a Subsaharské Afriky. Sexuálně přenosné nemoci se rovněž

²⁷ DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HNILICOVÁ, Helena. *Migranti a zdravotní politika v ČR*

²⁸ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Zdravotní pojištění cizinců v ČR*.

²⁹ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR*.

vyskytují častěji u cizinců, u syfilis tvoří také jednu třetinu nově diagnostikovaných pacientů.³⁰

Přes vyšší incidenci uvedených onemocnění a úrazů u migrantů oproti domácí populaci, migranti všeobecně navštěvují praktického lékaře i stomatologa podstatně méně než Češi a ve výzkumech udávají lepší subjektivní zdraví, tedy cítí se zdravější. Tomuto fenoménu říkáme „efekt zdravého migranta“ a je možné jej vysvětlit tím, že se pro migraci častěji rozhodují zdraví, odolní a vitální jedinci, zejména jedná-li se o migraci pracovní, která v případě České Republiky převládá³¹. Přesto, že migranti alespoň v první generaci představují zdravou a silnou populaci, ve výzkumech častěji udávají úzkost a strach z onemocnění, protože případnou nemoc spojují se ztrátou zaměstnání a s nuceným návratem domů bez finančních prostředků. Tato situace často souvisí s nedostatečně zajištěným zdravotním pojištěním.³²

³⁰ DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HNILICOVÁ, Helena. *Migranti a zdravotní politika v ČR*

³¹ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Migrants' Access to Healthcare in the Czech Republic.*

³² HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR.*

3 Dostupnost zdravotní péče a právní nárok migrantů na zdravotní pojištění v ČR

3.1 Determinanty dostupnosti a kvality zdravotní péče poskytované migrantům

Termín dostupnost zdravotní péče je možné použít jak pro popis právního nároku, tedy existence zakotvení dostupnosti zdravotní péče, včetně jejího financování (čemuž se budu věnovat v následujících kapitolách), tak pro reálnou dostupnost zdravotnických služeb z hlediska času, vzdálenosti, informovanosti o zdravotnickém systému, ale i z hlediska kvality a vstřícnosti ke specifickým potřebám migrantů. Tyto specifické potřeby mohou být dány jazykovými, kulturními, náboženskými odlišnostmi.³³

První podmínkou dostupnosti zdravotních služeb pro konkrétní osobu je schopnost uvědomit si, že zdravotní péči potřebuje (případně přítomnost blízkých osob, které si tuto skutečnost uvědomují), což záleží na úrovni „zdravotní gramotnosti“ nemocného a jeho blízkých, tedy na jejich povědomí o příznacích indikujících potřebu léčby, ale také o dostupných léčebných metodách. Zejména u nově příchozích migrantů a u těch, kteří nejsou příliš v kontaktu s většinovou populací hostitelské země, je jejich zdravotní gramotnost logicky ovlivněna zkušenostmi ze země původu, kde mohou být zdravotní systémy i způsoby léčby zcela odlišné. To vede k častým domněnkám, že úroveň zdravotní gramotnosti mezi migranty je nízká, přesnější by však bylo tvrzení, že je odlišná od většinové populace. Dalším faktorem nižšího využívání zdravotních služeb migranty může být jiný pohled na to, co se s nimi po zdravotní stránce děje, a jaké má být řešení. To platí zejména pokud migranti pochází ze zemí, jejichž tradice se zásadně liší od principů západní medicíny. Je tedy důležité, aby migranti měli možnost pochopit, jak zdravotnictví v hostitelské společnosti funguje a jak zde o zdraví uvažují.³⁴

Nedostatek informovanosti se však nemusí týkat pouze migrantů, ale rovněž zdravotnického personálu. Výzkumy ukazují, že některé fyziologické aspekty (např. krevní tlak) nebo náchylnost k různým nemocem se liší mezi etnickými skupinami.³⁵ V situaci, kdy

³³ DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HNILICOVÁ, Helena. *Migranti a zdravotní politika v ČR*

³⁴ INGLEBY, David. *European Research for Migration and Health*, s. 12.

³⁵ BHOPAL, Raj. *Medicine and public health in a multiethnic World*, s. 317.

je pravděpodobný růst etnické diverzity v rámci populace ČR, by měli zdravotníci být vzděláni i v této oblasti.

Jednou ze základních překážek praktické dostupnosti kvalitní zdravotní péče pro cizince je tedy nedostatek informací o zdravotnictví a síti služeb. Mnoho cizinců spoléhá na informace od přátel a známých, kteří v ČR pobývají již déle a jsou více zorientováni. Otázkou však zůstává kvalita těchto informací. Na úředních místech, jako je cizinecká policie, zdravotní pojišťovny či ordinace lékařů, hledají cizinci informace pouze minimálně. V letech 2003 a 2005 byly v několika jazycích vydány publikace určené cizincům, které měly za cíl seznámit je se zdravotním systémem a zdravotní péčí o děti v ČR. Tyto publikace jsou však dnes již zastaralé a nebyly nahrazeny.³⁶ V posledních letech se v tomto ohledu angažují i některé neziskové organizace. Vytvářejí vlastní informační letáky, které však neposkytují komplexní informace a i jejich počet je obvykle omezený. Cizinci jsou navíc často velmi špatně informováni, o tom, co pokrývá jejich zdravotní pojištění, a na co tedy mají nárok, zvláště pokud se jedná o komerční pojištění, a to zejména kvůli nesrozumitelným a nepřehledným pojistným podmínkám.³⁷

Administrativní komplikace pak často přináší problémy s úhradou zdravotní péče, zejména u zdravotnických zařízení, kde neexistují specializovaná oddělení pro vyřizování úhrad cizinců. Pracovníci těchto zařízení nemají dostatečné informace o pobytových stavech cizinců, včetně cizinců ze zemí EU, a z toho vyplývajících nárocích na zdravotní péči. Někdy díky neznalosti nepostupují v souladu s platnou legislativou. Většina lékařů a sester si podle výzkumů také není jista obsahem pojmu „neodkladná péče“ (na kterou má nárok každý člověk nezávisle na pojištění) ve vztahu k cizincům, a jednají v této věci spíše intuitivně.³⁸ Problematika informovanosti tedy není vždy aktuální jen na straně cizince, ale i zdravotního personálu.

Nejzávažnější z dalších praktických překážek, které brání plnohodnotnému využití zdravotnických služeb, je jazyková bariéra. Ta je zpravidla také jedním z hlavních důvodů

³⁶ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR.*

³⁷ DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HNILICOVÁ, Helena. *Zkušenosti zdravotnického personálu při poskytování zdravotní péče cizincům.*

³⁸ DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HNILICOVÁ, Helena. *Zkušenosti zdravotnického personálu při poskytování zdravotní péče cizincům*

nízké orientace cizinců v českém zdravotním systému. Řada cizinců neumí česky a možnost navštívit specializovaná pracoviště určená přímo pro cizince, či vyhledat lékaře, který by s nimi byl schopen komunikovat v jejich rodném jazyce, je velmi omezená, což značně ovlivňuje kvalitu i dostupnost zdravotní péče pro konkrétního jedince. Jazyková bariéra je příčinou neznalosti vlastních práv ze strany cizinců a možnosti bránit se před jejich porušováním, neumožňuje dostatečné vyjádření a zároveň i pochopení zdravotních potřeb ze strany zdravotníků. Komunikaci komplikuje neexistence ekvivalentních jazykových výrazů pro některé lékařské i jiné důležité termíny, což může někdy vést až k fatálním problémům.³⁹ Studie zabývající se kvalitou péče poskytované cizincům poukazují právě na jazykovou bariéru jakožto zásadní faktor snížené kvality poskytovaných služeb.

Dále se pak jedná o sociální překážky, jako například kontakt mezi pacientkou ženou a lékařem mužem, který je v některých kulturách přinejmenším neobvyklý, nebo předsudky při léčbě psychiatrických onemocnění, která jsou v některých kulturách vnímána jako určité stigma. Situaci, kdy kultura, zdravotnický systém a jeho metody v určité instituci diskriminují některou skupinu, nazýváme institucionální diskriminace. K té dochází, protože tyto instituce byly navrženy bez ohledu na rozdílné potřeby minoritních skupin, které využívají jejich služeb a v době utváření těchto institucí takové potřeby de-facto neexistovaly. Institucionální diskriminace tedy většinou nebývá záměrná, nicméně migrantům většinou způsobuje větší praktické problémy než přímá diskriminace. V posledních letech však bylo v reakci na zvyšující se počet cizinců v ČR dosaženo určitých pokroků v oblasti vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti „kulturně citlivé“ a „kulturně vstřícné (responsive)“ zdravotní péče. Základní témata z tzv. multikulturního ošetřovatelství jsou dnes standardně zahrnuta do vzdělávacích programů ošetřovatelství a studenti tak mají možnost získat poměrně široké znalosti jiných kultur a jejich zvláštností, které je třeba v ošetřovatelské péči respektovat. Může jít o odlišnosti v pojetí lidského těla, chápání intimity, režimu dne a stravovacích zvyklostí či mezilidských a rodinných vztahů a osobních kontaktů v ošetřovatelské praxi.⁴⁰ Tento vývoj má za cíl zvýšit kvalitu zdravotní péče poskytované cizincům v ČR.

³⁹ *Ingleby 2005*dle DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HNILICOVÁ, Helena. *Migranti a zdravotní politika v ČR*

⁴⁰ DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HNILICOVÁ, Helena. *Migranti a zdravotní politika v ČR*.

Specifickou překážku v přístupu ke zdravotní péči představuje hrozba, že nelegální imigranti budou nahlášeni místním úřadům, což je v některých zemích od zdravotního personálu vyžadováno. V ČR takováto legislativa neplatí. Doporučení etické komise České lékařské komory naopak uvádí, že lékaři nelegální migranty hlásit nemají, neboť se jedná pouze o přešůpek, nikoli o trestný čin. Nahlášením nelegálního migranta by lékař porušil lékařskou etiku i lékařské tajemství. Přesto mají migranti často větší strach z nahlášení úřadům než z následků nevyhledání lékařské pomoci.⁴¹

3.2 Přístup cizinců ke zdravotnímu pojištění v ČR a jeho podmínky

Závažným tématem a obtížně překonatelnou překážkou v přístupu ke zdravotní péči v ČR je pro migranty přístup ke zdravotní péči v ČR. Zákony v oblasti migrace obsahují prvky, které vytváří bariéry v přístupu ke zdravotní péči ze strany migrantů, kteří zde sice dlouhodobě pobývají, ale pochází ze zemí mimo Evropskou Unii.⁴² Zdravotní pojištění je podmínkou, kterou stát zákonem ukládá všem, kteří chtějí do České republiky vstoupit a pobývat zde. Podle zákona o pobytu cizinců je cizinec povinen prokázat cizinecké policii při pobytové kontrole, že má zajištěnou úhradu nákladů na zdravotní péči, a to kdykoliv během pobytu. Smyslem tohoto zákonného opatření je zajištění potřebné zdravotní péče všem, kteří ji na území ČR mohou potřebovat a zajištění uhrazení všech nákladů, které při jejím poskytování vzniknou lékařům a zdravotnickým zařízením.⁴³

Plné nebo částečné hrazení nákladů zdravotní péče je úkolem zdravotních pojišťoven, a to na základě smluv, které uzavírají a každoročně obnovují se zdravotnickými zařízeními. Zdravotní pojišťovny mají uzavírat se zdravotnickými zařízeními smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče tak, aby byla vytvořena síť zdravotnických zařízení, která bude plně odpovídat potřebám pojištěnců, bude jim poskytovat dostupnou a kvalitní zdravotní péči a zajistí dostupnost celého spektra služeb zdravotní péče odpovídající povaze a potřebám onemocnění. Ze zdravotního pojištění jsou hrazeny veškeré diagnostické a terapeutické výkony, péče o dlouhodobě nemocné pacienty ve zdravotnických zřízeních následné ošetrovatelské péče a od roku 2007 i o osoby žijící v zařízeních pobytových sociálních služeb

⁴¹ INGLEBY, David. *European Research for Migration and Health*. s.13.

⁴² HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Migrants' Access to Healthcare in the Czech Republic*, s.132.

⁴³ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Zdravotní pojištění cizinců v ČR*.

a péče o pacienty v hospicích. Hrazeny jsou též základní léky, zdravotnické prostředky, doprava pacientů a domácí zdravotní péče.⁴⁴

V České republice existují dva základní systémy úhrady zdravotní péče, jejichž prostřednictvím mohou cizinci tuto povinnost splnit: veřejné zdravotní pojištění a pojištění komerční (smluvní).

Veřejné zdravotní pojištění je upravené zákonem o veřejném zdravotním pojištění, které je solidární a vychází z pojetí zdraví jako veřejného statku. Tento systém pokrývá téměř všechny občany ČR a následující skupiny cizinců:⁴⁵

- cizinci s trvalým pobytem
- cizinci, kteří jsou v ČR zaměstnání
- občané Evropské unie a další cizinci ze třetích zemí, na které se vztahuje příslušná legislativa Evropských společenství
- některé další skupiny, jako například žadatelé o azyl, cizinci s doplňkovou ochranou a ti cizinci, jimž úhradu nákladů zdravotní péče zajišťují mezinárodní smlouvy, například osoby v diplomatickém postavení, osoby pobývající v ČR ve státním zájmu a některé další, spíše výjimečné případy.⁴⁶

Všem těmto skupinám je skrze veřejné zdravotní pojištění s určitou spoluúčástí ve formě doplatků a regulačních poplatků hrazena veškerá zdravotní péče.

Z výše uvedeného vyplývá, že ostatní cizinci, tedy občané pocházející ze třetích zemí (mimo azylantů a dalších spíše okrajových skupin), kteří nepracují jako zaměstnanci zaměstnavatele se sídlem v ČR, si musí zajistit zdravotní pojištění jiným způsobem. Konkrétně jde o:

- živnostníky a podnikatele (osoby samostatně výdělečně činné)
- rodinné příslušníky (tedy děti, a to včetně dětí narozených v ČR, manžele, případně rodiče) všech cizinců ze třetích zemí, včetně cizinců s trvalým pobytem
Do této kategorie spadají i rodinní příslušníci českých občanů, pokud ještě nemají trvalý pobyt (do dvou let po sňatku) a nejsou v ČR zaměstnání.
- studenty⁴⁷

⁴⁴ JANEČKOVÁ, Hana - HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s.138..

⁴⁵ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína – ČIŽINSKÝ Pavel – STUDENÝ Libor, JURÁNEK Jan. *Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců*.

⁴⁶ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Zdravotní pojištění cizinců v ČR*.

⁴⁷ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Zdravotní pojištění cizinců v ČR*.

V absolutním čísle se jedná až o 100 000 osob.⁴⁸

Tyto skupiny migrantů jsou tedy odkázány na *komerční zdravotní pojištění*.

3.3 Komerční pojištění v ČR, jeho charakteristika a problematické aspekty

Cizinci, kteří nespádají do systému veřejného pojištění, mají zároveň ze zákona povinnost zdravotní pojištění uzavřít. Nezbyvá jim tedy než se obrátit na komerční pojišťovny.⁴⁹

Komerční neboli smluvní zdravotní pojištění není založeno na solidaritě a systémovém přístupu. Jedná se o soukromoprávní vztah mezi pojišťovnou a pojištěncem. Rozsah hrazené péče je omezen pojistnými podmínkami. Tak jako ostatní pojistné produkty komerčních pojišťoven je i zdravotní pojištění zaměřené na zisk pro pojistitele, což jej zásadně odlišuje od veřejného zdravotního pojištění. Na jeho uzavření neexistuje na rozdíl od veřejného pojištění právní nárok a uzavřenou pojistnou smlouvu lze kdykoli vypovědět. Na rozdíl od veřejného zdravotního pojištění zde neplacením pojistného zaniká nárok na krytí nákladů za poskytnutou péči.⁵⁰

Systém komerčního zdravotního pojištění cizinců vznikl na počátku 90. let 20. století jako produkt Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP ČR), která kromě provozování veřejného zdravotního pojištění začala nabízet migrantům i komerční zdravotní pojistky. Od roku 2000 se uzavření těchto pojistných smluv postupně stalo podmínkou pro pobyt migrantů v České republice. Zdravotní pojištění cizinců se od té doby dále zkomercializovalo, od roku 2004 jej začala provozovat místo VZP její dceřiná společnost Pojišťovna VZP a.s., které postupně vznikla konkurence ze strany dalších asi pěti českých komerčních pojišťoven.⁵¹ Do roku 2010 bylo možné zákonnou povinnost mít zdravotní pojištění naplnit prakticky třemi způsoby: cizinci si mohli zajistit pojištění v zemi svého původu, čehož využívali zejména občané vyspělých zemí jako USA, Kanada či Austrálie. Další možností bylo pojistit se u některé z

⁴⁸ Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty v ČR. *Základní otázky a odpovědi ke komerčnímu a veřejnému zdravotnímu pojištění*.

⁴⁹ Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty v ČR. *Základní otázky a odpovědi ke komerčnímu a veřejnému zdravotnímu pojištění*.

⁵⁰ HNILICOVÁ, Helena. *Zdravotní pojištění cizinců v ČR*.

⁵¹ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína – ČIŽINSKÝ Pavel – STUDENÝ Libor, JURÁNEK Jan. *Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců*.

mezinárodních pojišťoven. Nejčastějším způsobem pak bylo uzavření zdravotního pojištění u některé z českých pojišťoven. Změna nastala v roce 2010, kdy podle novely zákona o pobytu cizinců z roku 2009 dochází k výrazné preferenci pojištění uzavřeného v ČR. Cizinecká policie na základě této novely začala bez výhrad přijímat pouze pojištění uzavřené v ČR, čímž byl českým komerčním pojišťovnám prakticky zajištěn monopol.

V rámci komerčního pojištění se rozlišuje mezi zdravotním pojištěním při krátkodobých turistických pobytech do 90 dní a zdravotním pojištěním při pobytech dlouhodobých, tedy delších než 90 dní, kterému se budu v této kapitole dále věnovat. Zdravotním pojištěním cizinců při dlouhodobém pobytu se rozumí zajištění úhrady zdravotní péče a rovněž i nákladů spojených s repatriací a převozem tělesných ostatků.⁵² Pro cizince pobývající na území ČR více než 90 dní je zdravotní pojištění nabízeno ve dvou podobách:

1. „základní zdravotní pojištění“, tedy zdravotní pojištění na nutnou a neodkladnou péči
2. pojištění na komplexní zdravotní péči.

Obě tyto formy zdravotního pojištění splňují podmínky dané zákonem. U komerčního zdravotního pojištění pro cizince se dle platné legislativy (Zákon o pobytu cizinců, § 180 i a j) rozlišuje, zda se jedná – zjednodušeně řečeno o první pobyt daného cizince v ČR, tj. jde-li o cizince, který se do ČR teprve chystá a tedy žádá o dlouhodobé vízum/povolení k dlouhodobému pobytu na zastupitelském úřadě ČR ve své zemi, kdy postačuje pojištění nutné a neodkladné péče nebo zda se jedná o cizince, který již v ČR dlouhodobě pobývá a chce si stávající pobyt prodloužit. Ve druhém případě jsou nároky na zdravotní pojištění a na zajištění potřebné péče poněkud vyšší – v rozsahu komplexního zdravotního pojištění.⁵³

1. Základní zdravotní pojištění

Jedná se v zásadě o pojištění na nutnou a neodkladnou péči zahrnující nezbytná vyšetření potřebná ke stanovení diagnózy a léčebného postupu, nezbytné ošetření či operaci, nutnou hospitalizaci včetně nutné přepravy do zdravotnického zařízení. Nezahrnuje však péči související s těhotenstvím, porodem a šestinedělím, léčbu hepatitid či pohlavních nemocí včetně AIDS, léčbu v odborných léčebných ústavech, léčbu inzulínem, hemodialýzou,

⁵² HNILICOVÁ, Helena. *Zdravotní pojištění cizinců v ČR*.

⁵³ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína – ČIŽINSKÝ Pavel – STUDENÝ Libor, JURÁNEK Jan. *Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců*.

následků pokusu o sebevraždu apod.⁵⁴ Výše příspěvků je celkově nižší než u pojištění komplexního, nicméně nabídky jednotlivých pojišťoven se liší cenově jak v ceně pojistného (pohybuje se cca v rozmezí 5 -12 tisíc Kč/rok), tak i v maximálních limitech úhrad (cca 2 -2,5 milionů Kč). Pojištění lze sjednat na celou dobu povoleného pobytu, tj. obvykle na 6 měsíců (viz výše) Při uzavírání pojistky je nutné v hotovosti zaplatit celou částku, která je nevratná, a to i v případě předčasného přerušování pojistky.⁵⁵ Základní zdravotní pojištění je možno sjednat u některé z českých pojišťoven, ale i v domovském státě, případně v jiném státě Evropské unie nebo Evropského hospodářského prostoru. Pojištění však musí garantovat potřebný rozsah péče, nesmí být vyžadována spoluúčast a nesmí vylučovat hrazení péče v případě úrazu, ke kterému došlo z důvodu úmyslného jednání, zavinění nebo spoluzavinění pojištěného ani v důsledku požití alkoholu, omamných nebo psychotropních látek. Cizinec musí mít doklad o úhradě pojistného po celou dobu pobytu na našem území.⁵⁶

2. Komplexní zdravotní pojištění

Komplexní zdravotní pojištění pokrývá širší rozsah zdravotní péče než základní zdravotní pojištění. Cizinci ze třetích zemí, kteří nejsou účastníky veřejného zdravotního pojištění jsou povinni jej uzavřít, pokud si v ČR prodlužují pobyt, a musí tak učinit u pojišťovny oprávněné provozovat tento typ pojištění na území ČR. Komplexní pojištění má pokrývat péči, jejímž cílem je zachovat zdravotní stav pojištěnce z doby před uzavřením pojištění, a to bez přímé úhrady nákladů ze strany pojištěného, a to v zásadě v zařízeních, se kterými má pojišťovna uzavřenou smlouvu (výjimkou je péče, která musí být poskytnuta neodkladně).⁵⁷ Cena pojistného se pohybuje od 1200 Kč za měsíc nahoru, přičemž s věkem postupně stoupá.⁵⁸ Pojištění musí garantovat krytí nákladů až do výše 60 000 EUR za jednu pojistnou událost a nesmí z něj být vyloučena preventivní péče, ani pravidelné kontroly pacientů trpících dlouhodobým onemocněním, ani zdravotní péče související s těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Například péče o novorozence však už zahrnuta není. Pojištění se uzavírá na celou dobu povoleného pobytu a je podmíněno lékařskou prohlídkou a následně přizpůsobeno věku a odhadovanému riziku. Pojišťovny nejsou povinny pojistnou smlouvu uzavřít a rizikové pojištěnce mohou odmítnout.⁵⁹ Rovněž změna pojistného rizika v průběhu pojistné

⁵⁴ Pojistné podmínky PVZP dle HNILICOVÁ, Helena. *Zdravotní pojištění cizinců v ČR*.

⁵⁵ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Zdravotní pojištění cizinců v ČR*.

⁵⁶ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína – ČIŽINSKÝ Pavel – STUDENÝ Libor, JURÁNEK Jan. *Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců*.

⁵⁷ HNILICOVÁ, Helena. *Zdravotní pojištění cizinců v ČR*.

⁵⁸ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Zdravotní pojištění cizinců v ČR*.

⁵⁹ HNILICOVÁ, Helena. *Zdravotní pojištění cizinců v ČR*.

doby může být promítnuta do výše pojistného.⁶⁰ Tím si pojišťovna zajišťuje právo změnit výši pojistného i v době, kdy už je smlouva uzavřena a pojištění platí na sjednanou dobu. V praxi pak uzavření pojistné smlouvy cizinci ne vždy garantuje, že mu jeho pojišťovna zdravotní péči proplatí, jelikož v pojistných podmínkách jsou běžná mnohá omezení, která lze rozdělit do následujících kategorií:

1. výluky vztahující se k druhům onemocnění a k druhům lékařské péče (jako např. vrozené vady, pohlavní nemoci včetně AIDS, tedy i vyšetření na HIV pozitivitu, a to i tehdy kdy je pacientovi nařizeno léčení v rámci ochrany veřejného zdraví, dále hepatitidy, léčba diabetes, hemodialýza, léčba závislostí a jejich komplikací, léčba po intoxikaci alkoholem a jinými látkami s podobným účinkem, léčba v odborných léčebných ústavech s výjimkou léčen TBC⁶¹, úrazy při rizikových sportech či transplantace
2. výluky z pojištění vztahující se k příčinám a okolnostem vzniku onemocnění (např. zavinění ze strany pojištěného či události, jejichž příčina nebo příznaky začaly již před vznikem pojištění, nebo které byly pacientovi před uzavřením smlouvy známy. Podle této podmínky nemusí pojišťovna proplatit ani zcela nutnou a neodkladnou péči a dá se aplikovat téměř na každou situaci.
3. omezení na základě maximálního limitu pojistného plnění. Liší se mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami, většinou se však pohybují okolo 60 tisíc EUR, což je minimální limit stanovený Evropskou unií. Existuje jednak maximální limit plnění za jednu pojistnou událost a pak limit na celkové pojistné plnění v rámci jedné smlouvy.
4. Možnost pojišťovny kdykoli odstoupit od smlouvy je dalším zásadním omezením. Podle § 22 odst. 3 zákona o pojistné smlouvě mohou pojistitel nebo pojistník soukromé pojištění vypovědět do 3 měsíců ode dne doručení oznámení o vzniku pojistné události, přičemž odstoupení od smlouvy není nutné nijak zdůvodňovat. V praxi je tedy pro pojišťovnu možné smlouvu vypovědět jakmile cizinec onemocní.

⁶⁰ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína – ČIŽINSKÝ Pavel – STUDENÝ Libor, JURÁNEK Jan. *Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců.*

⁶¹ HNILICOVÁ, Helena. *Zdravotní pojištění cizinců v ČR.*

Výpovědní lhůta běží po dobu jednoho měsíce a jejím uplynutím soukromé pojištění zaniká.⁶²

5. Pro některé typy zdravotní péče jsou součástí pojišťovacích podmínek tzv. čekací doby, což znamená, že pojištěný může takovou péči čerpat až po uplynutí stanovené doby od uzavření pojištění. Nejčastěji se tyto čekací doby uplatňují v souvislosti s lékařskou péčí v těhotenství a při porodu, nicméně existují i pojišťovny, které čekací doby uplatňují i pro jiné typy péče.

Jak vyplývá z výše uvedeného, podmínky komerčního zdravotního pojištění jsou ve srovnání s veřejným zdravotním pojištěním pro migranty výrazně horší, přestože je prezentováno jako jeho srovnatelná alternativa. Ačkoli mají cizinci v ČR povinnost být pojištěni, v oblasti komerčního zdravotního pojištění existuje jenom minimální regulace jeho podmínek a právní rámec, který tuto oblast upravuje, je velice vágní a téměř se nezabývá ochranou spotřebitele. V souladu se směrnicemi EU je stanoven pouze minimální rozsah pojistného plnění. Komerční pojištění, jakožto institut, jehož účelem je zajištění potřebné zdravotní péče pro širokou skupinu cizinců v ČR, má řadu závažných problémů.⁶³

Se zásadním problémem se setkáváme už na samém počátku. Jak bylo výše uvedeno, neexistuje totiž žádný nárok na uzavření pojištění, a to přes to, že uzavřít zdravotní pojištění je pro migranta povinné. Komerční pojišťovna však není nucena s konkrétním žadatelem pojištění uzavřít a může jej odmítnout. V případě, že migrant nespadá do skupiny s nárokem na veřejné pojištění a žádná soukromá pojišťovna s ním není ochotna uzavřít zdravotní pojištění, zůstane nepojištěn. Jedná se většinou o tzv. rizikové žadatele, tedy osoby s většími zdravotními riziky, jakými jsou například osoby s dlouhodobě zhoršeným zdravotním stavem, po úrazu či při chronické nemoci včetně alergie, předčasně narozené děti nebo děti s vrozenými vadami. Senioři starší 70 let jsou za přijatelnou cenu prakticky nepojistitelní.⁶⁴

S tím souvisí mnohé výše zmíněné výluky z pojistného krytí. V případě závažného onemocnění je komerční zdravotní pojištění nedostačující. Nezahrnuje například diabetes, kdy nemocný potřebuje pravidelné dávky inzulínu ani léčbu alergie, kterou v současnosti trpí až

⁶² HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. Zdravotní pojištění cizinců v ČR.

⁶³ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. Zdravotní pojištění cizinců v ČR.

⁶⁴ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Migrants' Access to Healthcare in the Czech Republic*.

třetina světové populace.⁶⁵ Explicitně vyloučena ze všech dostupných forem komerčního pojištění jsou rovněž některá závažná onemocnění, jejichž léčba je v ČR povinná z důvodu ochrany veřejného zdraví. To se týká infekčních a sexuálně přenosných onemocnění včetně HIV/AIDS i nemocí psychiatrického charakteru, kdy je pacient nebezpečný sám sobě nebo svému okolí a je tedy nutná hospitalizace.⁶⁶

Dalším problematickým aspektem jsou celkově nevýhodné podmínky pro pojištěnce. K nim patří nejistota ohledně trvání pojistného vztahu, neboť jak již bylo zmíněno, pojišťovna má možnost od smlouvy kdykoli odstoupit, a to bez udání důvodu (do tří měsíců od oznámení o vzniku pojistné události a s výpovědní lhůtou jeden měsíc). V případě, kdy pojištěný potřebuje dlouhodobou léčbu, tak nemá jistotu, že poskytnutá péče bude pojišťovnou po celou dobu hrazena. Totéž platí v případě léčby, která překročí minimální limit pojistného plnění stanovený EU, tedy 60 tisíc EUR. V případě nákladnější léčby hrozí, že po dosažení limitu přestane být proplácena, nebo bude proplácena jen z části. Rovněž podmínky platby jsou pro pojištěnce nevýhodné. Platbu je totiž nutné uhradit v plné výši předem, jednorázově a na celou dobu pojištění a v případě, že je pojištění před uplynutím původně stanovené doby přerušeno, se pojistné nevrací.⁶⁷ Cizinci, kteří získají trvalý pobyt a stanou se tak automaticky účastníky veřejného zdravotního pojištění s právem čerpat péči a s povinností hradit pojistné, pak v konečném důsledku platí po určitou dobu pojistné dvakrát, neboť již zaplacené pojistné komerční pojišťovny zpravidla nevrací.⁶⁸

Z výše uvedeného vyplývá, že současné nastavení systému komerčního pojištění je naopak velmi výhodné pro pojišťovny. Migranti jsou povinni si jejich produkty kupovat, aby mohli získat povolení k pobytu, zatímco pojišťovny si téměř libovolně nastavují pojistné podmínky a rozhodují se, s kým smlouvu uzavřou a s kým nikoli. Samy nepodléhají téměř žádné regulaci. Pojistná plnění většinou představují cca 6-30% částky, kterou pojišťovny v daném roce vyberou na pojistném. Například v roce 2011 představovaly příjmy pěti hlavních pojišťoven z komerčního zdravotního pojištění pro cizince zhruba 870, 7 milionů Kč, z čehož na pojistná plnění použily maximálně 192, 3 milionů, tedy 22%. Všechny

⁶⁵ Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty v ČR. *Základní otázky a odpovědi ke komerčnímu a veřejnému zdravotnímu pojištění.*

⁶⁶ HNILICOVÁ, Helena - DOBÍÁŠOVÁ, Karolína. *Migrants' Access to Healthcare in the Czech Republic.*

⁶⁷ Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty v ČR. *Základní otázky a odpovědi ke komerčnímu a veřejnému zdravotnímu pojištění.*

⁶⁸ *Analýza vybraných etických problémů přístupu cizinců ke zdravotní péči v ČR.*

pojišťovny vykazují extrémně vysoké pojistné náklady představující 47 – 80% vybraného pojistného. Pro srovnání, provozní náklady veřejných zdravotních pojišťoven dosahují asi 3,5% vybraného pojistného.⁶⁹

Komerční pojištění je nevýhodné pro zdravotnická zařízení. Ta jsou povinna poskytnout cizinci péči potřebnou pro záchranu jeho života. Tato péče jim však nemusí být proplacena, pokud spadá do některé z mnoha výluk komerčního pojištění, například pokud pojišťovna příčinu onemocnění vyhodnotí tak, že vznikla již před uzavřením pojištění. Nemocnice pak fakturuje péči v plné výši přímo pacientovi. Požadovaná částka ovšem velmi často převyšuje finanční možnosti pacienta i jeho rodiny. Vzniká tedy dluh, který cizinec není schopen nikdy splatit. Na celou situaci tak v konečném důsledku doplácí kromě dotyčného migranta právě zdravotnické zařízení a jeho pacienti.⁷⁰ V případě, že komerční pojišťovna částku proplatí, zdravotnické zařízení získá pouze stejnou částku, jakou by získalo z veřejného pojištění, a to přesto, že náklady pojištěnce na komerční pojištění jsou mnohem vyšší.

Komerční pojištění je problematické i z hlediska veřejných rozpočtů. Migrantům, kteří jsou nejvíce nemocní a potřebují tedy nejdražší léčbu (například předčasně narozené děti a děti s vrozenou vadou, vážně nemocní dospělí), totiž nakonec v některých případech stát z humanitárních důvodů udělí trvalý pobyt, nebo cizinec sám požádá o azyl, případně mu některá nezisková organizace formálně poskytne statut zaměstnance, čímž dotyčné osoby získají nárok na veřejné pojištění a náklady na jejich léčbu nese veřejný systém. Ve výsledku tedy veřejný systém i v těchto případech nese náklady za nemocné migranty, zisky z pojištění zdravých však sklízí komerční pojišťovny. Z hlediska státu se v dané situaci jedná po stránce humanitární a lidsko-právní o jediné možné řešení. Situace, kdy Ministerstvo vnitra v některých případech udělilo cizincům ve vážném zdravotním stavu trvalý pobyt z humanitárních důvodů a vyřeší tak otázku úhrady zdravotní péče či je se stejným výsledkem formálně zaměstná některá nezisková organizace, však nijak nenutí komerční pojišťovny ke zlepšování pojistných podmínek, které nadále zůstávají pro cizince nápadně nevýhodné.⁷¹

⁶⁹ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína – ČIŽINSKÝ Pavel – STUDENÝ Libor, JURÁNEK Jan. *Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců.*

⁷⁰ Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty v ČR. *Základní otázky a odpovědi ke komerčnímu a veřejnému zdravotnímu pojištění.*

⁷¹ *Analýza vybraných etických problémů přístupu cizinců ke zdravotní péči v ČR.*

V posledních letech však Ministerstvo vnitra výše popsanou praxi již neuplatňuje a v takovýchto případech řeší tíživou situaci migrantů téměř výhradně neziskové organizace.

Migranti jsou z velké většiny ziskoví pojištěnci. Podle odhadů by se začleněním všech migrantů s dlouhodobým pobytem do veřejného pojištění příjmy veřejných zdravotních pojišťoven rozhodně nikterak nesnížil.⁷²

3.4 Přehled základní legislativy a mezinárodní konvence, kterými je ČR vázána v souvislosti s přístupem cizinců ke zdravotnímu systému ČR

Zdravotní péče je v ČR považována za jedno ze základních lidských práv a přístup ke zdravotní péči je klíčovým aspektem integrace přistěhovalců do hostitelské země. Základním dokumentem zajišťujícím právo na zdravotní péči je Ústava České Republiky, jejíž integrální součástí je *Listina Základních práv a svobod*, konkrétně jsou pro analyzované téma zásadní následující články:

Hlava I, Článek 3:

(1) Základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení.

(3) Nikomu nesmí být způsobena újma na právech pro uplatňování jeho základních práv a svobod.

Hlava IV, Článek 31:

Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon⁷³.

Implementace tohoto práva a poskytnutí potřebné zdravotní péče je zajištěno prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění založeného na principu solidarity. Co se týče přistěhovalců, existují v praxi výrazné rozdíly mezi nárokem na veřejné zdravotní pojištění pro občany EU a občany ostatních států. O těchto rozdílech budou podrobně pojednávat další kapitoly.

⁷² Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty v ČR. *Základní otázky a odpovědi ke komerčnímu a veřejnému zdravotnímu pojištění.*

⁷³ Poslanecká sněmovna. *Listina základních práv a svobod.*

Česká republika je v oblasti přístupu ke zdravotní péči vázána rovněž následujícími mezinárodními konvencemi:

Všeobecná deklarace lidských práv:

Článek 25: Každý má právo na takovou životní úroveň, která by byla s to zajistit jeho zdraví a blahobyt i zdraví a blahobyt jeho rodiny, počítajíc v to zejména výživu, šatstvo, byt a lékařskou péči, jakož i nezbytná sociální opatření; má právo na zabezpečení v nezaměstnanosti, v nemoci, při nezpůsobilosti k práci, při ovdovění, ve stáří nebo v ostatních případech ztráty výdělečných možností, nastalé v důsledku okolností nezávislých na jeho vůli.⁷⁴

Úmluva o právech dítěte:

Článek 23: 1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají, že duševně nebo tělesně postižené dítě má požívat plného a řádného života v podmínkách zabezpečujících důstojnost, podporujících sebedůvěru a umožňujících aktivní účast dítěte ve společnosti.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo postiženého dítěte na zvláštní péči, v závislosti na rozsahu existujících zdrojů podporují a zabezpečují oprávněnému dítěti a osobám, které se o ně starají, požadovanou pomoc odpovídající stavu dítěte a situaci rodičů nebo jiných osob, které o dítě pečují.

3. Uznávajíc zvláštní potřeby postiženého dítěte se pomoc v souladu s odstavcem 2 poskytuje podle možností bezplatně, s ohledem na finanční zdroje rodičů nebo jiných osob, které se o dítě starají, a je určena k zabezpečení účinného přístupu postiženého dítěte ke vzdělání, profesionální přípravě, zdravotní péči, rehabilitační péči, přípravě pro zaměstnání a odpočinku, a to způsobem vedoucím k dosažení co největšího zapojení dítěte do společnosti a co největšího stupně rozvoje jeho osobnosti, včetně jeho kulturního a osobního rozvoje.

4. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, v duchu mezinárodní spolupráce podporují výměnu odpovídajících informací v oblasti preventivní zdravotní péče a medicínského, psychologického a funkčního léčení v případě postižených dětí, včetně rozšiřování a přístupu k informacím týkajícím se metod rehabilitační výchovy a profesionální přípravy k tomu, aby státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, mohly zlepšovat své možnosti a znalosti, a

⁷⁴ OSN Česká Republika. *Všeobecná deklarace lidských práv.*

prohloubit tak své zkušenosti v těchto oblastech. V tomto směru se bere zvláštní ohled na potřeby rozvojových zemí.

Článek 24: 1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na využívání rehabilitačních a léčebných zařízení. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, usilují o zabezpečení toho, aby žádné dítě nebylo zbaveno svého práva na přístup k takovým zdravotnickým službám.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, sledují plné uskutečňování tohoto práva a zejména činí potřebná opatření: a) ke snižování kojenecké a dětské úmrtnosti, b) k zajištění nezbytné lékařské pomoci a zdravotní péče pro všechny děti s důrazem na rozvoj základní lékařské péče, c) k potírání nemocí a podvýživy též v rámci základní lékařské péče, mimo jiné také využíváním snadno dostupné technologie a poskytováním dostatečně výživné stravy a čisté pitné vody, přičemž se bere ohled na nebezpečí a rizika znečištění životního prostředí, d) k poskytnutí odpovídající péče matkám před i po porodu, e) k zabezpečení toho, aby všechny složky společnosti, zejména rodiče a děti, byly informovány o zdraví a výživě dětí, přednostech kojení, hygieně, sanitárních podmínkách prostředí dětí i o předcházení nešťastným případům, aby měly přístup ke vzdělání a aby byly podporovány při využívání těchto základních znalostí, f) k rozvoji osvěty a služeb preventivní zdravotní péče, poradenské služby pro rodiče a výchovy k plánovanému rodičovství. 3. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí všechna účinná a nutná opatření k odstranění všech tradičních praktik škodících zdraví dětí. 4. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují podporovat mezinárodní spolupráci pro postupné dosažení plného uskutečňování práva uznaného v tomto článku. V této souvislosti se bere zvláštní zřetel na potřeby rozvojových zemí.⁷⁵

Charta základních práv EU: Článek 35 - Ochrana zdraví: Každý má právo na přístup k preventivní zdravotní péči a na obdržení lékařské péče za podmínek stanovených vnitrostátními právními předpisy a zvyklostmi. Při vymezování a provádění všech politik a činností Unie je zajištěn vysoký stupeň ochrany lidského zdraví.⁷⁶

Evropská sociální charta: Článek 11 - Právo na ochranu zdraví: S cílem zajistit účinné uplatnění práva na ochranu zdraví, se smluvní strany zavazují buď přímo, nebo ve spolupráci s veřejnými a soukromými organizacemi přijímat opatření zaměřená zejména na:

⁷⁵ Vláda České republiky. Úmluva o právech dítěte.

⁷⁶ Úřední věstník Evropské Unie. Listina základních práv Evropské unie.

- 1. v co nejvyšší možné míře odstranění příčin nemocí,*
- 2. poskytování poradenských a vzdělávacích služeb na podporu zdraví a zvýšení odpovědnosti jednotlivce v záležitostech zdraví,*
- 3. co největší prevenci epidemických, endemických a jiných nemocí a úrazů.*

Článek 13 - Právo na sociální a lékařskou pomoc: S cílem zajistit účinné uplatnění práva na sociální a lékařskou pomoc se smluvní strany zavazují:

- 1. zajistit, že každé osobě, která je bez přiměřených prostředků, a která není schopná si takové prostředky zajistit buď sama vlastním úsilím nebo je získat z jiných zdrojů, zejména prostřednictvím dávek ze systému sociálního zabezpečení, bude poskytnuta přiměřená pomoc, a v případě nemoci i péče nezbytná podle jejího stavu,*
- 2. zajistit, že osoby, kterým je poskytována takováto pomoc, nebudou z tohoto důvodu zkráceni na svých právech politických a sociálních,*
- 3. stanovit, že každému se může dostat prostřednictvím kompetentních veřejných nebo soukromých služeb takového poradenství a osobní pomoci nezbytné k předjetí, zrušení nebo odstranění stavu potřeby jednotlivce nebo rodiny,*
- 4. aplikovat ustanovení odstavců 1, 2 a 3 tohoto článku na principu rovného zacházení se svými státními příslušníky i na příslušníky ostatních smluvních stran Charty, kteří se nacházejí legálně na jejich území, v souladu s jejich závazky vyplývajícími z Evropské úmluvy o sociální a lékařské pomoci, podepsané v Paříži 11. prosince*

Tématem migrantů a jejich zdravotních potřeb se zabývá EU v rámci problematiky základních práv, v posledních letech pak zejména v souvislosti s otázkou rostoucích nerovností ve zdraví, neboť rozdíl mezi zdravotním stavem migrantů a hostitelské populace se trvale prohlubuje.⁷⁷ Amsterdamská smlouva, která byla podepsána v roce 1997, ustanovila odpovědnost Evropských společenství za imigrační a azylovou politiku. Od té doby byla přijata řada opatření týkajících se oblasti zdraví, migrace a migrantů, a to zejména v kontextu boje s chudobou a sociálním vyloučením. Významným obdobím bylo z toho hlediska portugalské předsednictví Rady Evropské unie v druhé polovině roku 2007. Portugalské předsednictví se ve svých prioritách zaměřilo právě na oblast migrace a zdraví a vytvořilo základ pro další politické aktivity na mezinárodní úrovni.⁷⁸ Rovněž španělské předsednictví

⁷⁷ Peiro, Benedict 2009 dle DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HNILICOVÁ, Helena. *Migranti a zdravotní politika v ČR.*

⁷⁸ DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HNILICOVÁ, Helena. *Migranti a zdravotní politika v ČR.*

EU (leden – červen 2010) věnovalo velkou pozornost migrantům a jednou z jeho priorit bylo odstraňování nerovností ve zdraví. Evropský hospodářský a sociální výbor (European Economic and Social Committee, EESC), poradní orgán Evropské komise, se domnívá, že by Evropská komise měla posilnit kulturu základních práv na evropské úrovni. Mezi navrhovanými způsoby jak toho dosáhnout uvádí monitorování legislativních návrhů a celého legislativního procesu a zajištění jejich plného souladu s Listinou základních lidských práv jak na úrovni EU, tak všech členských států⁷⁹.

Kromě Evropské unie se v oblasti zdraví migrantů angažují zejména tyto organizace:

Rada Evropy (Council of Europe), *Světová zdravotnická organizace* (WHO - World Health Organization), *Organizace spojených národů* (UN – United Nations) a *Mezinárodní organizace pro migraci* (IOM - International Organization of Migration). V lednu 2007 přijala konference ministrů zdravotnictví členských zemí Rady Evropy v Bratislavě deklaraci s názvem „*Lidé v pohybu: Lidská práva a výzvy pro zdravotnické systémy*“, která klade důraz na zajištění zdravotní péče pro migranty. Také WHO se v posledních letech intenzivně zaměřuje na zdraví migrantů. V letech 2007-9 vydala několik rezolucí, ve kterých je tato problematika zařazena do širších souvislostí snižování nerovností ve zdraví. V současné době jsou ve vyspělých zemích identifikovány tři hlavní oblasti zdravotní politiky ve vztahu k migrantům:

- zdravotní stav migrantů a faktory, které jej ovlivňují
- práva migrantů a přístup ke zdravotní péči
- zlepšení kvality zdravotní péče pro migranty.⁸⁰

Zdravotní politika ve vztahu k migrantům zůstává nicméně stále převážně záležitostí národních států. Mezinárodní instituce i Evropská komise a její orgány působí především prostřednictvím strategických doporučení, jejichž konkrétní naplňování je součástí domácí politické agendy. Přestože na úrovni Evropské unie je zřetelná snaha o harmonizaci zdravotní politiky související s migrací, přístup jednotlivých členských zemí se stále liší, a to zejména ve vztahu k migrantům pocházejícím ze zemí mimo prostor EU. ČR v tomto ohledu uplatňuje zcela zjevnou diskriminační politiku.

⁷⁹ *Migrant's access to healthcare in the CR – Ethical Challenges, s.132.*

⁸⁰ DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HNILICOVÁ, Helena. *Migranti a zdravotní politika v ČR.*

3.5 Situace v ostatních Evropských zemích

V zemích Evropské unie mají migranti s povoleným pobytem zpravidla stejná práva a povinnosti jako státní příslušníci těchto států. Do veřejného systému financování zdravotní péče jsou v členských státech EU obvykle zahrnuti všichni ekonomicky aktivní cizinci a studenti, kteří studují na místních vysokých školách. Přístup k veřejnému pojištění obvykle mívají také rodinní příslušníci migrantů, kteří v dané zemi legálně pobývají a pracují (v rámci sloučení rodiny). Je pravidlem, že akutní a neodkladná péče je poskytována i těm cizincům, kteří jsou v zemi nelegálně. To platí i o akutní psychiatrické péči a léčení všech infekčních nemocí (to také z důvodu ochrany veřejného zdraví). V některých zemích, například v Německu či Nizozemí, se přístup ke zdravotnímu pojištění pro cizince s dlouhodobým pobytem řídí stejnými podmínkami jako v případě domácího obyvatelstva. Komerční zdravotní pojištění je ve většině zemí EU na rozdíl od ČR určeno především nejbohatší části populace, a to jako alternativa či doplněk k povinnému veřejnému zdravotnímu pojištění (např. Německo, Velká Británie). Není určené cizincům ani jiným znevýhodněným sociálním skupinám.⁸¹ Celkově se v Evropě v současné době objevuje vzrůstající snaha o zlepšení zdraví migrantů, s čímž úzce souvisí snaha zajistit jim přístup ke kvalitní zdravotní péči. Vůle státu přijmout zodpovědnost za podmínky života migrantů na jeho území je závislá na poměru počtu migrantů vůči místní populaci i na tendencích veřejného mínění ve vztahu k migrantům.⁸²

3.6 Shrnutí

Přístup ke zdravotní péči v České republice je pro cizince ztížen několika typy bariér. Migranti jsou často špatně či nedostatečně informováni o fungování zdravotnického systému a proplácení zdravotní péče, chybí jim i informace jak postupovat v konkrétní situaci. Nedostatečná informovanost je úzce spojena s jazykovou bariérou. Výsledkem je celková nedůvěra v místní zdravotnictví, která je často následkem odlišného pohledu kultur na zdraví a léčbu, stejně jako odlišných kulturních zvyklostí spojených s vyšetřením a léčbou.

Zásadní problém představuje vyloučení určitých skupin migrantů ze systému veřejného pojištění (tzn. tyto migranti si nemohou zaplatit veřejné zdravotní pojištění), přičemž je pro ně zdravotní pojištění při pobytu v ČR povinné. Migranti jsou pak odkázáni na

⁸¹ HNILICOVÁ, Helena. *Souhrn hlavních důvodů pro zahrnutí migrantů ze třetích zemí a jejich rodinných příslušníků do veřejného zdravotního pojištění v ČR.*

⁸² INGLEBY, David. *European research on migration and health*, s 8.

komerční zdravotní pojištění, jehož podmínky jsou pro pojištěnce výrazně nevýhodné. Někteří „rizikovní“ pojištěnci jsou dokonce prakticky nepojistitelní, například děti narozené předčasně či s vrozenými vadami. Komerční pojišťovny paradoxně neproplácejí léčbu povinně léčených nemocí, jako jsou některé sexuálně přenosné či jiné infekční nemoci. I v případě, že pojišťovna migranta pojistí, cizinec nemá záruku, že mu budou náklady spojené se zdravotní péčí skutečně proplaceny, a to vzhledem k mnoha výjimkám (pojišťovny například neproplácí události, jejichž příčiny nastaly před uzavřením pojištění) i možnosti bezdůvodné výpovědi pojistné smlouvy. Výsledkem jsou pak obrovské dluhy na straně pojištěnce. Zaměstnanci cizineckých oddělení zdravotnických zařízení se pak dostávají do eticky a lidsky náročných situací, kdy musí vymáhat nemalé částky od nemocných, kteří jsou bez jakýchkoli finančních prostředků.⁸³ V mnoha případech tyto dluhy nejsou nikdy splaceny a stávají se součástí nedobytných pohledávek nemocnic.

V důsledku těchto překážek mají migranti tendenci navštěvovat lékaře až v akutních stavech, případně se nechávají léčit na jméno příbuzného či známého, který má nárok na veřejné pojištění. Skupinou, která je tímto nastavením obzvláště ohrožena, jsou děti, jejichž ochrana je v rámci mezinárodních úmluv, kterými je ČR vázána zvláště významnou prioritou. Nedostatečné zajištění financování zdravotní péče rovněž ohrožuje veřejné zdraví, neboť zvyšuje riziko, že se znovu objeví již prakticky vymýcené infekční nemoci a budou se šířit i další onemocnění.

Z Ústavy ČR i mezinárodních úmluv vyplývá, že současné podmínky přístupu cizinců ke zdravotnickému systému ČR jsou diskriminační a praxe okolních zemí potvrzuje, že jsou rovněž mezi evropskými zeměmi ojedinělé.

⁸³ HNILICOVÁ, Helena. *Souhrn hlavních důvodů pro zahrnutí migrantů ze třetích zemí a jejich rodinných příslušníků do veřejného zdravotního pojištění v ČR.*

4 Přístup migrantů ke zdravotnímu systému z hlediska etiky

4.1 Základní zakotvení etické reflexe

Abychom byli schopni pojmenovat a obhájit konkrétní etické principy, z kterých by měl vycházet přístup hostitelské společnosti k cizincům, i řešení konkrétních výzev, které tento vztah přináší, je potřeba vyjít ze základních otázek, jako kdo je člověk, co je jeho úkolem ve světě a jakou roli hraje v životě člověka lidské společnosti.

Jelikož evropská kultura, a tedy i kultura, na které jsou postaveny principy naší země, staví na tradici, odkazu i praxi křesťanské kultury, rozhodla jsem se vycházet ze základních momentů křesťanské antropologie a z pojetí cizince v Bibli a z principů křesťanské sociální etiky, které z nich vyplývají. Etikou rozumíme filosofickou disciplínu, jejímž předmětem jsou normy lidského jednání. Sociální etika pak z morálního hlediska hodnotí sociální skutečnosti (jejichž podstatou je vzájemné působení mezi jednotlivci tvořícími zkoumanou společnost; toto působení je stálé, pravidelné a vykazuje určitý institucionální charakter) a ptá se, zda jsou dané společenské instituce spravedlivé či nespravedlivé. Tím se liší od individuální etiky, která se zabývá individuální odpovědností člověka a jejímž kritériem hodnocení je dobré versus špatné.⁸⁴ Křesťanská sociální etika neboli sociální nauka církve, zkoumá sociální skutečnosti z pohledu křesťanské filosofie a morální teologie.

Na otázky zabezpečení zdravotní péče cizincům je nepochybně třeba podívat se také z perspektivy lidských práv, s čímž souvisí definování role státu a dalších aktérů, kteří jsou v těchto otázkách morálně angažováni. Jelikož se jedná o otázky (minimálně částečně) zakotvené v právním systému České republiky, je třeba definovat vztah etiky a práva. Společným znakem etiky i práva je skutečnost, že na rozdíl od většiny jiných činností, které souží k rozšiřování možností člověka, se zaměřují naopak na jejich omezení. V oblasti etiky se regulujeme sami, oblast práva nás reguluje zvenčí. Právo můžeme nazvat jakýmsi vymahatelným minimem morálky.⁸⁵ To, co je zakotveno v právním systému, tedy musí být v souladu s etikou. Právo má kromě trestání jednotlivců, kteří toto minimum nedodržují, za úkol zajistit, aby nebyly systémově porušovány etické principy dané společností. Zároveň je nutné si uvědomit, že pro etické jednání dodržování práva nestačí, každý jednatel má

⁸⁴ANZENBACHER, Arno. *Křesťanská sociální etika.*, s. 15.

⁸⁵SOKOL, Jan. *Moc, peníze a právo.*s.151.

osobní mravní odpovědnost a povinnost seberegulace a sebereflexe i v oblastech, které nejsou regulovány právně.

4.2 Křesťanská antropologie jako zdroj etických principů ve vztahu k cizincům

Jak již bylo naznačeno výše, odpověď na každou otázkou sociálně etického charakteru musí začínat odpovědí na otázku, kým je a kým má být jednotlivý člověk. Křesťanská antropologie na tyto otázky odpovídá následovně:

Člověk je stvořením. Je stvořen k obrazu Božímu. Podle 1. kapitoly knihy Genesis „*Bůh stvořil člověka jako svůj obraz, jako obraz Boží ho stvořil, stvořil ho jako muže a ženu*“.⁸⁶ Již v této první větě jsou obsaženy dva základní principy. Lidský jedinec má osobní důstojnost, protože je Božím obrazem. Člověk není jen něco, nýbrž je někdo.⁸⁷ Lidská bytost je vrcholem stvoření, je stvořeným Ty Boha, milovaným Božím dítětem, je Božím partnerem. Lidský život má před Bohem smysl sám o sobě, nikoliv kvůli něčemu jinému. Člověk byl stvořen dobře.⁸⁸ Ze zprávy o stvoření v úzké souvislosti s důstojností každého člověka vyplývá rovněž rovnost mezi lidmi před Bohem, která má být reflektována v mezilidských vztazích.

Zároveň je člověk stvořen jako *bytost společenská*. Byl stvořen jednak do společenství s Bohem, jednak pro společenství vzájemné, byl stvořen jako muž a žena, a zároveň jako součást stvoření. Člověk je s ostatním stvořením bytostně spojen ne jen proto, že z něj vychází, ale má být rovněž jeho spolustvořitelem. Člověk má za úkol být zástupcem Boha na zemi, má být pastýřem, má zodpovědnost za ostatní stvoření, druhé lidi. Má být spravedlivý a chránit slabé. Stvoření je mu svěřeno do péče.⁸⁹ Tato péče má mít charakter služby, nikoli nadvlády. Stvořenost člověka zároveň znamená *jeho zranitelnost, slabost a smrtelnost*. Člověk tedy potřebuje pomoc a podporu druhých, je sociální bytostí vkořeněnou do společenství. Skrze společenství nepřichází jen k ostatním tvorům, ale i sám k sobě (jak geneticky a biologicky před narozením, tak sociálně v procesu utváření vztahů).

⁸⁶ 1,27 Gn

⁸⁷ Papežská rada pro mír a spravedlnost. *Kompendium sociální nauky církve*. čl.108.

⁸⁸ Gn 1,31

⁸⁹ *Stvořenost člověka* in LORMAN, Jaroslav. Křesťanská antropologie – přednáška.

Stvořenost člověka je tedy přirozeným základem mezilidské solidarity. Člověk jako sebeúčel se může uskutečňovat, rozvíjet a dovršovat pouze ve společenství s jinými lidmi, a právě teprve ve společenství nachází lidský jedinec celé svoje bytí. Charakter spolubytí je konstituován buď primárně mezilidskými vztahy (láskou) nebo právem. Zde se uplatňují dva ze základních principů křesťanské sociální etiky: princip solidarity, jakožto vzájemného závazku a ochoty se vzájemně podporovat, a princip subsidiarity, podle kterého má být každá forma společenství vázána na blaho jednotlivců.⁹⁰

4.3 Princip solidarity a princip subsidiarity

Křesťanská sociální etika vychází z několika zásad, z nichž je pro naše téma relevantní zejména zásada neboli princip solidarity. Solidarita zvláštním způsobem upozorňuje právě na bytostně společenskou povahu lidské osoby, rovnost všech lidí co do důstojnosti i před právem a společné putování jedinců i národů směrem ke stále vědomější vzájemné jednotě.⁹¹ Solidaritou rozumíme vědomí toho, že se nacházíme ve společné situaci, určité vědomí vzájemnosti. Princip solidarity je definován ne jako prchavý soucit nebo povrchní dojetí nad zlem, ale jako pevná a trvalá odhodlanost usilovat o obecné blaho neboli dobro všech a každého, neboť jsme odpovědni za všechny.⁹² Princip solidarity poukazuje na to, že při zaručování lidských práv jsme odkázáni na pomoc druhých, na vzájemné poznávání a důvěru. Zavazuje ke spolupráci, k vytváření podmínek pro zajištění lidských práv pro všechny. Jeho cílem je právě zaručení lidsko-právního statusu pro všechny. Princip solidarity je zvláště relevantní v době rychle rostoucí vzájemné závislosti osob i národů globalizovaného světa. Dle sociální nauky církve musí být tento proces rostoucí vzájemné závislosti provázen stejně intenzivním nasazením na eticko-sociální rovině.⁹³ V praxi se princip solidarity uplatňuje ve dvou rovinách, které se vzájemně ovlivňují:

Individuální rovina solidarity znamená citlivost vůči druhým, soucit s člověkem v nouzi a vědomí, že je člověk druhému člověku zavázán pomoci a pomoci mu chce. Jde tedy o osobní ochotu a odhodlanost praktikovat solidaritu jako charitativní povinnost.

⁹⁰ Stvořenost člověka in LORMAN, Jaroslav. Křesťanská antropologie – přednáška.

⁹¹ Papežská rada pro mír a spravedlnost. *Kompendium sociální nauky církve.*, článek 192.

⁹² Papežská rada pro mír a spravedlnost. *Kompendium sociální nauky církve.*, článek 193.

⁹³ Papežská rada pro mír a spravedlnost. *Kompendium sociální nauky církve.*, článek 193.

V sociální rovině solidarity se jedná o stanovení rámcových podmínek fungování společnosti, nastavení určitého právně-formálního regulačního systému. V demokracii nastavení těchto rámcových podmínek souvisí se solidárním smýšlením občanů. V návaznosti na něj jsou pak tyto podmínky nastaveny více či méně solidárně.

Východiskem křesťanského pojetí solidarity je globální solidarita. Primární je totiž příslušnost každého jednotlivce k lidskému společenství jako takovému, teprve pak přichází dělení na jednotlivé národy či další skupiny. Solidarita má tedy mít globální charakter, týká se všech.

S principem solidarity souvisí další ze zásad křesťanské sociální etiky, princip subsidiarity, který je možné nahlížet jako organizační princip, kterým má být utvářena solidarita. Zásada subsidiarity v sobě obsahuje dva aspekty. Prvním z nich je aspekt negativní, který přiděluje *maximum kompetencí nejnižším organizačním jednotkám*. Zodpovědnost a kompetence nemají být brány z rukou jednotlivců v záležitostech, o které se mohou postarat sami. Až to, co nemohou jednotlivci zastat z vlastní iniciativy, má přejít na vyšší organizační jednotky a tak dále. Druhý, pozitivní aspekt, je principem *zaujetí pomoci*, pokud si nižší jednotky nejsou schopny pomoci samy. Tato pomoc má mít pokud možno charakter pomoci ke svépomoci. Každá společenská činnost je svou povahou subsidiární, slouží tedy jednotlivému člověku jako pomoc, která má vést k jeho ochraně, podpoře a rozvoji⁹⁴. Každá společnost má tedy za cíl blaho jednotlivce. Vyšší autority mají za úkol jednotlivcům i zprostředkujícím složkám společnosti pomoci při naplňování jejich úkolů.

4.4 Bible jako inspirace v otázce přístupu k cizincům

Bible má v rámci křesťanské sociální etiky zcela nezastupitelné místo, poskytuje základní náhledy na člověka, jeho smysl a místo v dějinách, ale také impulzy pro spravedlivé uspořádání lidské společnosti.⁹⁵ Ačkoli se může zdát, že téma migrace, a z něj vyplývající problematika přijímání cizinců, jejich integrace a postojů hostitelské společnosti k nim, jsou spíše otázky posledních let, ve skutečnosti byly tyto otázky velice aktuální již v dobách biblických a Bible samotná je toho důkazem. Samotný izraelský národ je možné vnímat jako národ migrantů a zkušenost s cizinci a cizostí patří v Bibli bezesporu mezi významná a častá

⁹⁴Papežská rada pro mír a spravedlnost. *Kompendium sociální nauky církve.*, článek 186.

⁹⁵ŠTICA, Petr. *Cizinec v Tvých branách*. s., s.10.

témata, a to jak ve Starém tak v Novém Zákoně.⁹⁶ Stejně jako v dnešní době, tak i v dobách biblických bylo jedním z aspektů vztahu k cizincům i zachování vlastní identity hostitelského národa.

Pohostinnost a otevřenost vůči cizincům byla ve starozákonním kontextu jedním z nejdůležitějších příkázání, a to ne jen v náboženském kontextu. Všechny národy Blízkého východu se vyznačovaly (a dodnes vyznačují) výjimečnou pohostinností. Ta vyplývá z toho, že solidarita společenství byla nutnou podmínkou pro přežití jednotlivce. Každý člověk se mohl dostat do situace, kdy bude pomoc sám potřebovat, a proto byl také zavázán pomoc poskytnout tomu, kdo ji potřeboval. Otevřenost k cizincům má však i náboženský charakter. Každý host, který se objevil s prosbou o přijetí, měl být s láskou přijat ve jménu milujícího Boha. Pohostinnost tedy znamenala skutek milosrdenství, ale i projev víry a důvěry. Setkání s hostem se stává setkání se samotným Bohem.⁹⁷ Příkaz spravedlnosti a sociální citlivosti k cizincům je jedním z nejméně frekventovaných imperativů v celém Starém Zákoně, objevuje se více než třicetkrát. V tom je Izrael ve své době výjimkou, neboť nábožensko-právní texty okolních národů se ochranou cizinců nezabývají, ačkoli například na ochranu chudých či vdov pamatují. Pohostinnost i sociální a právní ochrana se však týkají pouze těch cizinců, kteří se chtějí v Izraeli usadit a integrovat se do jeho společenství. Vůči těm, kteří mohou národ nábožensky dezintegrovat a odvádět od Hospodina, se naopak Izrael jasně vymezuje. Postupujeme-li od starších k novějším částem Starého Zákona, můžeme si všimnout, že požadavek velkorysosti a pohostinnosti k cizincům se postupně prohlubuje. Od příkazů ke zvláštnímu zacházení a sociální pomoci ve vztahu k cizincům, dojdeme až k jejich zrovnoprávnění s Izraelci – „budete mít jen jedno právo pro cizince a domorodce“⁹⁸ Kořeny těchto postojů můžeme hledat v dějinách izraelského národa, pro nějž je zásadní událostí vyvedení z Egypta, kde byli sami Izraelité cizinci. Jestliže chce být Izrael věrný Hospodinu, který projevuje zvláštní starostlivost a péči o slabé a chudé a který se o samotné izraelity v době jejich putování postaral, musí ve vztahu k cizincům napodobovat jeho jednání.⁹⁹ Přijímání cizinců je tedy svým způsobem součástí identity izraelského národa.

Stejně jako ve Starém, tak i v Novém Zákoně je přijetí cizince a starostlivost o lidi na cestách ukázkovým příkladem příkázání lásky vůči všem lidem, zejména těm

⁹⁶ŠTICA, Petr. *Cizinec v Tvých branách*. s.27.

⁹⁷ŠTICA, Petr. *Cizinec v Tvých branách*. s.35.

⁹⁸ŠTICA, Petr. *Cizinec v Tvých branách*. s.50.

⁹⁹ŠTICA, Petr. *Cizinec v Tvých branách*. s.50.

nejpotřebnějším. I zde najdeme dvě roviny ve vztahu k tématu cizinců a „cizosti“: Jednak přijímání cizinců, přistěhovalců a lidí v nouzi a jednak pocit křesťana jako cizince v tomto světě. Starozákonní příkaz lásky a otevřenosti k cizincům je v Novém Zákoně potvrzen a ještě více zdůrazněn: Ježíš v podobenství o posledním soudu (Mt 25,31–46) staví láskyplnou péči a pozornost k cizincům a lidem na cestách mezi kritéria, podle nichž odděluje ty, kteří se budou ve věčném životě radovat s nebeským Otcem od těch, které čeká věčný trest, a řadí je tak mezi ukazatele správného a spravedlivého jednání. Zvláštní důležitostí tomuto poselství dává skutečnost, že se jedná o Ježíšovo poslední poučení vyslovené před učedníky během jeho veřejného působení. Dalším známým potvrzením přikázání radikální lásky k potřebným a zvláštní pozornosti marginalizovaným skupinám je podobenství o milosrdném Samaritánovi (Lk 10, 25-37). Ježíš v něm relativizuje hranice mezi lidmi a opět deklaruje svůj celkově otevřený postoj k cizincům i pohanům.¹⁰⁰ Druhá rovina poukazuje na Ježíšovo chápání sebe sama jako cizince v tomto světě. Jako Boží Syn pochází Ježíš z „království, které není z tohoto světa“. Toto označení rovněž reflektuje častá nepřijetí či nepochopení Ježíšových slov, i jeho samotného, ze strany jeho současníků. Rovněž křesťané, kteří upírají veškeré své naděje k věčnému životu, pak vidí samy sebe jako cizince, a zde na zemi se cítili jen jako poutníci. Krom toho se první křesťanské skupiny svou náboženskou praxí dostávali do rozporu s většinovou společností. Tento rozpor vrcholí zkušeností pronásledování. Toto vědomí cizosti, však nemá křesťany vést do odloučení a uzavření od okolního světa, přijetí cizinců, potřebných a lidí na cestách se naopak stává důležitou součástí křesťanského étosu, důležitou formou projevu lásky k bližnímu a jedním z úkolů, ke kterým jsou křesťané povoláni.¹⁰¹

4.5 Základní etická východiska pro přijetí a integraci cizinců vycházející z křesťanské sociální etiky

Jak vyplývá z výše uvedeného, křesťanská sociální etika nám na základě biblických textů, tradice, církevní nauky a sociálně-etických principů nabízí několik základních pojmů, které jsou více než relevantní pro dnešní problematiku migrace a s ní spojených otázek integrace.

Prvním bodem, vycházejícím ze samotné podstaty člověka, tedy bytosti stvořené k Božímu obrazu, je důstojnost člověka. Tato důstojnost není podmíněna ničím dalším,

¹⁰⁰ ŠTICA, Petr. *Cizinec v Tvých branách*. s. 79.

¹⁰¹ ŠTICA, Petr. *Cizinec v Tvých branách*. s.80.

nezáleží tedy na původu, věku, zdraví, barvě pleti, intelektuálních kvalitách. Člověk je nejprve člověkem, z čehož vyplývá jeho důstojnost, teprve potom příslušníkem nějakého národa. Důstojnost každého jednotlivce by tedy měla být východiskem pro debatu o imigraci, pro imigrační i integrační politiku každého státu i pro otázky a praktické záležitosti s nimi spojenými. Každý stát má v rámci své imigrační a integrační politiky za úkol hájit důstojnost a lidská práva jak migrantů a cizinců usazujících se na jeho území, tak místních obyvatel. Tato dvě hlediska mohou přinášet napětí, ve kterém se pak relevantní politiky utvářejí. Imigrační politika však vždy musí být založena na ochraně důstojnosti každého jednotlivce a vědomí, že se jedná o osudy konkrétních osob. Tato hlediska by neměla být zastíněna čistě pragmatickými hledisky ekonomiky, národní bezpečnosti či kulturní identity přijímající země.¹⁰²

Ze stvoření člověka, v úzké souvislosti s jeho nepodmíněnou důstojností, vyplývá rovnost lidí před Bohem, která je stejně jako lidská důstojnost nepodmíněná. Jeden člověk je tedy druhému roven bez ohledu na společenské postavení, etnicitu, národnost, pohlaví, věk, vzdělání a jakékoli jiné společenské kategorie. Mezilidská rovnost je ze své podstaty přítomna v principu solidarity a je zásadním momentem biblického poselství. V otázkách migrace je rovnost zvláště závažné téma. Ačkoli se dnešní doba zdá být velice citlivá na otázky diskriminace, rovnost v přístupu k domácímu obyvatelstvu a cizincům není samozřejmostí.

Z antropologického momentu stvoření člověka vychází rovněž kritérium zodpovědnosti. Jak je výše uvedeno, křesťanství vnímá člověka jako bytost stvořenou, ale zároveň jako spolustvořitele. To znamená, že je člověku dána zodpovědnost za ostatní stvoření, o které má pečovat a starat se o něj. Tato zodpovědnost se vztahuje nejen k ostatním druhům stvoření, ale velmi důležitá je právě starost jednoho člověka o druhého. Člověk je bytostí ze své podstaty společenskou a bez pomoci druhého se nemůže obejít. Zodpovědnost za druhého, která byla každému člověku dána, nás tedy nutí nespokojit se s nenarušováním důstojnosti druhého, ale pověřuje nás k aktivnímu zapojení se v hledání cest, jak se o bližního postarat co nejlépe. Totéž by mělo platit nejen v rovině individuální, ale i sociální. Z těchto předpokladů by tedy měly vycházet i imigrační a integrační politiky jednotlivých národů.

¹⁰² ŠTICA, Petr. *Cizinec v Tvých branách*. s.93.

S kritériem vzájemné odpovědnosti souvisí princip solidarity, který reflektuje vědomí toho, že se všichni nacházíme ve společné situaci a jsme odkázáni na vzájemnou pomoc a důvěru. Při uplatňování vzájemné solidarity je zásadní pojetí celého lidského pokolení jako jednoho společenství, tedy globální pojetí solidarity. Primárně jsme všichni členy lidského pokolení, až potom je lidstvo rozděleno mezi národy. Bratrská solidarita tedy nesmí být omezena na členy jednoho národa, ale její dosah by měl sahat za jakékoli hranice.

Křesťanství přichází s univerzálním přikázáním lásky, kdy přikázání „miluj bližního svého“, se již nevztahuje jen na „našince“, člověka ze stejného národa, ale vztahuje se na všechny lidi na celém světě, neboť před Bohem jsou si všichni lidé bez omezení rovni a jsou si vzájemně bratry. Přikázání činné lásky je pak zvláště aktuální v jednání s lidmi v nouzi, a vyžaduje tedy pohostinnost k cizincům a lidem na cestách. Cizinec nemá být apriorně vnímán jako nepřítel, nýbrž jako bližní.¹⁰³

Biblický étos dává princiální otevřenosti k cizincům ještě hlubší význam. Setkání s hostem se stává setkáním s Bohem a každý cizinec má být ve jménu milujícího Boha přijat. Kromě momentu milosrdenství zde hraje roli i vlastní zkušenost v roli cizince, ve Starém Zákoně zkušenost Izraelského národa v egyptském vyhnanství a následný morální závazek chovat se k příchozím cizincům se stejnou starostlivostí, s jakou Hospodin pečoval o Izraelity v době jejich putování, v Novém Zákoně pak sebepojetí Ježíše Krista a později i prvních křesťanů jakožto cizinců v tomto světě.

Přijímající společnost má být podle principů křesťanské sociální etiky otevřená vůči těm, kteří přicházejí v míru a chtějí se usadit a integrovat, a má jim v tom být nápomocná. Zvláštní důraz je kladen na péči o ty nejzranitelnější, na přijetí cizinců, kteří jsou v nouzi a kterým jsou v jejich vlasti upírána lidská práva. Téma této diplomové práce pojednává o migrantech v situaci (potenciálního) ohrožení zdraví, o dětech cizinců v ČR, zejména o těch předčasně narozených či narozených s vrozenými vadami. Právě tyto skupiny migrantů můžeme bez pochyb zařadit mezi ty obzvláště zranitelné. Papež František se ve své nedávno vydané encyklice Evangelii Gaudium, v kapitole s názvem „Pečovat o slabé“ k tomuto tématu vyjadřuje následovně: „*Je nezbytné věnovat pozornost a být nablízku novám formám chudoby a slabosti, ve kterých máme rozpoznávat trpícího Krista, i když nám to zdánlivě nepřináší*

¹⁰³ ŠTICA, Petr. *Cizinec v Tvých branách*. s. 108.

*hmatatelné a bezprostřední výhody...Zvláštní výzvy pro mne představují migranti, protože jsem pastýřem církve bez hranic, která se cítí být matkou všech. Vybízím proto země k velkorysé otevřenosti, která namísto strachu ze zničení místní identity bude schopna vytvářet nové kulturní syntézy...*¹⁰⁴

Jediným limitem závazku otevřenosti vůči migrantům je situace, kdy by jejich přijetí vedlo k dezintegraci přijímajícího společenství.¹⁰⁵

4.6 Právo na ochranu zdraví jako jedno ze základních lidských práv

Právo na ochranu zdraví je jedním ze základních lidských práv garantovaných Ústavou České republiky. Základní lidská práva se podle Listiny základních práv a svobod zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení.¹⁰⁶

Představa, ze které lidská práva vychází, tedy, že každý člověk, jen proto, že je člověkem, je svéprávnou osobou, vychází právě z křesťanského přesvědčení, že před Bohem jsou si všichni lidé rovni. Mají za úkol žít svůj život tak, aby došli spásy, a k tomu potřebují určitou míru svobody. Již ve středověku začíná boj městských vrstev za větší míru svobody, za práva, která má každý člověk, nezávisle na vůli panovníka, který nejen, že je nesmí omezovat, ale musí je hájit. Nešlo tedy pouze o možnost užívat těchto svobod, nestačí panovnická privilegia. Občané požadovali obecné a vymahatelné právo, které se nemění s vůlí panovníka. Hledání a formulování právního základu, který by kladl meze panovnické moci, který by zaručil pevnost a neměnnost těchto práv a byl založen na společenském konsensu, vrcholí v době osvícenství, kdy jsou přijaty první deklarace lidských práv kladoucí důraz na rovnost a založené na přesvědčení, že člověk se rodí svobodný.¹⁰⁷ Tyto deklarace se týkaly práv, kterým dnes říkáme občanská, tedy práva jako je právo na život, zákaz mučení a nucené práce, právo na soukromé vlastnictví, svoboda pohybu a pobytu či svoboda svědomí. Tato práva se v průběhu dalších desetiletí vyvíjela a v 19. století se k nim přidala práva politická,

¹⁰⁴Papež FRANTIŠEK. *Evangelii Gaudium. Radost evangelia. Apoštolská exhortace o hlásání evangelia v současném světě.* s. 132.

¹⁰⁵ ŠTICA, Petr. *Cizinec v Tvých branách.* s., s. 107.

¹⁰⁶ Poslanecká sněmovna. *Listina základních práv a svobod.* Hlava 1, Článek 3.

¹⁰⁷ SOKOL, Jan. *Moc, peníze a právo.*,s.260-261.

zejména svoboda projevu, svoboda shromažďovací, spolčovací a všeobecné volební právo. Takzvanou třetí generací lidských práv jsou práva sociální, která začala být uznávána po první světové válce a rozsáhleji prosazována obzvláště po druhé světové válce. Sem patří právo na práci, stávku, odměnu, pojištění a odbory, zákaz práce dětí a další hospodářská, kulturní a sociální práva, mezi něž patří i právo na ochranu zdraví a lékařskou pomoc, která jsou pro naše téma klíčové. V 70. letech 20. století začíná být uznávána tzv. čtvrtá generace lidských práv, někdy nazývaná práva ekologická, jako jsou právo na příznivé životní prostředí, ochrana před zneužitím informací či ochrana osobní integrity.

Lidská práva jsou tedy určitým oprávněním (neboli subjektivním právem) někoho. Aby však bylo možné toto oprávnění vymáhat a v praxi využívat, je nutné, aby toto oprávnění bylo zároveň něčí povinností. Není tedy možné rozdávat práva a neukládat zároveň někomu odpovídající povinnosti. Jan Sokol ve svém textu *Lidská práva v rámci knihy Moc, peníze a právo* uvádí příklad práva na život: „*Větu „ Každý má právo na život“ nemůžeme číst jako „já mám subjektivní právo na život“ (neboť žádné takové oprávnění zjevně nemám), nýbrž „každý“ – to znamená: všichni ostatní – mají právo na svůj život. Jinak řečeno, že nemám právo na žádný cizí - to je to, co říká „právo na život“. „Právo na život“ je právo těch druhých - jinak řečeno, moje povinnost. Bezpečí, svoboda, majetek – to všechno jsou prakticky práva těch druhých, jimž odpovídají moje omezení čili povinnosti. A teprve ve společnosti, která si na tohle všechno zvykla, se časem může zdát, že každý máme svá vlastní, osobní a občanská práva – tak samozřejmě jako máme ruce a nohy.“¹⁰⁸ Naopak ve společnosti, která tyto zvyky nemá (v dnešní době například v zemích, kde vládou nedemokratické režimy), však tato naše nezczizitelná práva dodržována velmi pravděpodobně nebudou. Z toho vyplývá, že lidská práva mi nemůže dát ani příroda, ani zákony, ani stát, ale pouze druzí lidé. Dávají mi je mí spoluobčané, pokud považují má práva za svou povinnost. Stát pak pouze zakročuje proti jednotlivcům, kteří tuto povinnost nepřijímají. Faktem ovšem je, že formulace práv, na které jsme zvyklí, se soustřeďují na práva „oprávněných osob“, ale nevyjadřují se k tomu jak je získat. Tam, kde není určení povinné osoby tak jasné, vzniká přirozená tendence činit povinnou osobou stát. Jan Sokol své pojednání na toto téma uzavírá tím, že pochopení subjektivních práv jako povinností vůči druhým by mohlo vyřešit i jinak těžko řešitelné právní otázky, například v případech, kdy jejich subjekty nejsou právně způsobilé (což se v našem případě vztahuje na děti migrantů).¹⁰⁹*

¹⁰⁸SOKOL, Jan. *Moc, peníze a právo*. s. 267-268.

¹⁰⁹ SOKOL, Jan. *Moc, peníze a právo*. s. 269.

Právě otázka kdo je nebo má být „povinným subjektem“ v případě práva cizinců na zdravotní péči v ČR je jednou ze zásadních pro zhodnocení etických aspektů praktického fungování jejich začlenění do systému zdravotnictví České republiky.

4.7 Role státu jako garanta lidských práv

Přesto, že zajišťování lidských práv nelze pojímat jako povinnost náležející výhradě státu, jak bylo vysvětleno v předchozí kapitole, platí, že právě zajištění lidských práv je základním etickým zdůvodněním existence státu. Podle Bernarda Sutora je účel státu zaměřen na obecné dobro, tedy zajištění předpokladů pro rozvoj individuální osobnosti neboli úsilí o zajištění lidských práv. Konkrétně má stát dvě hlavní úlohy: úsilí o bezpečí a mír, vnitřní i vnější, a dále zajištění sociálních podmínek rozvoje lidí, tedy úsilí o sociální spravedlnost.¹¹⁰

Otázce role státu ve vztahu k lidským právům se ve svém díle věnuje Hannah Arendtová. Vychází z myšlenky, že přirozená lidská práva existují vždy jen v určitém kontextu, tedy ve společnosti. Klíčovou rolí v přístupu k těmto právům hraje institut občanství, který jednotlivci garantuje „právo na právo“ (the right to have a right). Toto téma se stává aktuálním v první polovině 20. století, kdy mezi dvěma světovými válkami a zvláště pak po Druhé světové válce, narůstá počet politických uprchlíků. Tito uprchlíci ztrácí bezprostřední politickou ochranu. Neztrácí tím svou důstojnost, avšak ani v nových zemích nenabyli automaticky právo, o něž usilovali. Ukazuje se tak, že do krajní nouze se nedostane člověk tehdy, ztratí-li některé ze svých práv, ale právě tehdy když ztratí společenství, které mu tato práva přisuzuje. Jediným právem, které přesahuje všechna občanská práva, je tedy ono „právo na právo“, jinými slovy právo nebýt zbaven společenství a občanství. Právě role garanta lidských práv dává státu etické opodstatnění. Hannah Arendtová se v této souvislosti věnuje zejména situaci uprchlíků, jimž mezinárodní společenství poskytuje lidská práva skrze stát, ve kterém se ocitají.¹¹¹

Stát má ve vztahu k lidským právům tyto základní funkce:

Respekt (respect): stát nesmí lidská práva porušovat.

¹¹⁰ SUTOR, Bernard, H. *Politická etika*, s. 15.

¹¹¹ *Lidská práva jako normativní východisko existence státu*. in ŠTICA, Petr. *Politika a politická etika*-přednáška.

Ochrana (protect): stát má povinnost lidská práva ochraňovat před porušením ze strany jiného subjektu.

Naplňování (fulfill): stát má disponovat dlouhodobými opatřeními k zaručení lidských práv. Kromě toho má stimulovat ostatní státy ke spolupráci při dodržování, naplňování a ochraně lidských práv.¹¹²

4.8 Další eticky relevantní aspekty

Předchozí kapitoly byly věnovány základním otázkám a relevantním etickým východiskům souvisejícím se zdravotní péčí o cizince a právy, která v této oblasti mohou či nemohou uplatňovat. Zabývali jsme se především otázkami lidské důstojnosti, lidských práv a jejich předností před hranicemi a národními zákony. V rámci představení problematiky a jejího kontextu i následné analýzy konkrétních případů z etického hlediska, byly zmíněny i další aspekty, které jsou s tématem přístupu cizinců ke zdravotní péči spojeny, přinášejí s sebou další eticky relevantní otázky a zdůrazňují závažnost této problematiky i v dalších kontextech.

Spravedlnost ve zdraví

Otázka spravedlnosti ve zdraví, neboli problematika ekvity, vychází z pohledu na zdraví jako na hodnotu, na kterou má člověk právo jako na jedno ze základních lidských práv. Podle Světové zdravotnické organizace ekvita neboli spravedlnost ve zdraví znamená, že každý člověk by měl mít stejnou příležitost dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu, tj. nikdo by neměl být znevýhodněn při jeho dosahování, lze-li takovému znevýhodnění zabránit.¹¹³

Cílem je tedy odstranění rozdílů ve zdraví, které vyplývají z ovlivnitelných životních podmínek (ze sociálního či ekonomického, ne fyziologicky podmíněného znevýhodnění). Šance žít zdravě a být zdravým i možnost získat potřebnou zdravotní péči je nižší u marginálních a tzv. vulnerabilních skupin. Těmi rozumíme skupiny „zranitelné“, tedy ohrožené a vystavené většímu riziku, a patří mezi ně lidé ohrožení sociální izolací či diskriminací (do těchto skupin velice často spadají právě migranti), lidé postižení chudobou, dlouhodobě nemocní a staří lidé, lidé s postižením, děti, mladí lidé, neúplné nebo příliš mladé

¹¹²Lidská práva jako normativní východisko existence státu. in ŠTICA, Petr. Politika a politická etika-přednáška..

¹¹³WHO. *Health systems.*

rodiny. Příslušníci těchto skupin žijí kratší dobu, jsou častěji vystaveni násilí a jsou častěji nemocní než lidé s vysokými příjmy, kvalitním vzděláním a dobrým sociálním začleněním. Bylo rovněž prokázáno, že nerovnost ve zdraví má souvislost i s dostupností zdravotních služeb. Společnost, která chce dosáhnout zlepšení zdravotního stavu populace, musí předcházet vzniku příliš velkých sociálních rozdílů a snažit se zamezit vyloučení některých sociálních skupin mimo hlavní proud společenského života.¹¹⁴

Nespravedlnost ve zdraví, tj. „health inequities” se tedy nevztahuje pouze k základním faktorům ovlivňujícím zdraví, neznamená pouze nevyrovnaný přístup ke zdrojům potřebným k jeho zlepšení a udržení. Reflektuje rovněž nedostatečnou snahu zlepšit a překonat nerovné podmínky, které ústí v porušení spravedlnosti a lidsko-právních norem.¹¹⁵

Spravedlnost ve zdraví je jedním z hlavních cílů programu Zdraví 21. Jedná se o dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR, tedy národní zpracování programu Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny ve 21. století. Konkrétním cílem je do roku 2020 snížit zdravotní rozdíly mezi socioekonomickými skupinami nejméně o jednu čtvrtinu zlepšením úrovně deprivovaných populačních skupin.¹¹⁶ Na Zdraví 21 navazuje dokument Národní strategie Zdraví 2020, jehož hlavním cílem je zlepšit zdravotní stav populace a snižovat výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet. Prvním strategickým cílem, který k tomu má vést je právě zlepšení zdraví obyvatel a snížení nerovností ve zdraví.¹¹⁷

Podmínky přístupu cizinců ke zdravotnímu pojištění, tak jak jsou v tuto chvíli nastaveny, však nerovnosti ve zdraví naopak prohlubují, a to v neprospěch migrantů, jakožto vulnerabilní skupiny. Tím se prohlubuje sociální nerovnost a přechází v sociální exkluzi, která, jak píše papež František v Encyklice Evangelii Gaudium, nejenže vyvolává násilnou reakci těch, kdo jsou vyřazeni ze systému, ale tento sociální a ekonomický systém je nespravedlivý ve své podstatě. Tato nespravedlnost tíhne k tomu aby...rozkládala základy jakéhokoli politického a sociálního systému, jakkoli se může stát pevným.¹¹⁸

¹¹⁴JANEČKOVÁ, Hana . - HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. s.245-251.

¹¹⁵WHO. *Health systems*.

¹¹⁶Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Dokument Zdraví pro všechny ve 21. století*.

¹¹⁷Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Dokument Zdraví 2020*.

¹¹⁸Papež FRANTIŠEK. *Evangelii Gaudium. Radost evangelia. Apoštolská exhortace o hlásání evangelia v současném světě*.

Ochrana dětí a těhotných

Jak bylo popsáno výše, v současném nastavení pojistných podmínek veřejného i komerčního zdravotního pojištění, patří mezi nejvíce znevýhodněné právě děti, zejména děti narozené předčasně nebo s vrozenými vadami. Mezinárodní společenství, i všeobecné morální povědomí po celém světě rozumí, že dítě ve své zranitelnosti a bez možnosti hájit svá vlastní práva, vyžaduje zvláštní ochranu. I Česká republika jakožto signatářská země Úmluvy o právech dítěte (citována ve třetí kapitole) uznává, že *„dítě pro svou tělesnou a duševní nezralost potřebuje zvláštní záruky, péči a odpovídající právní ochranu před narozením i po něm“* a *„uznávajíc význam mezinárodní spolupráce pro zlepšování životních podmínek dětí“* se zavázala *„zabezpečit práva stanovená touto úmluvou každému dítěti nacházejícímu se pod jejich jurisdikcí bez jakékoli diskriminace podle rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, náboženství, politického nebo jiného smýšlení, národnostního, etnického nebo sociálního původu, majetku, tělesné nebo duševní nezpůsobilosti, rodu a jiného postavení dítěte nebo jeho rodičů nebo zákonných zástupců“*.¹¹⁹ Zároveň přislíbila, že *„učiní všechna potřebná opatření k tomu, aby dítě bylo chráněno před všemi formami diskriminace“* (článek 2) a *„zabezpečí v nejvyšší možné míře zachování života a rozvoj dítěte“* (článek 6).¹²⁰ Tato opatření se vztahují mimo jiné i k zajištění přístupu ke zdravotnickým službám tak, aby bylo naplněno právo dítěte na dosažení nejvyšší možné úrovně zdravotního stavu. Úmluva o právech dítěte se specificky vyjadřuje rovněž k právům duševně nebo tělesně postiženého dítěte a vyzývá k nastavení takových podmínek, aby mohlo požívat plného a řádného života v důstojnosti, a aktivní účasti ve společnosti. Relevantní články jsou citovány výše.

Situace, kdy rodičům dítěte, které se narodí předčasně nebo s vrozenou vadou a potřebuje tedy nákladnou zdravotní péči, není umožněno dítě pojistit u veřejné, ani komerční zdravotní pojišťovny, a to ani před ani po narození dítěte, jednoznačně odporuje závazkům, které Česká republika přijala podpisem Úmluvy o právech dítěte. Tyto závazky se totiž neomezují na poskytnutí zdravotní péče bezpodmínečně nutné v ohrožení života, ale mají vést k dosažení nejvyšší možné úrovně zdravotního stavu dítěte. Oproti dětem narozeným českým občanům jsou děti cizinců jednoznačně diskriminovány na základě své státní příslušnosti, jelikož pro jejich rodiče prakticky neexistuje možnost zajistit jim zdravotní péči za stejných podmínek, jaké mají občané států EU.

¹¹⁹ Vláda České republiky. *Úmluva o právech dítěte*.

¹²⁰ Vláda České republiky. *Úmluva o právech dítěte*.

Ochrana veřejného zdraví

Jak bylo uvedeno v kapitole o komerčním pojištění cizinců, jedním z jeho problematických aspektů jsou četné výluky z pojistného krytí. Ty se týkají mimo jiné i infekčních a sexuálně přenosných nemocí, včetně AIDS, které patří mezi nemoci ohrožující veřejné zdraví. Ohrožením veřejného zdraví je z hlediska rizika znovuoobjevení již vymýcených nemocí nedostatečné zajištění a kontrola povinného očkování.

Další ohrožení veřejného zdraví může představovat tendence některých migrantů navštěvovat lékaře až v momentě, kdy je to nezbytně nutné. Děje se tak z důvodu nedostatečné informovanosti či nedůvěry v místní zdravotnictví, které pramení z jazykových a kulturních bariér nebo v případě neregulérních imigrantů, ze strachu, že lékař bude o jejich statutu informovat policii.

I pokud bychom se rozhodli nepřihlížet k situaci migrantů a morální povinnosti poskytnout jim možnost férového zdravotního pojištění a tedy přístupu ke zdravotní péči v situaci, kdy ji potřebují a hledět výlučně na zájmy místního obyvatelstva, současné nastavení pojistných podmínek komerčního zdravotního pojištění pro cizince musíme označit za nevyhovující a rizikové.

4.9 Shrnutí

V pohledu na současnou situaci přístupu migrantů ke zdravotní péči v České republice z hlediska etiky v této práci přejímám východiska křesťanské sociální etiky vyplývající z křesťanské antropologie, zásad solidarity a subsidiarity jakožto dvou z hlavních principů křesťanské sociální etiky a z biblického pohledu na cizince a přístupu k nim. Křesťanská antropologie, která vnímá člověka jako bytost stvořenou k Božímu obrazu, jež má však zároveň úkol správce stvoření, dokonce spolustvořitele, přináší do debaty o současných sociálních otázkách základní moment nepodmíněné důstojnosti člověka a zároveň zodpovědnosti člověka za stvoření, zodpovědnosti jednoho člověka za druhého bez ohledu na původ, hranice či jiné okolnosti. Princip solidarity připomíná bytostně společenskou povahu člověka a jeho příslušnost k lidskému společenství, která má přednost před příslušností k národům či jiným skupinám a zdůrazňuje závislost člověka na pomoci druhých. Princip subsidiarity ukazuje, jak má tato pomoc prakticky probíhat. Hledáme-li odpověď na otázku

přístupu k cizincům v Bibli, najdeme ji v principiální otevřenosti k cizincům a v důrazu na péči o potřebné a zranitelné. Právo na ochranu zdraví (bez ohledu na původ člověka či jiné podmínky) je v zákonech ČR zakotveno jako jedno ze základních lidských práv, a jako takové má být respektováno, chráněno a naplňováno státem. Je však nutné si uvědomovat, že v otázce lidských práv nemůžeme spoléhat výhradně na stát, neboť lidská práva dáváme jeden druhému jakožto jednotlivci. Otázka přístupu cizinců ke zdravotní péči v České republice s sebou přináší další eticky relevantní aspekty, které nelze opomíjet. Patří mezi ně zejména spravedlnost ve zdraví, ochrana dětí i ochrana veřejného zdraví jako takového.

5 Analýza případových studií

Pro ilustraci situací, do kterých se migranti v ČR dostávají, uvedu dvě případové studie, převzaté z dokumentu *Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců*.¹²¹ Pokusím se o jejich analýzu z hlediska etiky. Analýza vznikla v roce 2012 v rámci kampaně Konsorcia neziskových organizací za zahrnutí všech legálních migrantů do veřejného zdravotního pojištění a je veřejně dostupná:

*Případová studie č. 1. Cizinka se svým manželem legálně pracovali v ČR, byli tak subjekty veřejného zdravotního pojištění. Cizinka však porodila předčasně a novorozenec musel být umístěn v inkubátoru. Cizinka kontaktovala řadu poskytovatelů komerčního zdravotního pojištění s nabídkou na uzavření pojistné smlouvy, kdy pojištěným by bylo dítě, všude však byla odmítnuta pro zjevnou ekonomickou nevýhodnost smlouvy pro pojistitele. Dítěti byla vypracována žádost a stanovisko o udělení nenárokového trvalého pobytu (TP), aby tak získalo přístup do veřejného systému zdravotního pojištění, žádost byla však odmítnuta. V odvolání bylo argumentováno nesystematičností právních úprav, kdy výsledná situace byla v rozporu s Konceptí integrace cizinců, Úmluvou o právech dítěte i základní zásadou materiálně-právního státu, a sice se zásadou přiměřenosti. Komise pro rozhodování ve věcech migrantů dítěti přiznala TP, nicméně existence již vzniklých závazků vůči nemocnici tento postup neřešil. Nemocnice nyní svoji pohledávku ve výši 800.535,08,- Kč plus úrok z prodlení a náklady řízení vymáhá soudní cestou.*¹²²

Pokusíme-li se tento případ nahlížet z hlediska etiky, můžeme jednoznačně konstatovat několik problematických bodů. Případ je v evidentním rozporu s Úmluvou o právech dítěte, tedy s principy, na kterých se mnohé státy shodly. Uznávají v ní, že dítě má nárok na speciální ochranu a zajištění podmínek pro zdravý vývoj. Konkrétně je v uvedeném příkladě porušen výše citovaný článek 24, podle nějž *státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na dosažení nejvyšší možné úrovně zdravotního stavu a na využívání rehabilitačních a léčebných zařízení. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy,*

¹²¹ *Konsorciem nevládních organizací pracujících s migranty v ČR.*

¹²² HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína – ČIŽINSKÝ Pavel – STUDENÝ Libor, JURÁNEK Jan. *Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců.*

*usilují o zabezpečení toho, aby žádné dítě nebylo zbaveno svého práva na přístup k takovým zdravotnickým službám.*¹²³

Podmínky vedoucí k tomuto scénáři jsou diskriminační vůči dítěti i jeho rodičům, kteří nepožadují péči o novorozence zdarma, ale žádají pouze možnost platit za ni v rámci zdravotního pojištění, tak jako ostatní obyvatelé ČR. Ačkoli stát dítěti nakonec uznal trvalý pobyt, stalo se tak až ve fázi odvolání. Rodiče však neměli žádnou možnost popsané situaci předejít. Úmluva o právech dítěte i nediskriminační jednání však požadují, aby dítěti byl přístup k potřebné zdravotní péči regulérně a v plné míře zajištěn, nikoliv přiznán pouze za určitých podmínek, a to až v rámci odvolacího řízení.

Vrátíme-li se k zásadám vycházejícím z křesťanské sociální etiky, musíme konstatovat, že v daném případě je porušen jak imperativ vzájemné odpovědnosti jednoho člověka za druhého, tak princip solidarity se slabým a zranitelným. Situace neodpovídá ani principiální otevřenosti k cizincům. Jejich podmínky v závažné situaci jsou zbytečně ztíženy, což v daném případě nemůže být ospravedlněno argumentem hrozby narušení integrity přijímajícího národa, neboť ten je v dané situaci nerelevantní. Stejně tak není naplněna výzva k péči o nejzranitelnější.

Dluh, který rodičům předčasně narozeného dítěte vznikne, výrazně zhorší jejich životní situaci a povede k další marginalizaci nejenom této rodiny, ale celé skupiny, která už svou podstatou, jakožto imigranti, patří mezi vulnerabilní. Vezmeme-li v úvahu, že daný příklad není ojedinělý a je systémově zakotvený, musíme počítat s prohlubováním socioekonomických rozdílů ve společnosti, a v důsledku toho i narušení konceptu spravedlnosti ve zdraví. Ve většině podobných případů je jenom minimální šance, že dluh bude nemocnici zcela splacen, protože jeho výše převyšuje finanční možnosti rodiny. Dluh (přinejmenším jeho významná část) zůstane nemocnici, která se s tím musí nějak vypořádat. Ani toto nouzové řešení však není z etického hlediska v pořádku. Přináší rozpor mezi morálním a právním závazkem poskytnutí péče ze strany lékařů a nulovou garancí, že dluh nemocnic bude splacen. Pokud se tak nestane, doplatí na situaci v důsledku ostatní pacienti nemocnice, tedy čeští občané, plátcí veřejného zdravotního pojištění, jakožto většinoví uživatelé místní zdravotní péče. Vezmeme-li v potaz možnost, že se množství pacientů bez

¹²³ Vláda České republiky. *Úmluva o právech dítěte*.

nároku na zdravotní pojištění a finančních prostředků ke splacení dluhů nemocnicím bude výrazněji zvyšovat, může současné nastavení podmínek vést i k ohrožení veřejného zdraví.

Případová studie č. 2: Cizinka, pobývající na území na základě dlouhodobého pobytu za účelem sloučení rodiny spadla ve věku 17 let ze stromu a utrpěla trvalé poškození páteře. Pád byl nezávislý, cizinka nebyla pod vlivem alkoholu ani návykových látek, které by snad mohly zmenšit intelektuální či volní složku jednání. Cizinka prodělala několik operací a ústavní rehabilitační péči, nicméně její zdravotní stav zůstal nezměněn. Cizinka byla pojištěna u jedné z komerčních zdravotních pojišťoven, která však uplatnila výlukou ohledně péče v odborném léčebném ústavu (rehabilitační ústav) a neposkytla pojistné plnění. Jeden den hospitalizace přitom stál dle vyjádření rodiny cizinky 5000 Kč, což mělo pro rodinu doslova ničující ekonomické důsledky. Cizinka potřebovala zejména invalidní vozík a polohovací postel, ani tyto položky však nebyly zdravotní pojišťovnou uhrazeny.¹²⁴

Neposkytnutím potřebné péče cizince, která byla pojištěna, byla v daném případě porušena Všeobecná deklarace lidských práv, která, jak je citováno výše zaručuje následující (podtržené jsou body zvláště důležité pro náš případ): „Každý má právo na takovou životní úroveň, která by byla s to zajistit jeho zdraví a blahobyt i zdraví a blahobyt jeho rodiny, počítajíc v to zejména výživu, šatstvo, byt a lékařskou péči, jakož i nezbytná sociální opatření; má právo na zabezpečení v nezaměstnanosti, v nemoci, při nezpůsobilosti k práci, při ovdovění, ve stáří nebo v ostatních případech ztráty výdělečných možností, nastalé v důsledku okolností nezávislých na jeho vůli!“¹²⁵

Dále jsou porušeny principy Evropské sociální charty a znovu i Úmluvy o právech dítěte, neboť cizinka v našem případě nebyla plnoletá. Na rozdíl od minulého případu, kde bylo prakticky nemožné cizince pojistit, si tato cizinka platí zdravotní pojištění u komerční pojišťovny. Ve chvíli kdy z něj potřebuje čerpat, je uplatněna jedna z mnoha výjimek na pojistné plnění. Jak je v popisu případu uvedeno, cizinka své zranění nezavinila. Vzhledem k tomu, že neměla nárok na veřejné pojištění a vzhledem k pojistným podmínkám pojištění komerčního, neexistoval ani žádný způsob jak situaci, která po úrazu nastala, zabránit.

¹²⁴ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína – ČIŽINSKÝ Pavel – STUDENÝ Libor, JURÁNEK Jan. *Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců.*

¹²⁵ OSN Česká Republika. *Všeobecná deklarace lidských práv.*

Vrátíme-li se k prvnímu z etických východisek, která jsme uvedli, tedy k východisku nepodmíněné důstojnosti člověka, nabízí se otázka, zda situace, kdy někteří občané nemají žádnou možnost předem se zabezpečit pro případ nemoci či úrazu, zvláště s dlouhodobými následky, není porušením jejich důstojnosti. Zejména pak v kontextu společnosti, kde existuje fungující solidární systém pojištění a daný jedinec je schopen a ochoten do něj přispívat za účelem skutečného zajištění se pro případ zdravotních potíží. Cizinci v ČR tuto možnost sice formálně mají, pojištění je ze zákona dokonce povinné, reálně však jistotu potřebných kompenzací, které jsou ve veřejném pojištění standardní, nemají. Jsou jim sice přislíbeny, ale v závěru často nevyplaceny na základě některé z mnoha výjimek. Ve výsledku tedy cizinci do rozpočtu komerčního pojištění sice přispívají, ale ne vždy čerpají, a to ani tehdy, pokud péči potřebují. Vzhledem k tomu, že je zdravotní pojištění v ČR povinné a mnozí migranti nemají přístup k veřejnému pojištění, jsou k nerovným smlouvám s komerčními pojišťovkami ze zákona nuceni.¹²⁶ Pro mnohé migranty by mohlo být ve výsledku výhodnější si peníze určené ke zdravotnímu pojištění šetřit a v případě nutnosti použít pro alespoň částečnou úhradu výdajů za čerpanou zdravotní péči. Tuto možnost však nemají. Zda tato situace odporuje lidské důstojnosti či nikoli je při nejmenším relevantní otázkou pro diskuzi. Osobně se domnívám, že ano. V každém případě se jedná o diskriminaci, tj. upírání určitého práva, které většinová populace v dané situaci má. I kdybychom nedosáhli shody v otázce porušení důstojnosti, princip zodpovědnosti za druhé, univerzální přikázání lásky i křesťanský postoj principiální otevřenosti k cizincům, vyzývá k eliminaci situací, kdy by základní důstojnost jakéhokoli člověka mohla být porušena. Stejně jako v minulém případě, je i zde porušen princip solidarity, jakožto vědomí vzájemnosti, vědomí, že se nacházíme ve stejné situaci a úsilí o dobro každého člověka bez ohledu na jeho původ či jakékoli jiné kategorie. Fakt, že v situaci, kdy je pro něj organizované pojištění jednoznačně nevýhodné, cizinec nemá možnost rozhodnout se i jinak, například nepojistit se a finanční prostředky do něj investované použít k zajištění potřebné zdravotní péče přímo porušuje také princip subsidiarity, který přiděluje maximum kompetencí nejnižším organizačním jednotkám.

V předchozích odstavcích zazněly některé etické aspekty vztahující se ke konkrétním případům vyplývajícím z legislativního nastavení přístupu cizinců ke zdravotní péči v České republice. Takové případy však zdaleka nejsou ojedinělé a je pravděpodobné, že

¹²⁶Zákon č. 326/1999 Sb. o pobytu cizinců na území ČR a o změně některých předpisů.

s rostoucí migrací budou stále čtenější a budou tedy s sebou přinášet další etické výzvy. Jednou z těchto výzev je ochrana veřejného zdraví, neboť jak bylo uvedeno, výjimky z plnění komerčního pojištění se vztahují i na infekční a sexuálně přenosné nemoci. Zároveň je nutné si uvědomit, že nemocnice, kterým v podobných případech často zůstanou dluženy nemalé částky za poskytnutou zdravotní péči, mohou unést jen určité množství takových případů. Překročí-li jejich počet limit a zároveň v kombinaci s dalšími rizikovými faktory (např. nižší výběr pojistného ve veřejném systému), může posléze nastat situace, kdy některé nemocnice přestanou být schopny poskytovat zdravotní služby v potřebné kvalitě a rozsahu.

S rostoucím počtem migrantů bez nároku na adekvátní zdravotní pojištění, případně migrantů zatížených dluhy zdravotnickým zařízením, bude pravděpodobně docházet k marginalizaci této skupiny obyvatel a rozdíly ve zdraví oproti většinové populaci se budou místo očekávaného snižování spíše zvyšovat. Rozvedeme-li tuto myšlenku ještě dále a domýšlíme možné důsledky, marginalizace nezanedbatelné skupiny migrantů i jisté riziko ohrožení kvality zdravotní péče pro původní obyvatelstvo mohou přispět k ohrožení sociální stability.

6 Možnosti řešení a současný vývoj situace

6.1 Hlavní problematické oblasti české zdravotní politiky ve vztahu k migrantům a aktéři jejich řešení

Jak vyplývá z předchozích kapitol, nejpálčivějším problémem české zdravotní politiky ve vztahu k migrantům představuje jejich nedostatečně zajištěný právní nárok na zdravotní péči, a to vzhledem k nefunkčnímu systému zdravotního pojištění pro cizince. Týká se početné skupiny migrantů s dlouhodobým pobytem, kteří pocházejí ze zemí mimo EU. Toto nastavení je ve své podstatě diskriminační, neboť znevýhodňuje uvedenou skupinu migrantů oproti cizincům ze zemí Evropské unie i proti většinové společnosti (tedy obyvatelům ČR). Zároveň odporuje etickým principům i mezinárodním konvencím, kterými je Česká republika vázána, jako je *Všeobecná deklarace lidských práv*, *Úmluva o právech dítěte*, *Charta základních práv EU*, *Evropská sociální charta* a další¹²⁷. Další problematickou oblastí je informovanost cizinců o zdravotnictví a síti služeb, stejně jako jazykové a sociální bariéry, které mají za následek nedůvěru cizinců v český zdravotnický systém i sníženou možnost jeho využívání.

V předchozích kapitoly ukázaly, že současná situace je z etického hlediska nepřijatelná a je tedy třeba hledat cesty, jak ji změnit. Uvedli jsme, že na ochranu zdraví je možné se dívat jako na jedno z lidských práv a že lidská práva v praktické rovině mohou být zaručena pouze mezi občany navzájem. Dáváme je jeden druhému tím, že svá práva vzájemně respektujeme. Každé oprávnění jednoho člověka k něčemu, je na druhou stranu povinností jiného člověka k němu. Existuje-li oprávněná osoba, musí existovat i osoby povinné. Abychom dospěli k možnostem řešení daného problému, musíme identifikovat, kdo jsou v našem případě povinné subjekty, a co je jejich úkolem. Z kapitoly pojednávající o ochraně zdraví jako jednom z lidských práv vyplývá, že jsme vyzýváni být garantem a obhájcem lidských práv druhého člověka jakožto jednotlivci. Vzhledem k povaze problému, který spočívá v nevyhovujícím a eticky nepřijatelném nastavení celého systému zdravotního pojištění cizinců a jejich nedostatečné informovanosti o systému zdravotnictví v ČR, považují za nutné, aby se angažovaly i vyšší organizační jednotky, tj. stát a jeho příslušné orgány.

¹²⁷ DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HNILICOVÁ, Helena. *Migranti a zdravotní politika v ČR*.

Důležitými aktéry, kteří se mohou a mají podílet na zlepšení situace v otázce ochrany zdraví migrantů v ČR a jsou z etického hlediska subjekty povinnými podílet se na garanci tohoto lidského práva, jsou dle mého názoru následující:

Jednotlivci – nejdůležitější skupinou jsou jednotlivci, neboť lidská práva může garantovat pouze člověk člověku a právě na jednotlivcích stojí politiky a praxe veškerých vyšších organizačních složek. V případě problematiky zdravotní péče pro migranty je zásadní role jednotlivců – profesionálů, tedy lékařů, sester a ostatního zdravotního personálu, jedinců ve vedení pojišťoven, státních institucích, které mohou situaci ovlivnit, ale i každého z nás, jakožto členů občanské společnosti a tvůrců veřejného mínění. Informovanost cizinců a zejména jejich celková důvěra v místní instituce jsou do velké míry závislé na jednotlivcích, se kterými se cizinec v hostitelské zemi setká.

Nevládní a neziskové organizace – tyto organizace hrají nezastupitelnou roli zejména ve zvyšování informovanosti veřejnosti, upozorňování na existující problémy a apelování na jejich odstranění. Neziskové organizace také pomáhají konkrétním migrantům orientovat se v hostitelské společnosti, zprostředkovávají jim potřebné informace a snaží se odstraňovat kulturní bariéry, prostřednictvím poradenství a kulturní mediace. V oblasti migrace se angažují zejména Multikulturní centrum, Člověk v tísni, Diakonie, Charita, Poradna pro občanství a lidská práva a další. Významnou roli sehrává také zastřešující organizace Konsorcium neziskových organizací pracujících s migranty, některé důležité aktivity úspěšně koordinuje.

Pojišťovny – zodpovědnost za nastavení férových pojišťovacích podmínek odpovídajících etickým principům leží na pojišťovnách, které cizincům zdravotní pojištění poskytují. Z morálního hlediska jsou lidé ve vedení pojišťoven povinni vzít úvahu fakt, že předmětem jejich podnikání je lidské zdraví, a motivace k maximálnímu zisku by měla být limitována nejen státními zásahy, ale především vědomím morální odpovědnosti a její předností před ziskem. Inspirací může být pojišťovněm koncept sociálně odpovědných firem či sociálního podnikání, kdy si je pro-ziskově orientovaná firma vědoma svých společenských závazků a kromě generování zisku se zabývá i odpovědností k lidem a přírodě. Ačkoli komerční pojišťovny nezapadají do profilu klasické sociální firmy, pokud chtějí i nadále „podnikat“ v oblasti povinného zdravotního pojištění, potom východiska, cíle i konkurenční výhody, které přístup sociální odpovědnosti přináší, by pro ně měly být neméně relevantní.

Univerzity – nezastupitelnou roli ve zlepšování podmínek přístupu migrantů ke zdravotní péči hrají univerzity a další vzdělávací instituce. Vzděláváním mediků, zdravotnického personálu, politiků a veřejnosti mohou předejít zejména špatné informovanosti cizinců a minimalizovat negativní dopad kulturních rozdílů. Na některých univerzitách se vyučuje předmět multikulturní ošetřovatelství, jehož cílem je seznámit studenty se specifiky péče o cizince a omezit tím bariéry mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Existují rovněž vzdělávací projekty zaměřené na zlepšování informovanosti cizinců o podmínkách zdravotního pojištění.¹²⁸ Nadále nicméně přetrvává nedostatečná informovanost, a to na obou stranách, tedy jak u migrantů, tak i u zdravotnického personálu.

Stát – roli státu v otázce přístupu migrantů ke zdravotnímu pojištění se budu podrobněji věnovat v následující podkapitole.

Mezinárodní společenství – mezinárodní organizace, které zastřešují státy, jež se zavázaly k plnění společných cílů, mohou upozorňovat na případné nedodržování smluvených zásad některým ze států a v případě potřeby zasáhnout na jejich obranu. V otázce migrace a zdravotní péče pro migranty se angažují tyto mezinárodní organizace: *Evropská Unie* (European Union), *Rada Evropy* (Council of Europe), *Světová zdravotnická organizace* (WHO - World Health Organization), *Organizace spojených národů* (UN - United Nations) a *Mezinárodní organizace pro migraci* (IOM - International Organization of Migration).

6.2 Stát jako aktér zdravotní politiky ČR ve vztahu k cizincům

Navzdory určitým tendencím decentralizovat a privatizovat poskytování zdravotní péče, má stát v této oblasti rozhodující úlohu, která se nijak nevyklučuje s rolemi výše uvedených aktérů, nýbrž naopak, je s nimi úzce provázána. Stát v zásadě vytváří podmínky pro jejich fungování a garantuje jejich dodržování. Z Ústavy ČR a Listiny základních práv a svobod vyplývá povinnost státu chránit a podporovat zdraví občanů a vytvářet takové podmínky, které umožní zajistit každému občanu kvalitní zdravotní péči srovnatelně dostupnou z hlediska místa, času i ekonomické náročnosti. Vláda se ke své odpovědnosti přihlásila také formou vládního programu, který navazuje na mezinárodní iniciativy WHO, a

¹²⁸ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR.*

to usnesením vlády ČR č. 1046 z 30. října 2002, kterým byl schválen dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR: *Zdraví pro všechny v 21. století (Zdraví 21)*.¹²⁹

Ve vztahu k cizincům stát využívá nástroje imigrační a integrační politiky. Imigrační politika má za cíl regulovat legální migraci a omezovat migraci nelegální. Stát má rozsáhlé pravomoci rozhodnout, zda cizince do země vpustit či nikoli. V rámci vízové politiky dokonce často ani nemusí udávat konkrétní důvody pro případné zamítnutí vstupu. Domnívám se tedy, že pokud stát z důvodů ekonomických, sociálních či jiných nemá kapacitu přijímat další migranty a poskytnout jim důstojné podmínky a potřebnou péči v případě, kdy se dostanou do obtíží (například zdravotních) měl by stát využít svého práva migraci omezit.

Je-li cizinci (ze země mimo EU) uděleno povolení k dlouhodobému pobytu v České republice, vztahuje se na něj integrační politika, jejímž cílem je předcházet vytváření uzavřených komunit imigrantů, společenské izolaci a sociálnímu vyloučení cizinců a má tedy přispívat k jejich bezproblémovému začlenění do hostitelské společnosti. Existují dva hlavní proudy imigrační politiky, proud multikulturní, který klade větší důraz na ochranu identity a kultury minorit na svém území, a proud asimilační, který od cizinců vyžaduje větší přizpůsobení hostitelské společnosti. Ať už se ale stát přiklání k jednomu nebo druhému směru, má z etického hlediska za úkol zajistit imigrantovi důstojné podmínky k životu. Zvláště ve věci tak závažné jako je ochrana zdraví je podle mého názoru eticky nepřijatelné činit rozdíly mezi občany ČR a obyvateli jiného původu, a mezi imigranty podle země původu či jiných kritérií. Stát má právo cizince do země nevpuštět, pokud jej ale přijme, mělo by to být přijetí takové, které respektuje jeho osobní důstojnost a pomáhá mu k plnému začlenění do místní společnosti.

6.3 Možnosti řešení problematických aspektů přístupu cizinců ke zdravotní péči v ČR

Jestliže jsme současnou situaci v oblasti přístupu cizinců ke zdravotní péči v ČR označili jako nepřijatelnou, je nutné se zamyslet nad eticky přijatelnými východisky z dané situace.

Pro tyto účely bych rozdělila problematické aspekty na dvě kategorie:

¹²⁹JANEČKOVÁ, Hana . - HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 127.

1. Informovanost cizinců a kulturní bariéry

V této oblasti se zlepšení situace zdá být poměrně dobře uchopitelné. Zvyšování informovanosti cizinců prostřednictvím letáků, cizojazyčných internetových stránek, poradenství či vzdělávacích programů pro, ale i odbourávání kulturních bariér skrze vzdělávání lékařů a sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství, v cizích jazycích i v základních postojích k otázkám zdraví v jiných kulturách se zdají být logickou potřebou v současné situaci. Lze předpokládat, že důležitost vzdělávání a vedení zdravotnického personálu k citlivému a profesionálnímu přístupu k migrantům poroste spolu s rostoucím počtem pacientů cizího původu, který je možné v budoucnu očekávat.¹³⁰ Důležité je rovněž zaměřit se na získávání informací o zdraví migrantů, bez nichž není možné vytvořit vyhovující zdravotní a integrační politiky. Tyto iniciativy jsou z etického hlediska zodpovědností státu v rámci jeho integrační a zdravotní politiky, neziskových organizací, které pracují s migranty a zabývají se kulturní mediací, univerzit a vzdělávacích institucí v oblasti zdravotnictví, a každého z nás, ať už profesionálů v některé z uvedených oblastí nebo jednoduše hostitelů, kteří ve své zemi přijímají hosty – cizince. Sociální vyloučení, pocit „ztracenosti“ v cizí zemi, je do velké míry závislé na osobní zkušenosti s přístupem jednotlivců v hostitelské zemi. Zásadním etickým požadavkem pro uskutečnění těchto změn je ochota jednotlivých aktérů přijmout svůj díl zodpovědnosti a jejich autentická vůle přispět ke změně.

2. V současném nastavení jsou cizinci, kteří nemají nárok vstoupit do systému veřejného pojištění, povinni uzavřít pojištění u českých komerčních pojišťoven, jejichž podmínky jsou však zcela nevyhovující a neplní svůj účel. Pokusím se načrtnout některé možnosti řešení, které jsou z etického hlediska přijatelnější:

a. Odstranění monopolu českých komerčních pojišťoven

Nenabízí-li komerční pojišťovny migrantům důstojné a funkční podmínky zdravotního pojištění, není z etického hlediska přijatelné, aby jejich produkty byly jedinou alternativou řešení zdravotního pojištění pro cizince. Již samotný fakt, že jsou migranti, kteří nemají nárok na veřejné pojištění, prakticky nuceni uzavřít obchodní smlouvu, která je pro ně nevýhodná, je z morálního hlediska přinejmenším sporný. Je pochopitelné, že stát trvá na tom, aby měl cizinec uzavřené pojištění. Pokud však na

¹³⁰ BHOPAL, Raj. *Medicine and public health in a multiethnic World.*

českém trhu neexistuje produkt, který cizinci fakticky zaručí potřebnou zdravotní péči, považují za nemorální, aby měli migranti zákonnou povinnost se takového pojištění účastnit. Řešení by mohlo přinést (znovu)otevření možnosti uzavřít pojištění u pojišťovny v zemi původu či jiné (evropské) zemi, která nabízí férové a vyhovující podmínky odpovídající zákonným požadavkům na obsah pojišťovací smlouvy pro pobyt v ČR. Tato varianta může být v krátkodobém horizontu nevýhodná pro české komerční pojišťovny, ovšem v dlouhodobé perspektivě je donutí přizpůsobit se tržním podmínkám a nabízet funkční a férové produkty. Jako inspirace může sloužit právní regulace komerčního zdravotního pojištění v Německu. Od roku v 2009 se tento typ pojištění stal pro některé skupiny obyvatel (např. pro podnikatele) povinným. Současné s tím však stát přistoupí k jeho regulaci, a to v tom smyslu, že komerční pojišťovny nemohou přezkoumávat riziko a nemohou rizikové pojištěnce odmítat.¹³¹

b. Odstranění povinnosti zdravotního pojištění

Tato varianta rozhodně není ideálním řešením, uvádím ji pro ilustraci nepřijatelnosti současného nastavení. Ačkoli úplné odstranění povinnosti mít uzavřené zdravotní pojištění je riskantní jak z hlediska ekonomického, tak z hlediska veřejného zdraví, jedná se o férovější nastavení než současné povinné komerční pojištění, kdy cizinec sice pojištění platí, ale zdravotní péči si nakonec v mnoha případech musí financovat sám. Ekonomická rizika a nedostatečná ochrana veřejného zdraví jsou v současném nastavení rovněž aktuální.

c. Zpřísnění imigrační politiky

Jak bylo výše uvedeno, stát má právo regulovat imigraci a nejedná-li se o humanitární důvody, není morálně vázán k přijetí imigrantů. Pokud tedy stát nemá možnost zajistit imigrantům a zároveň místnímu obyvatelstvu důstojné a bezpečné podmínky k životu, je omezení imigrační politiky legitimní cestou jak se vyhnout nezvládnutelné situaci. Pokud však je cizincům ze třetích zemí vstup do naší země umožněn, tedy pokud cizinci pobývají a pracují v ČR legálně a platí zde daně, je korektní, aby měli i v přístupu ke zdravotní péči stejná práva a stejné povinnosti jako ostatní obyvatelé.¹³²

¹³¹ JANDOVÁ, Lenka: *Reforma zdravotnictví v Německu*.

¹³² HNILICOVÁ, Helena. *Souhrn hlavních důvodů pro zahrnutí migrantů ze třetích zemí a jejich rodinných příslušníků do veřejného zdravotního pojištění v ČR*.

d. Větší regulace a změny podmínek komerčního pojištění

Podmínky komerčního pojištění jsou částečně regulovány státem, například v nastavení minimálního limitu pojistného plnění či některých výjimek z pojistného plnění. Řešení některých problematických aspektů komerčního pojištění by mohly přinést další státní regulace, například v otázce dalších výjimek atd. Aby tyto změny přinesly požadované výsledky, muselo by komerční pojištění být nárokové a musely by zamezit vzniku nepojistitelných skupin. Státní zásah do soukromého sektoru je však z etického hlediska rovněž diskutabilním krokem uskutečnitelným pouze po zodpovězení otázky do jaké míry a za jakých okolností jsou státní zásahy do soukromého sektoru eticky přijatelné. I po případné regulaci podmínek však komerční pojišťovny zůstanou organizacemi orientovanými na zisk a jako takové budou přirozeně stále usilovat o jeho maximalizaci. Migranti, odkázaní pouze na komerční zdravotní pojištění v ČR, tedy zůstanou (ačkoli za potenciálně přijatelnějších podmínek) zdrojem zisku soukromých organizací.

e. Zahrnutí migrantů (kteří v současné době nemají nárok na veřejné pojištění) do systému veřejného zdravotního pojištění

Modelem řešení, který nejlépe odpovídá etickým požadavkům, se zdá být zahrnutí migrantů s dlouhodobým pobytem do systému veřejného zdravotního pojištění. Etické i finanční důvody pro toto řešení nabídne další podkapitola.

6.4 Důvody pro zahrnutí migrantů ze třetích zemí do systému veřejného pojištění

Jako nejvhodnější řešení zajištění přístupu ke zdravotní péči pro migranty v ČR se z etického i finančního hlediska jeví začlenění všech dlouhodobě legálně pobývajících migrantů a migrantek do systému veřejného zdravotního pojištění. Toto řešení by bylo výhodné zřejmě pro všechny zúčastněné subjekty (migranty samotné, zdravotnická zařízení i systém veřejného zdravotního pojištění) s výjimkou komerčních pojišťoven, které by tím přišly o své zisky.¹³³

¹³³ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína – ČIŽINSKÝ Pavel – STUDENÝ Libor, JURÁNEK Jan. *Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců.*

Je nezdůvodnitelné a neetické činit rozdíly mezi cizinci z EU a cizinci ze zemí mimo EU, jedná se o formu diskriminace na základě původu, která je zdrojem nerovnosti v přístupu ke zdravotní péči. Jiné formy řešení tuto nerovnost nepotlačí, maximálně zmírní, dlouhodobý, cílem zdravotní politiky je však nerovnost ve zdraví zcela minimalizovat. Pouze zajištění přístupu k veřejnému zdravotnímu pojištění zaručuje maximální ochranu dětí a těhotných. Podmínky českých případně i zahraničních komerčních pojišťoven budou vždy orientované na zisk, a je tedy velmi nepravděpodobné, že by se daly naprosto vyloučit situace, kdy jejich klienti budou oproti klientům veřejného pojištění znevýhodněni. Výše zmíněné požadavky důstojnosti člověka, mezilidské rovnosti, principu solidarity i přijetí cizince jakožto hosta jednoznačně vyžadují, aby hostitelská společnost poskytla příchozím migrantům stejné podmínky v přístupu ke zdravotní péči, jaké má domácí obyvatelstvo. Přijetí cizinců s dlouhodobým pobytem do systému veřejného zdravotního pojištění je jedinou představených variant, která není ve své podstatě diskriminační.

Migrantům by přijetí do systému veřejného zdravotnictví přineslo finančně výhodnější a férové podmínky v přístupu ke zdravotní péči, stejná práva a stejné povinnosti jako mají ostatní obyvatelé.¹³⁴ Nebyli by nuceni přistupovat na nevýhodné podmínky komerčního pojištění a riskovat, že ačkoli pojištění platí, zdravotní péče jim nakonec nebude proplacena nebo vůbec poskytnuta. Z etického hlediska je zrovnoprávnění migrantů s dlouhodobým pobytem v ČR v otázce přístupu ke zdravotnímu pojištění jednoznačně žádoucí.

Přijetí migrantů s dlouhodobým pobytem do systému veřejného pojištění by přispělo k lepší ochraně veřejného zdraví, jelikož komerční pojišťovny odmítají proplácet léčbu a prevenci některých nemocí, které mohou znamenat ohrožení veřejného zdraví. Vystavit veřejnost tomuto riziku je neetické a neodpovídá závazkům, které Česká republika přijala. Ochrana zdraví veřejnosti je navíc mnohem méně nákladná než léčba nemocí, preventivní péče a dostupnost lékařské péče v počátečních stádiích zdravotního problému je ekonomicky nejefektivnější a společensky nejpříjemnější cestou k udržení veřejného zdraví.

Také pro veřejné zdravotní pojištění by bylo zahrnutí většiny cizinců s dlouhodobým finančně přínosné. Převážná část ekonomicky aktivních migrantů, nyní odkázaných na

¹³⁴ HNILICOVÁ, Helena. *Souhrn hlavních důvodů pro zahrnutí migrantů ze třetích zemí a jejich rodinných příslušníků do veřejného zdravotního pojištění v ČR.*

komerční pojištění, bude totiž do systému pravděpodobně více přispívat, než z něj čerpat. Vyplývá to ze skutečnosti, že většina cizinců s povoleným dlouhodobým pobytem jsou lidé v produktivním věku, kteří chtějí pracovat, aby zabezpečili sebe i své rodiny. Průzkumy ukazují, že migranti, kteří přišli do ČR za prací, jsou zpravidla méně nemocní, než srovnatelné skupiny českého obyvatelstva (tzv. efekt zdravého migranta, viz 2. kapitola). Část ze současných cizinců s dlouhodobým pobytem zcela jistě získá později trvalý pobyt s nárokem na veřejné zdravotní pojištění. Lze soudit, že to již budou lidé starší a pravděpodobně také častěji nemocní, než je tomu nyní. Pro veřejné zdravotní pojištění by proto mohlo být ekonomicky velmi výhodné, zahrnout již v současné době migranty ze třetích zemí, jejichž věková struktura je nyní relativně příznivá, do veřejného zdravotního pojištění. Jak známo, veřejné zdravotní pojištění funguje principiálně tak, že nejvíce přispíváme do fondu pojištění v době, kdy jsme mladší a zdravější, abychom čerpali zdravotní péči v době, kdy budeme starší a nemocnější a zároveň již nebudeme pracovat a tudíž přispívat.¹³⁵

Rovný přístup cizinců ke zdravotní péči by rovněž poskytl lékařům určitou jistotu proplacení zdravotních služeb, které poskytují občanům žijícím legálně na území České republiky. Podle výzkumů strach z toho, že lékaři nebudou úkony proplaceny, ovlivňuje jeho rozhodnutí při poskytování zdravotních služeb cizincům. Tato situace kromě administrativních bariér vytváří další překážky a diskriminační podmínky, které nejsou eticky přijatelné.¹³⁶

Zahrnutí cizinců ze třetích zemí do systému veřejného zdravotního pojištění je zcela v souladu s principy zdravotní politiky EU, s Konceptí integrace cizinců v ČR i s mezinárodními konvencemi, kterými je ČR vázána.

¹³⁵ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Zdravotní pojištění cizinců v ČR*.

¹³⁶ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Migrants' Access to Healthcare in the Czech Republic*.

7 Přijatá legislativní opatření a současný vývoj

7.1 Zahraniční a domácí reakce a komentáře ke stavu zdravotního pojištění cizinců

Jak již bylo řečeno, situace migrantů v České republice je z hlediska přístupu ke zdravotnímu pojištění v evropském kontextu nestandardní. Mnohé domácí i mezinárodní instituce požadují změny ze strany České republiky či přímo vyjádřily podporu myšlenky zapojení migrantů do systému veřejného pojištění ČR. Pro ilustraci uvádím několik příkladů z českého i mezinárodního prostředí:

Usnesení ze XXVI. sjezdu České lékařské komory (3. - 4. 11. 2012)

"ČLK požaduje takovou úpravu právních předpisů, která umožní legálním imigrantům zapojit se do systému veřejného zdravotního pojištění. Současný právní řád nutí tyto osoby využívat služby komerčních pojišťoven, jejichž drahé, vysokými režijními náklady zatížené pojistky nepokrývají veškerá zdravotní rizika, považuje ČLK za vůči těmto osobám diskriminující a nedůstojný České republiky. Komora zároveň upozorňuje, že vyloučení těchto osob ze systému veřejného zdravotního pojištění tento solidární systém ochuzuje o nemalé finanční prostředky."

Usnesení Výboru pro práva cizinců při Radě vlády pro lidská práva (22. 10.2012)

- 1. „Výbor pro práva cizinců žádá Radu vlády pro lidská práva, aby se s přihlédnutím k podnětu Výboru, schválenému usnesením Rady dne 26. února 2009 týkajícím se zdravotního pojištění, obrátila na vládu s podnětem, aby vláda začlenila cizince s legálním pobytem nad 90 dnů do systému veřejného zdravotního pojištění.*
- 2. Výbor pro práva cizinců žádá příslušná ministerstva, která v současné době diskutují o změně systému komerčního zdravotního pojištění, aby k diskuzím přizvala předsedu Výboru."*

Organizace spojených národů, Výbor pro práva dítěte, 57. Zasedání (30. 5.-17.6.2011)

Závěrečná vyjádření (CRC/C/CZE/CO/3-4)

Odst. 53: „Výbor je znepokojen faktem, že děti cizinců nemají přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění a je požadováno, aby se účastnily pojištění komerčního za výrazně vyšší ceny. Výbor je rovněž znepokojen tím, že děti cizinců, které trpí vážnými chorobami, jsou

soukromými pojišťovnami často odmítány a nemají proto přístup ke zdravotní péči a službám.“

Odst. 54: *„Výbor vyzývá členský stát (tj. ČR), aby přijal veškerá zákonná opatření, která mohou zajistit, aby dětem cizinců byla poskytnuta zdravotní péče stejné kvality a úrovně jeho jako občanům“*

V obdobném duchu se vyjádřily i další výbory OSN (Výbor pro odstranění všech form diskriminace žen, Rada pro lidská práva).

Doporučení veřejného ochránce lidských práv k naplňování práva na rovné zacházení s cizinci (21.7.2010)

“Listina základních práv a svobod sice přiznává všem bez rozdílu právo na ochranu zdraví, ale právo na bezplatnou zdravotní péči a účast na veřejném zdravotním pojištění přiznává pouze občanům nebo cizincům-zaměstnancům. Vzhledem k tomu, že rozlišovacím důvodem není národnost či státní příslušnost, ale různá délka a režim pobytu v ČR, nejedná se podle zástupkyně ochránce o diskriminaci. Za problematickou však považuje skutečnost, že cizinec, který je rodinným příslušníkem občana EU, je v České republice v lepším postavení, než cizinec, který je rodinným příslušníkem občana ČR. Typicky se jedná o manžele či manželky. Zatímco rodinní příslušníci občana EU mají po celou dobu pobytu v ČR přístup do systému veřejného pojištění, rodinní příslušníci občana ČR jsou po dobu prvních dvou let odkázáni pouze na komerční pojištění. I když nejde o diskriminaci podle antidiskriminačního zákona, měly by být podle zástupkyně ochránce vnitrostátní předpisy upraveny tak, aby bylo postavení rodinných příslušníků občanů ČR a EU rovnocenné. Zároveň je i nadále neuspokojivě řešena situace dlouhodobě legálně zde pobývajících rodinných příslušníků zaměstnaných cizinců z třetích zemí. Takoví rodinní příslušníci (typicky manžel, manželka, děti, prarodiče) nemají po dobu pěti let pobytu v ČR přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění. Po celou dobu jsou odkázáni pouze na komerční zdravotní pojištění, které nepokrývá celý rozsah zdravotní péče a je smluvní. Pojišťovny nemají povinnost cizince pojistit a v praxi jsou běžně odmítáni starší lidé, nemocní a také cizinci, kterým se např. narodí dítě s vrozenou vadou či závažným onemocněním. V souvislosti s komerčním pojištěním zástupkyně ochránce upozorňuje, že smluvní svoboda nesmí být v rozporu se zásadou rovného zacházení. Jestliže pojišťovna paušálně uplatňuje pravidlo, podle kterého neuzavírá smlouvy s klienty nad 70 let, jedná se o přímou diskriminaci v přístupu ke službám z důvodu věku. Zástupkyně ochránce rovněž upozorňuje na Aktualizovanou koncepci integrace cizinců v ČR a každoroční usnesení vlády

k její realizaci, kde se už od roku 2005 upozorňuje na nezbytnost zapojení cizinců do systému veřejného zdravotního pojištění, jako podmínky jejich sociálně-ekonomické integrace. V souladu s touto koncepcí by podle zástupkyně ochránce měl být rodinným příslušníkům cizinců z třetích zemí, kteří dlouhodobě legálně v ČR žijí a pracují, umožněn vstup do systému veřejného pojištění co nejdříve.”

Znevýhodnění migrantů v přístupu ke zdravotnímu systému v ČR kritizují ve svých zprávách například také Evropská síť proti rasismu (European Network Against Racism, ENAR) a Český Helsinský výbor.¹³⁷

7.2 Opatření přijatá k nápravě problematických aspektů přístupu migrantů ke zdravotnímu pojištění

V průběhu minulých let došlo ve věci nároku na zdravotní péči pro migranty v České republice k některým změnám vedoucím ke zmírnění existujících nedostatků. Konkrétně se jednalo o opatření týkající se následujících oblastí:

a) Zlepšení dostupnosti zdravotní péče pro ohrožené skupiny migrantů

Jak bylo vysvětleno, praxe přístupu migrantů ke zdravotní péči a jejího financování není plně v souladu s českou integrační politikou a mezinárodními dokumenty, kterými je ČR vázána. V minulých letech proběhly v této oblasti některé pozitivní změny, však spíše okrajové. Parlament ČR přijal dodatek k imigračnímu aktu, který reaguje na některé problémy související s přístupem cizinců ke zdravotnímu pojištění. Komerční pojišťovny například nemohou po jeho přijetí nadále praktikovat některé výjimky z rozsahu pojištění (například nezbytná péče při zranění způsobené vlastním zaviněním, jako je například pokus o sebevraždu nebo zranění při sportu). Finanční strop pro krytí zdravotní péče byl také zvýšen z 30 000 EUR na dvojnásobek. Výše pojistného krytí musí být vyšší než náklady na urgentní péči s cílem zachránit a prodloužit život.¹³⁸ Základní problém, tedy diskriminační a celkově nevyhovující nastavení politiky zdravotního pojištění pro migranty bez trvalého pobytu, však stále čeká na své řešení.

¹³⁷ Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty v ČR. *Zahraniční a domácí kritiky ČR za stav zdravotního pojištění cizinců.*

¹³⁸ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Migrants' Access to Healthcare in the Czech Republic.*

b) Zlepšení informovanosti cizinců o zdravotnickém systému v ČR a jeho fungování:

Ke zvýšení informovanosti cizinců o zdravotnickém systému v ČR přispěly v minulých letech aktivity Institutu zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE), který vydal ve spolupráci s relevantními ministerstvy informační brožury poskytující stručné a přehledné informace o českých zdravotnických službách, aby se v případě potřeby mohli cizinci rychle a snadno orientovat a využít možností, které zdravotnictví v ČR nabízí. Příručky byly publikovány v několika jazycích. Proběhly rovněž vzdělávací projekty zaměřené na zlepšení informovanosti cizinců o podmínkách zdravotního pojištění. V oblasti zlepšování informovanosti migrantů se výrazně podílejí neziskové organizace.

c) Vzdělávání zdravotnických pracovníků: V rámci bakalářských studijních programů ošetrovatelství se začalo na několika akademických pracovištích vyučovat multikulturní ošetrovatelství. Články, učebnice, kurzy zaměřené na specifika péče o migranty a na multikulturní přístup ve zdravotní péči se staly součástí vzdělávání zdravotníků v pre- i postgraduálním vzdělávání.

d) Intervence do oblastí bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP): jedná se zejména o zkvalitnění zákonného poučení a zlepšení informovanosti cizinců o pravidlech BOZP. Výzkumný ústav bezpečnosti a ochrany zdraví při práci v Praze publikoval v několika jazycích příručky určené cizincům, pracujícím v rizikových povoláních v ČR (zejména ve stavebnictví).¹³⁹Tento krok je významný zejména uvážíme-li, že úrazy patří z dlouhodobého hlediska mezi nejčastější příčiny hospitalizace cizinců.

7.3 Aktuální situace a předpokládaný legislativní vývoj

V období posledních let se téma zdravotního pojištění pro cizince vrací k projednání do parlamentních výborů při každé novelizaci zákona o pobytu cizinců. Na nevyhovující podmínky opakovaně upozorňují nevládní organizace věnující se migraci i odborná veřejnost, které poukazují na problémy, jež současné nastavení přináší, zatím však bez očekávaných výsledků. Naproti zájmům zdravotnictví, veřejných rozpočtů i samotných migrantů na přijetí kvalitní právní úpravy pojištění cizinců stojí zájmy a lobbying komerčních pojišťoven.

¹³⁹ HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR.*

V srpnu 2010 například nově ustavená Nečasova vláda schválila úpravu zákonných opatření pro komerční zdravotní pojišťovny. Při třetím čtení poslanecká sněmovna překvapivě a bez vysvětlení schválila úplně jiný zákon, který se nezabývá nedostatky dosavadní legislativy, ale naopak několikanásobně zvyšuje cenu pojištění pro cizince. Tato náhlá a pro migranty jednoznačně nevýhodná změna, která je opakem toho, co pro migranty požadovaly neziskové organizace (tedy jejich začlenění do veřejného pojištění) vedla ke spekulacím o korupci a nezákonném lobbingu komerčních pojišťoven, které jako jediné těží z přijaté legislativy.¹⁴⁰ Tato nová zákonná opatření vešla v platnost s účinností od 1. 1. 2011. Novelou zákona o pobytu cizinců se navíc zpřísnily podmínky sjednání zdravotního pojištění pro cizince. Novelou stanoví cizincům vyloučeným ze systému veřejného zdravotního pojištění povinnost uzavřít komerční zdravotní pojištění v rozsahu tzv. komplexní péče (což znamená ročně přibližně šestinásobnou cenu oproti pojištění v rozsahu tzv. základní péče, jež dosud postačovalo) a zároveň již při podání žádosti o povolení k dlouhodobému pobytu předložit doklad o zaplaceném pojištění na celou dobu pobytu.¹⁴¹

Další vládní legislativní návrh, jehož iniciátorem bylo MZ ČR byl realizován v roce 2011. Jednalo se o novelu zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, kdy se uvažovalo o podstatném rozšíření okruhu účastníků veřejného zdravotního pojištění. V rámci mezirezortního připomínkového řízení bylo však začlenění cizinců z podnětu Hospodářské komory opět vypuštěno a návrh se v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR vůbec nepojednával.

Nevyhovující situace měla být částečně vyřešena směrnicí EU¹⁴², která měla být zavedena do právního řádu ČR do 25. 12. 2013. Tato směrnice přiznává části migrantů s dlouhodobým pobytem nárok na rovné zacházení v oblasti sociálního zabezpečení. Česká republika tuto směrnici dosud nepřijala. Nastává tak situace, kdy je česká legislativa v dané oblasti v rozporu s právem EU, což může vést jak k sankcím ze strany EU, tak k žalobám ze strany diskriminovaných migrantů.¹⁴³

¹⁴⁰ *Stínová zpráva ENAR 2010/2011* dle Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty v ČR.

¹⁴¹ *Zpráva o stavu lidských práv v ČR za rok 2010*, Český helsinský výbor, odst. 51 dle Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty v ČR.

¹⁴² Úřední věstník Evropské Unie. *Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/98/EU*.

¹⁴³ *Tisková zpráva, 3. března 2014* dle Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty v ČR.

Problematická novela zákona o pobytu cizinců byla v prosinci 2013 poslána k projednání výborům Poslanecké sněmovny. Jedním z hlavních důvodů k tomu byla skutečnost, že neřeší soustavně se opakující problémy týkající se komerčního zdravotního pojištění migrantů z tzv. „třetích zemí“ s dlouhodobým pobytem v ČR. Na začátku března 2014 se k vyloučení cizinců z veřejného zdravotního pojištění vyjádřil Výbor pro zdravotnictví. Ačkoli se vyjádřil ve smyslu, že se jedná o palčivé problémy, nenabídl žádné efektivní řešení a doporučil Poslanecké sněmovně schválení zákona, který konzervuje dlouhodobě nevyhovující systém, který je navíc od konce minulého roku v rozporu s právem EU.¹⁴⁴ Sociální demokracie v současné době navrhuje přijetí zvláštního zákona o komerčním pojištění cizinců, které chce tímto způsobem více regulovat a vyřešit tak nejpalčivější problémy tohoto pojištění, zejména pak eticky vyhraněné situace. V reakci na aktivity odborníků, neziskových organizací a Výboru pro práva cizinců při Radě vlády ČR pro lidská práva se ministr financí Andrej Babiš vyjádřil ve smyslu, že problematika zdravotního pojištění pro cizince musí jít ruku v ruce s komplexním řešením agendy pobytu cizinců na území ČR a že zahrnutí migrantů do veřejného pojištění by zatížilo veřejný sektor tím, že by přibýlo občanů, za něž platí pojistné stát. Řešení vidí ve změně podmínek komerčního pojištění tak, aby bylo nárokové a nemohly vznikat nepojistitelné skupiny osob.

Ačkoli jednání o přístupu cizinců ke zdravotní péči v ČR, zejména v oblasti přístupu ke zdravotnímu pojištění, zatím nebylo dosaženo konstruktivního konsenzu, jedná se o aktuální a diskutované téma, na které upozorňují odborníci a neziskové organizace pracující s migranty a dostává se rovněž do širšího společenského povědomí. Právě nyní, v době kdy je téma migrantů a jejich přístupu ke zdravotnictví v ČR diskutováno a projednáváno ve vládních i parlamentních výborech, ačkoli zatím bez výsledků, je nutné upozorňovat právě na etické aspekty této problematiky. Lze očekávat, že proti argumentům odborníků i neziskových organizací, které s migranty pracují, pro zlepšení podmínek migrantů a nejlépe jejich začlenění do veřejného systému zdravotního pojištění stojí silný lobbying komerčních pojišťoven, pro které je současné nastavení velice výhodné. Domnívám se, že je potřeba do této diskuze důrazněji než doposud vnést argumenty etiky jako platné a zásadní, jako požadavky z nichž nelze slevit, a to ve jménu lidské důstojnosti a mezilidské solidarity, jakožto principů, které mají přednost před komerčními zájmy. Pouze tak může dojít ke spravedlivému a morálně odpovědnému řešení dané situace a zároveň k takovému posunu ve veřejné a politické debatě, kdy argumentům etiky bude přiznána váha, jaká jim náleží.

¹⁴⁴ Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty v ČR. *Základní otázky a odpovědi ke komerčnímu a veřejnému zdravotnímu pojištění.*

8 Závěr

Stávající situace v přístupu cizinců ke zdravotní péči v České republice s sebou přináší naléhavé etické výzvy, jež dosud nebyly vyřešeny. Dostupnost a kvalita zdravotní péče pro cizince pobývající v České republice je limitována kulturními, sociálními a jazykovými bariérami a nedostatečnou informovaností cizinců o zdravotnictví a síti služeb v ČR. Z etického hlediska je pro integraci příchozích cizinců do hostitelské společnosti nutná ochota migrantů k jistému přizpůsobení se místním podmínkám, zvykům a organizaci společenského života. Na druhé straně je však nezbytná vstřícnost přijímající společnosti, která se projeví v nastavení podmínek tak, aby vycházely vstříc příchozím migrantům. V oblasti zlepšení informovanosti cizinců a odstranění komunikačních případně sociálních bariér bylo v posledních letech dosaženo určitého pokroku, například vzděláváním zdravotnického personálu či projekty na zvyšování informovanosti migrantů.

Závažnější a komplikovanější problém představuje otázka právního nároku migrantů na zdravotní pojištění v České republice: cizinec je povinen být v ČR zdravotně pojištěn, avšak početná skupina migrantů (cizinci, kteří pocházejí ze zemí mimo EU a nejsou zaměstnání u zaměstnavatele se sídlem v ČR) nemá nárok na veřejné zdravotní pojištění. Jedinou variantu tak představuje uzavření smlouvy s některou z komerčních zdravotních pojišťoven, jejichž pojistné podmínky jsou však nesrovnatelně horší než ve veřejném zdravotním pojištění a pro cizince tedy značně nevýhodné. Cizinci nemají nikdy jistotu, že v případě nemoci či úrazu jim bude uhrazena veškerá potřebná zdravotní péče. Pojišťovny totiž uplatňují mnohé výluky z pojistného plnění, které se vztahují k určitým druhům onemocnění či okolnostem jeho vzniku, dále uplatňují omezení na základě maximálního limitu pojistného plnění i možnost kdykoli od smlouvy odstoupit, například v momentě kdy pojištěný onemocní. Komerční pojištění je pro cizince navíc výrazně nevýhodné i z finančního hlediska. Přesto jsou migranti nuceni na podmínky zdravotních pojišťoven přistoupit, aby jim bylo umožněno v ČR pobývat. Mezi státy EU je tato situace ojedinělá a neodpovídá mezinárodním smlouvám a dohodám, které ČR uzavřela. Česká republika je z důvodu diskriminačního přístupu k cizincům pocházejícím ze zemí mimo EU v oblasti finančního krytí zdravotní péče kritizována ze strany mnoha českých i zahraničních institucí a lze očekávat, že by se mohla stát také terčem kritiky EU, neboť současná praxe v této oblasti není v souladu s unijní politikou.

Tato práce nabízí pohled na popsanou situaci z hlediska etiky. Konkrétní etická východiska hledá v principech křesťanské sociální etiky. Křesťanská antropologie pohlíží na člověka jako na stvoření, na bytost stvořenou k Božímu obrazu, která je zároveň pověřena péčí o stvoření i o své bližní. Tím je mu dána nepodmíněná důstojnost, ale i zodpovědnost za druhé. Tato důstojnost ani zodpovědnost nejsou limitovány hranicemi, původem ani jinými kritérii, z čehož vyplývá, že člověk je povinen chránit důstojnost každého jiného člověka a usilovat o jeho dobro. Princip stvořenosti člověka vyzdvihuje rovnost mezi lidmi, důležitost mezilidských vztahů a potřebu vzájemné podpory.

Tuto myšlenku dále rozvíjí princip solidarity, který je jedním z hlavních principů křesťanské sociální etiky. Zdůrazňuje opět bytostně společenskou povahu lidské osoby a vzájemnou rovnost, jež má být reflektována i ve společenském uspořádání. Solidaritou rozumíme vědomí, že se nacházíme ve společné situaci, a ochotu k účinné pomoci jeden druhému. Křesťanské pojetí solidarity je globální. Primární je příslušnost jedince k lidskému společenství, které má přednost před jakýmkoli dělením.

Dalším autentickým zdrojem etické inspirace je pojetí cizinců v Bibli, která na vstřícnost a otevřenost k cizincům klade velice silný důraz. Ten nepramení pouze ze skutečnosti, že mezilidská solidarita byla v biblických dobách pro lidi na cestách nutnou podmínkou přežití. Ve starozákonním kontextu mělo setkání s cizincem, tedy s hostem, význam setkání se samotným Bohem. Druhou rovinu vztahu k cizincům tvoří zkušenost izraelského národa a v Novém Zákoně pak Ježíše Krista a prvních křesťanů, kteří byli svým způsobem sami v roli cizinců. Biblické poselství tedy kromě univerzálního přikázání lásky přináší i imperativ principiální otevřenosti konkrétně k cizincům (pokud tato otevřenost nemá za následek dezintegraci přijímajícího společenství) a klade zvláštní důraz na péči o ty nejpotřebnější, mezi něž cizinci v biblických dobách stejně jako migranti dnes nepochybně patřili.

Jako relevantní principy křesťanské sociální etiky, byly tedy identifikovány následující: respekt k důstojnosti každého člověka, zodpovědnost za dobro druhého, mezilidská rovnost a solidarita, univerzální přikázání lásky, principiální otevřenost k cizincům a péče o nejpotřebnější. Tyto principy byly dále použity jako východiska k analýze konkrétních případů, i jako faktory uplatňující se v hodnocení současného nastavení podmínek přístupu cizinců ke zdravotnímu pojištění v ČR a jeho potenciálních alternativ.

Práce se dále zaměřuje na zdraví jako jedno ze základních lidských práv a zabývá se otázkou, kdo může člověku jeho základní práva zaručit. Dochází k závěru, že role garanta lidských práv připadá státu, a tato jeho funkce je zároveň základním etickým zdůvodněním existence státního zřízení. Ačkoli stát lidská práva může a má garantovat, skutečným poskytovatelem lidských práv je jeden člověk druhému, a to tím, že jeden přijímá právo druhého jako svou povinnost. Morální odpovědnost jednotlivce vyplývá i z pojetí práva jakožto minima morálky, ze kterého práce vychází.

Pro zkoumanou situaci z toho vyplývá, že subjektem, který má morální povinnost poskytnout migrantům eticky odpovídající podmínky v přístupu ke zdravotní péči, není pouze stát, ale každý jednatel podle svých možností. Zvláště evidentní je tato morální povinnost v případě zdravotnického personálu či vedení zdravotních pojišťoven. Zásadní vliv mají také univerzity a další vzdělávací instituce, nevládní a neziskové organizace a mezinárodní společnosti, které monitoruje situaci v jednotlivých zemích a v případě potřeby upozorní na nedostatečné plnění závazků, které stát v oblasti lidských práv přijal. Role státu jako garanta lidských práv je nicméně v současném globálním uspořádání světa nezastupitelná, proto je jí věnována zvláštní podkapitola.

Práce dále uvádí další dílčí etické problémy, které ze stávajícího nastavení vyplývají. Těmi jsou zejména nespravedlnost ve zdraví, která vede k prohloubení sociálních nerovností a tím k potenciální destabilizaci společnosti, dále nedostatečná ochrana dětí a těhotných a ohrožení veřejného zdraví. S přihlédnutím k těmto faktorům práce uvádí možná řešení problematických aspektů přístupu cizinců ke zdravotní péči v ČR. Jako možné varianty řešení práce uvádí odstranění monopolu českých komerčních pojišťoven, odstranění povinnosti zdravotního pojištění pro cizince, zpřísnění imigrační politiky a tedy omezení přijímání cizinců k pobytu v ČR, dále větší regulace a změny podmínek komerčního pojištění či zahrnutí všech migrantů do systému veřejného zdravotního pojištění. Poslední zmíněná alternativa jako jediná (s výjimkou zpřísnění imigrační politiky, což je také regulérní řešení) odpovídá požadavkům plynoucím z etických principů, ze kterých v této práci vycházím, a není ve své podstatě diskriminační. Samostatná podkapitola je tedy věnována etickým i finančním důvodům pro zahrnutí cizinců do veřejného zdravotního pojištění.

Poslední kapitola představuje vývoj analyzované problematiky z hlediska přijatých opatření, současného a předpokládaného vývoje v nejbližší budoucnosti. Uvádí kritiky českých i mezinárodních institucí, pokroky dosažené v minulých letech a konstatuje, že téma přístupu migrantů ke zdravotní péči v ČR je předmětem debat a jednání, kde se střetávají zájmy migrantů a profesionálů, kteří je podporují, se zájmy komerčních zdravotních pojišťoven. Ke konkrétním krokům vedoucím k efektivnímu řešení zatím nedošlo. Práce dochází k závěru, že z etického hlediska je jednoznačně nejvhodnějším řešením zahrnutí všech migrantů do systému veřejného pojištění. K dosažení tohoto cíle je třeba vytrvale prosazovat a hájit argumenty etiky a lidskosti jako zásadní a neoddiskutovatelné.

9 Seznam použitých zkratk

BOZP	bezpečnost a ochrana zdraví při práci
ČLK	Česká lékařská komora
EESC	European Economic and Social Committee Evropský hospodářský a sociální výbor
ENAR	European Network Against Racism Evropská síť proti rasismu
EU	Evropská Unie
IZPE	Institutu zdravotní politiky a ekonomiky
UN	United Nations Organizace spojených národů
IOM	International Organization of Migration Mezinárodní organizace pro migraci
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České Republiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization

10 Seznam literatury

Monografie

ANZENBACHER, Arno. *Křesťanská sociální etika. Úvod a principy*. Praha: Centrum pro studium demokracie, 2004.

JANEČKOVÁ, Hana . - HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. 2009.

NIESSEN, T.,et al.: *Migrant Integration Policy Index*. British Council and Migration Policy Group.Brussels. 2007.

Papež FRANTIŠEK. *Evangelii Gaudium. Radost evangelia. Apoštolská exhortace o hlásání evangelia v současném světě*. Praha: Paulínky. 2014.

SARTORI, Giovanni. *Pluralismus, multikulturalismus a přistěhovalci. Esej o multietnické společnosti*. Praha: Dokořán. 2005.

SOKOL, Jan. *Moc, peníze a právo*. Plzeň: Aleš Čeněk. 2007.

SUTOR, Bernard, H. *Politická etika*. Praha: Oikoymenh, 1996.

ŠTICA, Petr. *Cizinec v Tvých branách. Biblické podněty pro etickou reflexi migrace*. Praha: Karolinum, 2011.

BIBLE. Písmo svaté Starého a Nového zákona. Praha: Zvon, 1991.

Council and Migration Policy Group, *Migrant Integration Policy Index*, British Brussels 2007.

Papežská rada pro mír a spravedlnost. *Kompendium sociální nauky církve*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství. 2008, 534 s.

Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni, Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec nad Černými lesy, 2004.

Kapitola v monografii

HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. Migrants' Access to Healthcare in the Czech Republic. Ethical challenges. In WESTRA, L. (Editor) - SOSKOLNE, Colin L. (Editor) – SPADY, Donald W. (Editor). *Human Health and Ecological Integrity: Ethics, Law and Human Rights*. New York: Routlege, Taylor and Francis Group, s. 132-141.

HNILICOVÁ, Helena. Zdravotní pojištění cizinců v ČR. In Kolektiv autorů. *Cestovní medicína*. Praha: Raabe. 2012, s. 2-18.

SPADY, Donald W. Publid healthcare in the time of transition. The need to revert to basics. In WESTRA, L. (Editor) - SOSKOLNE, Colin L. (Editor) – SPADY, Donald W. (Editor). *Human Health and Ecological Integrity: Ethics, Law and Human Rights*. New York: Routlege, Taylor and Francis Group, s.121-131.

INGLEBY, D. et al: *Social integration and mobility: education, housing and health*. IMISCOE Cluster B5 State of the art report. Estudos para o Planeamento Regional e Urbano n° 67, Fonseca, L. and Malheiros, J. (eds.), Lisbon: Centro de Estudos Geográficos, 2005, pp. 89-119.

Články

BHOPAL, Raj. Medicine and public health in a multiethnic World. *Journal of Public Health* 2009, Vol. 31. No. 3, pp.315-321.

BJÖRNGREN CUADRA, Carin. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *Journal of Public Health*. Advance Access Published June 9, 2011. Oxford Univeristy Press, pp. 1-6.

DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HNILICOVÁ, Helena. Migranti a zdravotní politika v ČR. *Zdravotnictví v České republice*. 2010, roč. 8, č. 4, s. 122-127.

Elektronické zdroje

DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HNILICOVÁ, Helena. *Zkušenosti zdravotnického personálu při poskytování zdravotní péče cizincům (výzkumná sonda)* (16. 12. 2009) [2013-11-10]. <<http://www.migraceonline.cz/cz/e-knihovna/zkusenosti-zdravotnickeho-personalu-pri-poskytovani-zdravotni-pece-cizincum-vyzkumna-sonda>>.

HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína – ČIŽINSKÝ Pavel – STUDENÝ Libor, JURÁNEK Jan. *Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců*. Praha: Konsorcium neziskových organizací pracujících s migranty [2013-11-21]. <http://www.konsorcium-nno.cz/dokumenty/analyza_komercniho_zdravotniho_pojisteni_pro_vybor171012_201210180815049.pdf>.

HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína – ČIŽINSKÝ Pavel. *Komerční zdravotní pojištění cizinců v ČR*. [2013-11-21]. <http://aa.ecn.cz/img_upload/224c0704b7b7746e8a07df9a8b20c098/HnilicovaDobiasovaCizincsky_KomercniZdravotniPojisteni.pdf>.

HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR*. Praha: 1. Lékařská Fakulta Univerzity Karlovy, Institut veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 2009. [2013-10-23]. <http://www.mighealth.net/cz/index.php/Hlavn%C3%AD_strana>.

HNILICOVÁ, Helena - DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Zdravotní pojištění cizinců v ČR*. [2013-10-21]. <<http://migraceonline.cz/cz/e-knihovna/zdravotni-pojisteni-cizincu-v-cr>>.

HNILICOVÁ, Helena – TĚŠÍNOVÁ, Jolana. *Souhrn hlavních důvodů pro zahrnutí migrantů ze třetích zemí a jejich rodinných příslušníků do veřejného zdravotního pojištění v ČR*. Univerzita Karlova v Praze. 1. Lékařská fakulta. Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva.

INGLEBY, David. *European Research for Migration and Health*. Background paper. [2013-10-05]. <[http://www.migrant-health-europe.org/files/FINAL%20DRAFT%20INGLEBY%20website\(4\).pdf](http://www.migrant-health-europe.org/files/FINAL%20DRAFT%20INGLEBY%20website(4).pdf)>

JANDOVÁ, Lenka: *Reforma zdravotnictví v Německu*. [2014-22-04]. <<http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/casopis-narodni-pojisteni-c-8-2007-clanek-1.htm>>.

Český statistický úřad. *Cizinci v ČR*. [2013-08-12]. <<http://www.mvcr.cz/clanek/cizinci-s-povolenym-pobytem.aspx>>.

Český statistický úřad. *Koncepce integrace cizinců v ČR*. [2013-12-06]. <[http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/t/0E0030F05E/\\$File/USNESEN%C3%8D_VL%C3%81DY_%C4%8CR_ze_dne_4.1.2012_%C4%8D._6_k_Postupu_p%C5%99i_realizac.pdf](http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/t/0E0030F05E/$File/USNESEN%C3%8D_VL%C3%81DY_%C4%8CR_ze_dne_4.1.2012_%C4%8D._6_k_Postupu_p%C5%99i_realizac.pdf)>

Český statistický úřad. *Výdaje na zdravotní péči v ČR*. [2013-11-20]. <http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/vydaje_na_zdravotni_peci_v_cr20120405>

Konsorciium nevládních organizací pracujících s migranty v ČR. [2013-12-10]. <<http://www.konsorciium-nno.cz/>>.

Konsorciium nevládních organizací pracujících s migranty v ČR. *Základní otázky a odpovědi ke komerčnímu a veřejnému zdravotnímu pojištění*. [2013-12-10]. <<http://www.konsorciium-nno.cz/zdravotni-pojisteni-migrantu.html>>.

Konsorciium nevládních organizací pracujících s migranty v ČR. *Zahraniční a domácí kritiky ČR za stav zdravotního pojištění cizinců*. [2013-12-10]. <<http://www.konsorciium-nno.cz/zahranicni-a-domaci-kritiky-cr-za-stav-zdravotniho-pojisteni-cizincu.html>>.

Ministerstvo vnitra ČR. *Cizinci s povoleným pobytem*. [2013-11-10]. <<http://www.mvcr.cz/clanek/cizinci-s-povolenym-pobytem.aspx>>.

Ministerstvo vnitra ČR. *Migrační a azylová politika České republiky*. [2013-11-23]. <<http://www.mvcr.cz/clanek/migracni-a-azylova-politika-ceske-republiky-470144.aspx?q=Y2hudW09MQ%3d%3d>>.

Ministerstvo vnitra ČR. *Azyl, migrace a integrace*. [2013-11-10]. <<http://www.mvcr.cz/clanek/integrace.aspx>>.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Dokument Zdraví pro všechny ve 21. století*. [2014-03-08]. <http://www.mzcr.cz/cizinci/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html>.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Dokument Zdraví 2020*. [2014-04-10]. <http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html>.

Obamacare. [2014-04-14]. <<http://obamacarefacts.com/whatis-obamacare.php>>.

OSN Česká Republika. *Všeobecná deklarace lidských práv*. [2014-03-08]. <<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>>.

Poslanecká sněmovna. *Listina základních práv a svobod*. [2013-12-08].
<<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>.

Rada Evropy. *Council of Europe*. [2014-03-08]. <<http://hub.coe.int/web/coe-portal/home>>.
Úřední věstník Evropské Unie. *Listina základních práv Evropské unie*. [2014-02-16].
<<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0389:0403:CS:PDF>>

Vláda České republiky. *Úmluva o právech dítěte*. [2014-02-16].
<<http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/rlp/dokumenty/zpravy-plneni-mezin-umluv/umluva-o-pravech-ditete-42656>>.

WHO Česká Republika. *Oficiální stránky kanceláře WHO v České republice*. [2014-03-15].
<www.who.cz>.

WHO. *Health systems*. [2014-03-15] < <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>>

Poznámky z přednášek

HNILICOVÁ, Helena. *Dostupnost zdravotní péče pro migranty v České republice* in
Konference Migration to the centre. Migrace a (ne)rovnost ve střední Evropě. 23.-24.1.2014.
Prostory Univerzity Karlovy, Fakulta humanitních studií, U Kříže 8, Praha – Jinonice.

Stvořenost člověka in LORMAN, Jaroslav. Křesťanská antropologie – přednáška. Karlova
Univerzita, Praha, Katolická teologická fakulta, CZ.

H.Arendtová, in ŠTICA, Petr. Politika a politická etika - přednáška. Křesťanská antropologie
– přednáška. Karlova Univerzita, Praha, Katolická teologická fakulta, CZ.