

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Barbora Kloučková

**Zdravotní péče související s těhotenstvím a porodem u cizinek
z nečlenských států EU v České republice**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Helena Hnilicová, Ph.D

Praha 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 5. ledna 2015

Bc. Barbora Kloučková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Heleně Hnilicové, Ph.D., vedoucí práce, za podnětné rady, podporu a odborné vedení. Dále bych také ráda poděkovala Nemocnici Na Bulovce za zprostředkování přístupu k výzkumnému vzorku a v neposlední řadě všem účastnicím mého výzkumu za ochotu, trpělivost a upřímnou spolupráci.

Barbora Kloučková

Obsah

OBSAH	4
ABSTRAKT	5
I. ÚVOD	7
II. TEORETICKÁ ČÁST	9
1. Zdravotní péče v České republice	9
1.1 Legislativní podklady zdravotní péče	10
1.2 Zdravotnický systém v České republice	13
1.2.1 Financování zdravotnického systému	16
1.2.2 Veřejné zdravotní pojištění	19
1.2.3 Zdravotní pojišťovny	22
1.3 Zdravotní péče poskytovaná ženám v souvislosti s těhotenstvím a porodem v ČR	24
2. Cizinci v České republice	31
2.1 Úvod do problematiky migrace	31
2.2 Charakteristika současného stavu migrace v České republice	32
2.3 Historie migrace a migrační politika v České republice	34
2.4 Legislativní úpravy migrace v ČR	37
2.5 Cizinci ze třetích zemí v ČR	40
2.6 Zdravotní péče poskytovaná cizincům v ČR	44
2.6.1 Zdravotní pojištění cizinců	47
2.6.2 Zdravotní péče poskytovaná cizinkám v souvislosti s těhotenstvím a porodem	55
III. EMPIRICKÁ ČÁST	59
3. Teorie kvalitativního výzkumu	59
3.1 Zvolené přístupy kvalitativního výzkumu	60
3.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	61
3.3 Výběr výzkumného souboru a jeho popis	62
3.4 Metoda získávání kvalitativních dat	63
3.4.1 Polostrukturovaný rozhovor	64
3.4.2 Průběh získávání dat.....	65
3.4.3 Etické zásady výzkumu	65
3.5 Příprava a zpracování dat	66
3.6 Analýza a interpretace dat	66
3.6.1 Metody analýzy dat	66
3.6.2 Analýza a interpretace dat dle 1. výzkumné otázky	67
3.6.3 Analýza a interpretace dat dle 2. výzkumné otázky	70
3.6.4 Analýza a interpretace dat dle 3. výzkumné otázky	71
3.7 Diskuze	75
IV. ZÁVĚR	78
SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ	80
PŘÍLOHY	87

Abstrakt

Diplomová práce se věnuje problematice zdravotní péče, která je v ČR poskytována cizinkám ze zemí mimo EU, v souvislosti s těhotenstvím a porodem. V první části mé práce je popsána zdravotní péče v ČR obecně. Je v ní uveden přehled legislativy týkající se zdravotní péče, popsán zdravotnický systém v ČR, veřejné zdravotní pojištění a jsou v ní také shrnuty právní nároky na zdravotní péči migrantek ze „třetích zemí“ se zaměřením na těhotenství a porod. Druhá část práce je zaměřena na problematiku migrace, charakterizuje současný stav i historická fakta migrace v ČR a popisuje legislativní úpravy migrace v ČR, především se zaměřením na cizince z nečlenských států EU. V empirické části diplomové práce je použita kvalitativní metoda zpracování a analýzy dat vycházející z hloubkových rozhovorů s dvanácti rodičkami z nečlenských států EU. Rozhovory prezentují zkušenosti rodiček se zdravotní péčí, která jim v ČR byla poskytnuta a objasňuje jejich orientaci ve zdravotnickém systému. Práce shrnuje možnosti a rozsah zdravotního pojištění cizinců na základě prostudovaných dokumentů i díky subjektivním výpovědím a hodnocení samotných participantek výzkumu. Diplomová práce předkládá soubor problémů a komplikací vzniklých v souvislosti s poskytováním zdravotní péče těhotným a rodícím cizinkám ze „třetích zemí“ v ČR a kriticky hodnotí vzniklé problémy. V závěru navrhuje některá řešení k jejich nápravě.

Klíčová slova:

Zdravotnický systém. Zdravotní péče. Migrantky. Těhotenství a porod. Zdravotní pojištění cizinců. Veřejné zdravotní pojištění. Komerční zdravotní pojištění. Nečlenské státy EU. Kvalitativní výzkum.

Abstract

The health care concerning the pregnancy and delivery at foreign women from non-EU nations in the Czech Republic

The thesis is devoted to health care that is provided in the Czech Republic for foreign women from countries outside the EU, in connection with pregnancy and childbirth. In the first part of my thesis there is described health care in the Czech Republic in general. It contains an overview of legislation on health care, described the healthcare system in the Czech Republic, public health insurance and there are also summarized the legal rights to health care of migrants from "third countries" with a focus on pregnancy and childbirth. The second part focuses on migration issues, describes the current status and historical facts about migration in the CR and describes the legislative regulation of migration in the Czech Republic, mainly focusing on foreigners from non-EU countries. In the empirical part of the thesis used a qualitative method of data processing and analysis based on interviews with twelve women in labour from non-EU countries. Interviews present their experience with maternal health care, which was provided to them in the Czech Republic and explaining their orientation in the health care system. The thesis summarizes possibilities and range of the health insurance for foreigners on the basis of these documents and thanks to the subjective testimonies and evaluations of research respondents themselves. This thesis presents a set of problems and complications arising in connection with the provision of health care to pregnant and laboring foreign women from "third countries" in the CR and critically evaluates caused problems. In conclusion, proposes some solutions to remedy them.

Key words:

The health care system. Health care. The migrants. Pregnancy and childbirth. Health insurance for foreigners. Public health insurance. Commercial health insurance. Non-EU countries. Qualitative research.

I. Úvod

Problematika migrace je v současné době velmi řešeným tématem. Lidé mění svůj domov často a to především pro zlepšení svých životních podmínek, které jsou ovlivněny hlavně politickou nebo ekonomickou situací. Migrace se odehrává zejména z chudších oblastí do oblastí bohatších, což odpovídá migraci zvláště z východu (Východní Evropa, Asie) na západ (země EU, USA, Kanada). Migrace s sebou přináší spoustu problémů, jak pro přistěhovalce, tak pro hostitelský stát a jeho obyvatele. Migranti obvykle získávají mnoho životních příležitostí a možností, současně se ale potýkají s nesnázemi, které vychází z odlišných kulturních prostředí a jazykové bariery (MIGHEALTHNET, 2012).

Česká republika svůj migrační příval zažívá od počátku devadesátých let. Nejvyšší migrační nárůst byl zaznamenán v roce 2006 a to asi o 13% oproti roku předchozímu (Hnilicová, Dobiášová, Zpráva o stavu zdraví..., 2009).

Na konci roku 2012 v ČR legálně pobývalo asi 438 213 cizinců po dobu delší než devadesát dní, tedy dlouhodobě, přičemž největší část tvořili cizinci ze třetích zemí (asi 63,2% (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Zpráva o migraci a integraci, 2013).

Jak bylo uvedeno výše, s migrací souvisí spousta komplikací a problémů. Migranti se musí naučit orientovat v zákonech a pravidlech hostitelské země. Velkou složitost představuje pro cizince orientace ve zdravotnickém systému a v právech i povinnostech vztahujících se ke zdravotní péči. V České republice platí pro cizince ze zemí mimo EU jiná pravidla, než pro občany z EU. Tato pravidla souvisejí i se zdravotní péčí. Cizinci ze třetích zemí mají povinnost mít při vstupu na území ČR zaplacenou cestovní zdravotní pojištění, které je velmi specifické. Paradoxem je, že děti a těhotné ženy z nečlenských států EU představují nejvíce zranitelnou a ohroženou skupinu z hlediska zajištění potřebné zdravotní péče (Hnilicová, Migrace – ochrana a podpora veřejného zdraví, 2010).

Pro napsání diplomové práce zaměřené na zdravotní péči poskytovanou cizinkám těhotným a rodičím v ČR mě motivovaly dva faktory. Jelikož pracuji jako porodní asistentka, bylo více než jasné, že moje práce bude zaměřena na zdravotnictví se specifikací na ženy těhotné a rodičí. A dále během studia oboru Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích jsem byla oslovena pozoruhodnými přednáškami PhDr. Heleny Hnilicové, které byly zaměřeny na zdravotnický systém v ČR i v zahraničí. Poutavé povídání o problematice zdravotní péče poskytované cizincům mě

velmi inspirovalo. Výzvou pro mě bylo skloubit tyto pro mě zajímavá témata a na jejich základě postavit diplomovou práci.

Moje diplomová práce se věnuje problematice zdravotní péče, která je v ČR poskytována cizinkám ze zemí mimo EU, v souvislosti s těhotenstvím a porodem. V práci jsem si kladla za cíl prostudovat, jaké jsou legislativní možnosti pro cizince pobývající v ČR v souvislosti se zdravotní péčí a dozvědět se, jak se cizinky nečlenských států EU orientují v našem zdravotnickém systému, co považují za vhodné a výhodné, co naopak za složité a komplikované, jaké mají možnosti pojištění a co vše jim toto pojištění nabízí.

Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretickou část tvoří dva segmenty. První segment se zabývá zdravotní péčí v ČR obecně, jejími legislativními podklady a celým zdravotnickým systémem v ČR. Druhý teoretický segment je zaměřen na cizince v ČR, problematiku migrace a migrační politiku se zaměřením na cizince ze zemí mimo EU. Nejvíce se zde zabírám právními nároky migrantek ze třetích zemí. Specificky se zaměřuji na možnosti zdravotní péče a zdravotního pojištění pro cizinky těhotné a rodící v ČR.

V empirické části popisuji metodologii kvalitativního výzkumu mé práce – cíle, výzkumné otázky, výzkumný vzorek, metody zpracování, analýzy a interpretace získaných dat. Empirická část má za cíl zjistit, jak se migrantky z nečlenských států EU orientují v českém zdravotnickém systému, jaké mají zkušenosti se zdravotní péčí a zdravotním pojištěním a jak vše subjektivně hodnotí. Výstupem z výzkumné části je popis příčin problémů, kterým tyto ženy v ČR čelí a vše je zakončeno návrhem možných řešení těchto problémů.

V práci jsem uplatnila informace získané prostřednictvím přednášek a seminářů během studia a také z prostudované literatury – odborných publikací, platných zákonů a vyhlášek, internetových stránek, dále také prostřednictvím konzultací a z doporučení vedoucí mé diplomové práce.

II. Teoretická část

1. Zdravotní péče v České republice

Zdravotní péče v České republice se uskutečňuje podle modelu národního zdravotního pojištění, tak jak je tomu v mnoha evropských zemích. Mezi tyto evropské země patří Francie, Německo, Rakousko, Švýcarsko a země Beneluxu. Tento model využívá různých forem a podob dle každé země. Shodu ve všech zemích najdeme v hlavním zdroji financování. Hlavní zdroj financování tvoří účelové příspěvky na zdravotní pojištění, které jsou spravované veřejnými zdravotními pojišťovnami. Rozdíly, které tento systém má v různých zemích, vychází především z kulturně - historických předpokladů. V zásadě se příliš neliší a opírá se o princip solidarity (Křížová, 2007).

V České republice funguje model národního zdravotního pojištění od roku 1993. Stejně tak jak došlo k jiným změnám, došlo také k přechodu od státem řízeného zdravotnictví financovaného z daní ke zdravotnictví financovaného z příspěvků na povinné všeobecné (od roku 1997 na veřejné) zdravotní pojištění – tedy přechod k systému národního všeobecného pojištění (Mátl, 2008).

Důvodů k transformaci zdravotnického systému v devadesátých letech uvádí Křížová několik. Jedním ze zásadních důvodů byl kriticky hodnocený zdravotní stav obyvatel v porovnání s jinými Evropskými zeměmi. Jako ukazatele špatného zdravotního stavu populace byly použity například: zaostávání ve střední délce života mužů i žen; vysoká úmrtnost mužů středního věku především na kardiovaskulární onemocnění; zvýšený počet chronicky nemocných a nemocných civilizačními chorobami (diabetes, astma, rakovina ad.). Nejen tyto zdravotní ukazatele odhalovaly, že státem řízený a z daní financovaný zdravotnický systém nedostatečně reaguje na nové výzvy a není schopen vytvořit programy ke zlepšování zdraví populace. Také se zdálo nutné zaměřit se na zodpovědnost každého o vlastní zdraví a podpořit samostatnou volbu v oblasti výběru lékaře i zdravotnických zařízení.¹

Dalším velkým impulzem pro transformaci bylo zlepšení ekonomickou situaci jednotlivých zdravotnických zařízení a zajištění, aby zdravotní péče byla poskytována všem a nebyla omezena nedostatečným technologickým vybavením a nedostatkem léků.

¹ Přestože dnes mnohé diskuze a konkrétní situace (RZP má problém s umístěním některých akutních případů – např. porod) naznačují, že zrušení spádovosti nebylo ve všech případech až tak žádoucí.

„Hlavními nástroji realizace cílů transformace bylo zavedení veřejného zdravotního pojištění, odstátnění, decentralizace a privatizace.“ (Křížová, 2010: 2).

1.1 Legislativní podklady zdravotní péče

Garantem zdravotní péče v České republice je stát, a proto je již v nejvyšším zákoně ČR – **Ústavě ČR** (Zákon 1/1993) uvedeno právo na poskytnutí zdravotní péče občanům ČR. Konkrétně je toto právo uvedeno v **Listině základních práv a svobod** (Zákon 2/1993, čl. 31), která v čl. 31 stanovuje: *„Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného zdravotního pojištění nárok na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“* Listina základních práv a svobod, každému občanu ČR garantuje právo na ochranu zdraví, poskytování bezplatné zdravotní péče a poskytování především péče neodkladné, tedy péče život zachraňující (Janečková, Hnilicová, 2009).

Bezplatná zdravotní péče je v ČR poskytována na základě **Zákona o veřejném zdravotním pojištění** (Zákon 48/1997) a to všem osobám, které mají trvalý pobyt na území ČR, všem zaměstnancům zaměstnavatelů sídlících na území ČR a také cizincům ze zemí Evropské unie a jejich rodinným příslušníkům při dlouhodobém pobytu v ČR. Souhrnně lze říci, že zákon o veřejném zdravotním pojištění popisuje zdravotní pojištění, definuje podmínky pro jeho vznik a zánik, charakterizuje účastníky, dále určuje práva a povinnosti plátců i pojištěnců pojistného. Zákon také nastavuje, jakým způsobem je poskytována zdravotní péče a jak je hrazena nebo nehrazena. Určuje systém úhrad léčiv a další léčebných pomůcek. Další související zákony se zabývají činností zdravotních pojišťoven, popisují jejich práva a povinnosti, stanovují pokuty a přirážky k pojistnému. V zákoně je také uvedeno systematické rozdělení poskytovatelů zdravotnických služeb.

Kromě zákona o veřejném zdravotním pojištění jsou dalšími prameny práva, které zasahují do českého zdravotnického systému především:

- **Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně**
- **Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách**
- **Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění**
- **Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví**

- **Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně především definuje předmět činnosti Všeobecné zdravotní pojišťovny jako právnické osoby, která provádí veřejné zdravotní pojištění, pokud jej neprovádějí resortní, oborové a podnikové zdravotní pojišťovny. Všeobecná zdravotní pojišťovna plní v ČR funkci tzv. zdravotní pojišťovny poslední instance, tedy stává se automaticky zdravotní pojišťovnou i pro ty pojištěnce, kteří si sami nezvolí zdravotní pojišťovnu a účastní se systému veřejného zdravotního pojištění. Tento zákon popisuje organizační strukturu Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a jejích dalších orgánů, dále upravuje hospodaření pojišťovny, kontroluje její činnost a informační systém. Orgány Všeobecné zdravotní pojišťovny tvoří Správní rada a Dozorčí rada. Statutárním orgánem této pojišťovny je ředitel, kterého jmenuje správní rada (Zákon 551/1991).

Dle **zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách** mohou i jiné subjekty kromě Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR provádět veřejné zdravotní pojištění. Tyto zdravotní pojišťovny souhrnně označujeme jako zaměstnanecké pojišťovny. Zákon č. 280/1992 Sb. dále upravuje vznik, činnost a zánik zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a také vysvětluje jejich vztah k Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. V zákoně jsou taktéž popsány druhy zaměstnaneckých pojišťoven a jejich organizační struktura spolu s orgány, způsoby hospodaření, informačním systémem a Zajišťovacím fondem. Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna musí získat povolení pro svoji činnost, jež vydává Ministerstvo financí. Orgány zaměstnanecké zdravotní pojišťovny jsou stejné jako u VZP: ředitel, Správní rada a Dozorčí rada (Zákon 280/1992).

Ráda bych zde uvedla, že oba výše uvedené zákony, zákon č. 280/1992 Sb. i zákon č. 551/1991 Sb., se ve svém obsahu nezabývají odpovědností za hospodaření se svěřenými prostředky veřejného zdravotního pojištění.

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění se týká výše pojistného, penále a způsobem jejich placení. Určuje vyměřovací základ pro stanovení pojistného pro všechny skupiny pojištěnců. Dále zákon upravuje kontrolu placení pojistného a povinnosti plátců, pokutování a vedení evidence pojištěnců (Zákon 592/1992).

Stát není jen garantem zdravotní péče, ale současně se snaží i o ochranu zdraví svých občanů a to prostřednictvím **zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví**. Zákon

se zabývá právy i povinnostmi fyzických a právnických osob v souvislosti s ochranou veřejného zdraví, vytváří opatření pro vhodné životní i pracovní podmínky a hygienické režimy. Zákon dále usiluje o předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění. Zákon ustanovuje orgány státní správy v ochraně veřejného zdraví (Zákon 258/2000).

Dlouhodobě platným pramenem práva zabývající se zdravotnickým systémem byl **zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu**, který byl zcela zrušen a nahrazen **zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**, který se stal účinným od 1. 4. 2012. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování je rozdělen do patnácti částí a zabývá se zdravotními službami a podmínkami jejich poskytování. Dále popisuje, jaké jsou druhy a formy zdravotní péče, podmínky poskytování zdravotních služeb, způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. Zákon také upravuje práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. V zákoně je také zahrnuto hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, zpracovávání osobních údajů a zdravotnické dokumentace. Dále jsou v zákoně uvedeny různé typy registrů souvisejících se zdravotními službami (Zákon 372/2011).

Se **zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách** souvisejí tyto vyhlášky:

- Vyhláška č. 39/2012 Sb., o dispensární péči
- Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách
- Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče
- Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb
- Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče
- Vyhláška č. 116/2012 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému
- Vyhláška č. 296/2012 Sb., o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky
- Vyhláška č. 297/2012 Sb., o Listu o prohlídce zemřelého

Česká republika je členem Evropské unie, Evropského společenství, Rady Evropy, OSN a řady dalších společenství a mezinárodních organizací. Tyto společenství a organizace vydávají řadu mezinárodních dohod a smluv, které se stávají součástí právního řádu ČR. Jsou nadřazené zákonům ČR a to dle Ústavy. Článek 10. Ústavy ČR uvádí: „*Vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, jsou součástí právního řádu; stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva*“ (Zákon 1/1993, čl. 10).

Součástí zákonů ČR je i Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, zkráceně **Úmluva o lidských právech a biomedicině**. Tuto úmluvu vydala v roce 1997 Rada Evropy a ČR ji ratifikovala v roce 1998 s platností od 1. 10. 2001. Úmluva o lidských právech a biomedicině je jakýmsi etickým kodexem, který požaduje chránit důstojnost všech lidských bytostí bez diskriminace, dále zaručuje úctu k integritě lidské bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny, zaměřuje se především na pacientovo právo na profesionální péči, právo na ochranu pacientovy svobody v rozhodování a právo na ochranu soukromí a informace (Janečková, Hnilicová, 2009).

1.2 Zdravotnický systém v České republice

Gladkij definuje zdravotnický systém jako: „*soustavu opatření, institucí a činností, jimiž společnost v souladu s určitou politickou koncepcí a v souladu se stupněm svého kulturního, ekonomického a sociálního rozvoje zajišťuje péči o zdraví.*“ (Gladkij, 2003).

Moderní zdravotnický systém je formální instituce uspořádávající vztahy mezi třemi základními subjekty – těmi, kteří péči potřebují a spotřebovávají (občané, pacienti), těmi, kteří péči umějí a smějí poskytovat (poskytovatelé) a těmi, kteří péči hradí, tedy finančně zprostředkovávají (plátcí). Na českém zdravotnickém systému se podílí kromě tří výše uvedených i další aktéři, kteří společně s třemi hlavními vytvářejí velmi složitě povázanou strukturu. Jak uvádí Křížová: „*Zdravotnický systém je natolik složitý komplex, že vedle finálního cíle, jímž je snaha udržovat, navracet a posilovat zdraví, se zde uplatňují mnohé cíle parciální skupinové, (vědecké, ekonomické, podnikatelské, různých skupin pacientů), jež mohou být různě konfliktní.*“ (Křížová, 2007:2)

Na tomto místě, je nezbytně nutné, doplnit tři hlavní skupiny (subjekty) zdravotnického systému – pacienty, plátce a poskytovatele ještě o čtvrtou skupinu, kterou

představují ostatní aktéři, které nelze přímo zařadit do předchozích třech skupin. Nicméně i tato skupina zasahuje do zdravotnického systému a kooperuje s třemi hlavními aktéry a tím je ovlivňuje. Stejně tak i v rámci tří hlavních subjektů vznikají menší podskupiny, které sice do nich řadíme, přesto mohou mít v dané skupině jiné záměry (Mátl, 2008).

1) **Občané (pojištěnci, pacienti)**

Občané jsou spotřebitelé zdravotní péče, kteří jsou odpovědní za vlastní zdraví a vlastní zdraví ovlivňují svým chováním – rizikovým (úrazy), životním stylem a způsobem stravování, fyzickou aktivitou, užíváním návykových látek (alkohol, kouření, drogy). Právě občané podstatným způsobem ovlivňují vlastní zdraví a tím i následnou potřebu a spotřebu zdravotní péče a to i svým přístupem k prevenci a k sebezpečí. Pacienti mohou vstupovat do různých patientských organizací, které zastupují jejich zájmy a snaží se, aby jejich práva byla naplněna. Pacienti prostřednictvím patientských organizací navozují interakce se skupinami plátců a poskytovatelů. Zaměstnavatelé představují jednu velkou podskupinu, která spadá do skupiny občané. Zaměstnavatelé odvádějí za své zaměstnance zdravotní pojištění, vycházející z výše jejich platů a tím ovlivňují příjmy celého zdravotnického systému. Zaměstnavatelé ovlivňují zdraví svých zaměstnanců způsobem, jakým vytváří pracovní prostředí a podmínky pro bezpečí a ochranu zdraví svých zaměstnanců při práci (Mátl, 2008).

2) **Poskytovatelé zdravotnických služeb**

Poskytovatelé zdravotnických služeb jsou pro fungování celého systému nejdůležitější, protože provozují zdravotnická zařízení a poskytují zdravotní péči. Přičemž kvalita poskytované zdravotní péče má vliv na výsledky celého systému. Poskytovatele lze rozdělit do tří vrstev dle složitosti, nákladnosti, rozsahu a závažnosti zdravotní péče na: primární, sekundární a terciární. Primární zdravotní péče poskytuje základní zdravotnickou a preventivní péči. Do primární péče v ČR patří praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, gynekologové, stomatologové a lékárenská péče. Každý občan ČR se dobrovolně registruje u praktického lékaře (děti u praktického lékaře pro děti a dorost), což lékaři umožňuje koordinaci zdravotní péče u jednotlivých pacientů díky znalosti jejich zdravotního stavu. Většina poskytovatelů primární péče je soukromých. Sekundární vrstvu zdravotnictví představují specializované ambulance a nemocnice základní lůžkové péče, které patří ke státnímu i soukromému sektoru. Terciární zdravotní péče je vysoce specializovaná a komplexní péče, která je poskytována ve fakultních a krajských nemocnicích. Většina takto specializovaných ústavních zařízení je ve veřejném vlastnictví. Do skupiny poskytovatelů lze také zařadit profesní organizace, především

komory: lékařské, lékárenské a stomatologické, které jsou zřizovány příslušnými zákony. Tyto komory dohlíží na dodržování etických kodexů, zákonů a řádů komor. Garantují odbornou úroveň kontinuálního vzdělávání ve sféře své působnosti, podílí se na specializačním vzdělávání a zastávají oprávněné zájmy svých členů a chrání jejich profesní čest. Důležitou úlohu zde také mají odborné lékařské společnosti i společnosti nelékařských zdravotnických povolání, které vydávají různá doporučení ke zdravotnické praxi a přispívají tak k vytváření standardů lékařské i ošetrovatelské péče. Dále zajišťují a podporují oblast vzdělávání i vzdělávání celoživotního a výzkumnou činnost (Mátl, 2008).

Dalšími aktéry, kteří hájí zájmy zaměstnanců, jsou odborové organizace. Tyto organizace hájí zájmy zaměstnanců zdravotnických zařízení, kteří do těchto organizací vstupují. Odborové organizace „bojují“ za lepší podmínky svých členů a to, jak v jednotlivých zdravotnických organizacích, tak i v rámci celého zdravotnického systému (Mátl, 2008).

3) Plátcí zdravotnické péče a služeb

Plátcí jsou zdravotní pojišťovny, veřejný sektor (státní správa a samosprávy) a také samotní pacienti, kteří hradí péči, přesahující rámec veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny dle zákona hradí poskytovanou zdravotní péči a služby zdravotnickým zařízením za spotřebitele této péče a to na základě financí získaných přímo od samotných spotřebitelů, jejich zaměstnanců a státu. Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávními organizacemi, které zajišťují svým pojištěncům dostupnou a kvalitní zdravotní péči prostřednictvím uzavírání smluv o poskytování a úhradu zdravotní péče se zdravotnickými zařízeními. Zdravotní pojišťovny dle zákona o veřejném zdravotním pojištění (zákon č. 48/1997 Sb.) získávají finanční prostředky od pojištěnců a zároveň se zavazují uhradit za ně zdravotní péči. Občan české republiky má povinnost účastnit se veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny vstupují do vztahu s poskytovateli zdravotní péče prostřednictvím smluvních dohod. Poskytovatelé zdravotnických služeb vstupují do organizací poskytovatelů, které hájí jejich zájmy vůči plátcům. Další vztah, který zde vzniká, je mezi pojišťovnami a státem, který je garantem zdravotní péče pro občany České republiky. Stát zdravotní péči garantuje prostřednictvím zákonodárné moci a jednotlivých ministerstev (zdravotnictví a financí), (Mátl, 2008).

4) Ostatní aktéři

Čtvrtá skupina se skládá z různorodých aktérů, kteří přímo či nepřímo zasahují do celého systému. Velkou roli zde hrají výrobci a dodavatelé léků, zdravotnické techniky

a pomůcek. Tito aktéři přicházejí ze soukromého sektoru a uplatňují principy trhu. Nabízejí své výrobky v bohatě konkurenčním prostředí a snaží se v něm prosadit a tvořit zisk. Snaží se své zboží prodávat poskytovatelům a spotřebitelům zdravotní péče, vytvářejí tlak na zákonodárce a exekutivu ke změnám pravidel ve svůj prospěch, přesvědčují zdravotní pojišťovny o potřebě úhrady vlastního zboží a služeb. Mnohé marketingové praktiky v této oblasti jsou vychytralé, vytrvalé a často i neetické. Poměrně nezastupitelnou úlohu v této čtvrté skupině představuje podskupina vzdělávacích, výchovných a výzkumných institucí. Sem můžeme zařadit, které lékařské fakulty a zdravotnické ústavy při univerzitách, farmaceutické a zdravotnické školy, výzkumné ústavy a další vzdělávací instituce. Ty vyučují a vychovávají nové zdravotníky, kteří ovlivňují kvalitu poskytovaných služeb a péče (Mátl, 2008).

1.2.1 Financování zdravotnického systému

Financování zdravotnického systému v České republice vychází z několika zdrojů. Hlavním a převažujícím zdrojem prostředků je všeobecné zdravotní pojištění, které odvádí ekonomicky aktivní osoby, anebo stát za část ekonomicky neaktivní populace. Výhodou je, že tento typ financování nezávisí na každoročním vyjednávání o státním rozpočtu. Další zdroje prostředků získává zdravotnictví z veřejných prostředků, tedy ze státních a územních rozpočtů a také formou přímých plateb ze soukromých prostředků (Křížová, 2010).

1) Veřejné zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění vychází v ČR z principu solidarity. Tedy tak, že ti co jsou ekonomicky aktivní, zdraví s vlastním zdrojem příjmů se podílejí na jeho placení povinně a za pojištěnce, kteří nejsou ekonomicky aktivní, jej odvádí stát. Výše pojistného je stanovena dle zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění na 13,5% z vyměřovacího základu (celkových mzdových nákladů u zaměstnance), přičemž 1/3 (tj. 4,5%) platí zaměstnanec ze své hrubé mzdy a 2/3 pojistného (tj. 9%) hradí zaměstnavatel. Obě části odvádí zdravotní pojišťovně zaměstnavatel. Za minimální vyměřovací základ je dána minimální mzda, která již od 1. 8. 2013 činí 8 500 Kč (VZP ČR, 2014)². Osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) také odvádějí zdravotní pojištění

² Minimální mzda byla od 1. 1. 2015 zvýšena na 9 200 Kč.

a to činí také 13,5% z vyměřovacího základu. Stát stanovuje minimální a maximální vyměřovací základ u OSVČ. Za ekonomicky neaktivní občany (děti, studenty do 26 let, starobní a invalidní důchodce, uchazeče o zaměstnání, osoby povolané k výkonu vojenské služby a vězně) je zdravotní pojištění hrazeno ze státního rozpočtu. Zákon dále určuje nové skupiny státem pojištěných osob, jako jsou ženy/muži na mateřské a rodičovské dovolené, osoby pečující o závislé osoby, osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu, cizinci, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území ČR nebo vízum nad devadesát dnů pobytu za účelem strpění pobytu, žadatelé o udělení azylu a jejich děti, narozené na území ČR atd. U těchto osob se stanovuje výše pojistného rovněž z vyměřovacího základu, který činí 25% všeobecného vyměřovacího základu. Do této skupiny patří cca 60% všech pojištěnců. Ještě existují osoby, které nemají za kalendářní měsíc žádné příjmy ze zaměstnání a ani nejsou OSVČ a současně za ně neplatí pojistné stát. Patří sem například studenti starší 26 let, nebo ženy v domácnosti, které nepečují o nezletilé děti. Tito musejí také odvádět zdravotní pojištění a jejich vyměřovacím základem pro tyto účely je minimální mzda (Janečková, Hnilicová, 2009).

Pro osoby samostatně výdělečně činné se minimální vyměřovací základ vypočítává jako dvanáctinásobek z 50% průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství. Minimální měsíční vyměřovací základ pro OSVČ je od 1. 1. 2014 částka 12 971 Kč, z níž minimální záloha na pojistné je 1 752 Kč. Jak bylo již uvedeno výše, osoby bez zdanitelného příjmu jsou také povinny platit měsíčně pojistné a to ve výši 1 148 Kč. Tato částka se vypočítává z vyměřovacího základu, zde již z minimální mzdy. Vyměřovacím základem pro platbu pojistného státem za ekonomicky neaktivní občany je částka 5 829 Kč. Z tohoto vyměřovacího základu platí od 1. 11. 2013 stát měsíčně pojistné ve výši 787 Kč (VZP ČR, 2014).

Všeobecná zdravotní pojišťovna vede Registr všech pojištěnců a současně spravuje fond zdravotního pojištění. Tento fond je určen k financování zdravotní péče plně nebo částečně hrazené zdravotním pojištěním a to formou přerozdělování pojistného. Přerozdělování funguje na principu solidarity bohatých s chudými a zdravých s nemocnými. Systém přerozdělování pojistného používá tzv. nákladové indexy pro 18 věkových skupin pojištěnců u obou pohlaví odstupňované po pěti letech až do 85 let. Na základě skladby pojištěnců každá zdravotní pojišťovna získává finanční prostředky, ze kterých hradí poskytnutou zdravotní péči jednotlivým zdravotnickým zařízením za své pojištěnce (Janečková, Hnilicová, 2009).

2) Veřejné zdroje

Jak uvádím výše, veřejné zdroje jsou především státní rozpočet, krajské a jiné územní rozpočty, eventuálně i prostředky zřizovatelů ad. Z těchto zdrojů je hrazeno asi 7% výdajů ve zdravotnictví (Janečková, Hnilicová, 2009).

3) Soukromé zdroje

Soukromé zdroje tvoří podle údajů z posledních let okolo 16% všech výdajů na zdravotní péči (ÚZIS ČR, 2013) a patří sem především regulační poplatky, ale i doplatky na léky a jiné zdravotnické prostředky. Povinnost platit regulační poplatek má každý pojištěnce při čerpání hrazené zdravotní péče a to dle **zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů** s účinností od 1. ledna 2008. Tento zákon č. 261/2007 Sb., mění zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, který se systémem regulačních poplatků plně zabývá (Janečková, Hnilicová, 2009).

Regulační poplatky

Dle Metodického pokynu vydaného Ministerstvem zdravotnictví ČR s účinností od 1. ledna 2012 byly regulační poplatky povinné poplatky, které hradil pacient mimo veřejné zdravotní pojištění za návštěvu u lékaře, za vydání hrazeného léčiva předepsaného na recept, za každý den hospitalizace v ústavní péči a za návštěvu v pohotovostní službě. Poplatky se platily takto: 30 Kč za návštěvu u lékaře a za vydání hrazeného léčiva předepsaného na recept, 100 Kč za každý den hospitalizace a 90 Kč za návštěvu pohotovosti (Regulační poplatky, 2013).

Od 1. 1. 2014 dochází ke změně v hrazení regulačních poplatků. Na základě nálezu Ústavního soudu a dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, podle ustanovení § 16a odst. 1 písm. f) se od 1. ledna ruší povinnost hradit regulační poplatek za poskytování lůžkové péče včetně lůžkové lázeňské léčebně rehabilitační péče ve výši 100 Kč. I nadále však platí povinnost hradit ostatní regulační poplatky, tedy poplatky ve výši 30 Kč a 90 Kč (MZČR: Informace o zrušení povinnosti platit regulační poplatek za poskytování lůžkové péče od 1. 1. 2014.).

Regulační poplatek se stává příjmem zdravotnického zařízení, které jej vybralo. Pokud zdravotnické zařízení vybírání regulační poplatky neoprávněně, nebo je naopak nevybírání vůbec, může mu zdravotní pojišťovna uložit pokutu, nebo při opakovaném pokutování, dokonce může navíc zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením ukončit smlouvu. Zákonem je stanoven limit na regulační poplatky a doplatky na léčiva ve výši 2500 Kč u pojištěnců mladších 18 let včetně a u pojištěnců starších 65 let včetně a limit

5 000 Kč pro ostatní pojištěnce. Překročí-li pojištěnec v kalendářním roce tento limit, je jeho zdravotní pojišťovna povinna vrátit mu to, co zaplatil nad limit, ale tímto nepřestává platit regulační poplatky a doplátky (Regulační poplatky, 2013).

Na sklonku roku 2014 Poslanecká sněmovna schválila návrh na úplné zrušení regulačních poplatků, s možností zachovat pouze pohotovostní poplatek, a to prostřednictvím novelizace zákona o veřejném zdravotním pojištění. Novela nabyla účinnost k 1. 1. 2015.

1.2.2 Veřejné zdravotní pojištění

Jak už bylo uvedeno výše, veřejné zdravotní pojištění je upraveno v zákoně č. 48/1997 Sb. Tento zákon také obsahuje rozsah a podmínky, za nichž je pojištěncům poskytována zdravotní péče, a dále vytváří způsoby stanovení cen a úhrad léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

1) Osobní rozsah zdravotního pojištění

Osobní rozsah zdravotního pojištění určuje, kdo se účastní systému veřejného zdravotního pojištění a kdo je tedy pojištěncem. Jsou to osoby s trvalým pobytem na území České republiky, dále osoby, které na území ČR trvalý pobyt nemají, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele se sídlem nebo trvalým pobytem na území ČR. Z veřejného zdravotního pojištění jsou vyřazeny fyzické osoby, které nemají trvalý pobyt na území ČR a jsou v ČR činné pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatické výsady a imunity nebo nemají sídlo na území ČR. Vyloučení z veřejného zdravotního pojištění jsou také ty osoby, které dlouhodobě pobývají v cizině a pojistné neplatí (Zákon 48/1997).

Jak vyplývá ze zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR a Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, jsou účastníky veřejného zdravotního pojištění také cizinci z Evropské unie a jejich rodinní příslušníci při dlouhodobém pobytu v ČR, bez ohledu na občanství (Zákon 326/1999).

Dále jsou také pojištěni v systému veřejného zdravotního pojištění ČR další cizinci a jejich rodinní příslušníci, kterým bylo v jiném členském státě EU přiznáno právní postavení dlouhodobě pobývacího rezidenta v Evropském společenství podle směrnice 2003/109/ES, dále azylanti, žadatelé o azyl nebo o mezinárodní ochranu a jejich rodinní příslušníci podle směrnice 2004/83/ES a v souvislosti s právem na sloučení rodiny dle

směrnice 2003/86/ES, a také vyžádání vědeckí pracovníci ve smyslu směrnice 2005/71/ES (Směrnice Rady EU).

2) Vznik a zánik veřejného zdravotního pojištění

U osob s trvalým pobytem na území ČR vzniká zdravotní pojištění dnem narození. U osob bez trvalého pobytu na území ČR vzniká zdravotní pojištění dnem, kdy se staly zaměstnancem zaměstnavatele sídlícího na území ČR, anebo dnem získání trvalého pobytu na území ČR. Zdravotní pojištění zaniká dnem úmrtí pojištěnce nebo je-li prohlášen za mrtvého. Pro osoby bez trvalého pobytu na území ČR zdravotní pojištění zaniká dnem, kdy přestaly být zaměstnancem zaměstnavatele sídlícího na území ČR, anebo dnem ukončení trvalého pobytu na území ČR (Zákon 48/1997).

3) Pojistné

Dle zákona č. 48/1997 Sb. jsou plátcí pojistného zdravotního pojištění rozděleni do tří skupin: pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. Dále tento zákon ukládá povinnost platit pojistné, určuje okamžik vzniku a zániku povinnosti platit pojistné. Samotná výše pojistného a způsob placení je uvedena v zákoně č. 592/1992 Sb., jak bylo uvedeno již výše v kapitole o financování zdravotnického systému.

4) Práva a povinnosti pojištěnce

Pojištěncem může být pouze fyzická osoba, která má práva, ale i povinnosti.

Pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny, tedy zvolit si jakoukoliv zdravotní pojišťovnu chce. Zdravotní pojišťovna není oprávněna pojištěnce odmítnout. Pojišťovnu může pojištěnec změnit jednou za 12 měsíců. Pojišťovna sama nestanovuje dobu pojištění ani sama nemůže pojištění ukončit. Novorozenci se stávají účastníky veřejného zdravotního pojištění dnem narození a to u zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna jejich matka. V tomto případě může dojít ke změně zdravotní pojišťovny bez průtahů ihned po přidělení rodného čísla tomuto novorozenci (Zákon 48/1997).

Zákon dává pojištěnci právo i na výběr lékaře. Avšak lékař může odmítnout pojištěnce ve dvou situacích. V prvním případě, kdyby přijetí nového pojištěnce do péče překročilo únosné pracovní zatížení lékaře, což si lékař posuzuje sám. A v druhém případě, je-li přílišná vzdálenost mezi bydlištěm pojištěnce a ordinací lékaře a to pro výkon případné návštěvní služby. Tato situace platí pouze pro registrující praktické lékaře a registrující praktické lékaře pro děti a dorost (Mach, 2010).

Dále má pojištěnec právo na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem (Zákon 48/1997).

Pojištěnec má vůči své pojišťovně také určité povinnosti. Pojištěnec má povinnost platit pojistné, pokud je za něj nehradí stát nebo zaměstnavatel. Dále musí pojištěnec oznamovat pojišťovně skutečnosti stanovené zákonem:

- skutečnosti související se vznikem nebo zánikem povinnosti státu platit pojistné a to do 8 dnů,
- zahájení nebo ukončení samostatné výdělečné činnosti a to do 8 dnů,
- narození svého dítěte do 8 dnů (pojišťovně matky dítěte),
- změnu jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla, ztrátu nebo poškození průkazu pojištěnce,
- změnu pojišťovny svému zaměstnavateli, případně i pojišťovně,
- vrátit průkaz pojištěnce při zániku zdravotního pojištění, změně zdravotní pojišťovny a dlouhodobém pobytu v zahraničí (Candigliota a kol., 2009).

5) Podmínky poskytování zdravotní péče a její úhrady

Zákon uvádí, že ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěncům s cílem zachovat nebo zlepšit jejich zdravotní stav. Dále péče související s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem. Hrazená péče je vždy hrazena jen za podmínek a v rozsahu stanoveném zákonem a sem patří: ambulantní i ústavní péče (diagnostická, rehabilitační i péče o chronicky nemocné), pohotovostní a záchranná služba; preventivní péče; dispenzární péče; poskytování léčebných přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků; lázeňská péče a péče v odborných dětských léčebnách; závodní preventivní péče; doprava nemocných; posudková činnost, prohlídka nemocného a pitva (Zákon 48/1997).

V podstatě je možné říci, že za hrazenou péči může být považována jakákoliv péče, neboť je tato popsána v zákoně ze široka a velmi obecně. Navíc dle zákona o zdravotních službách má pacient právo na poskytování zdravotních služeb na náležité úrovni, přičemž tato odborná úroveň je definována jako úroveň odpovídající pravidlům vědy a uznávaným medicínským postupům, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti (Zákon 372/2011).

Podmínky a možnosti poskytované zdravotní péče vycházejí tedy i z podmínek, které zdravotnickým zařízením nastaví zdravotní pojišťovny, zřizovatelé a popřípadě i stát. Poskytovatelé zdravotní péče jsou odměňováni na základě rámcových smluv. Vše však vrcholí tzv. úhradovými vyhláškami vydanými ministerstvem zdravotnictví, které jsou jakýmsi regulačním mechanismem. Úhradové vyhlášky například omezují objem poskytované zdravotní péče pro zdravotnická zařízení a tím ovlivňují i samotného pojištěnce (Křížová, 2010).

Je nutné doplnit, že vydání úhradové vyhlášky dříve předcházela tzv. dohodovací řízení mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotní péče při vyjednávání smluvních podmínek. Dohodovací řízení byla poměrně komplikovaný, formální a zdoluhavý proces, který každoročně způsoboval průtahy při přípravě úhradové vyhlášky. MZ ČR usiluje o odstranění dohodovacího řízení z příslušné legislativy ve výše uvedené formě. Oběma stranám však zůstává možnost individuálních dohod bez ohledu na úhradové vyhláše (MZČR: Problematika dohodovacího řízení v denním tisku, 2013).

V zákoně je v některých případech přesně vyjmenováno, co se hradí, eventuálně za jakých podmínek, a které výkony a péče je zcela vyloučena z úhrad. Vše je možné si podrobně dohledat v příslušných přílohách zákona 48/1997 Sb. Vždy se z veřejného zdravotního pojištění hradí nejlevnější možný zdravotnický prostředek. Z veřejného zdravotního pojištění se nehradí tzv. vyžádaná péče a to proto, že jejím účelem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce, ale je poskytnuta v zájmu a na žádost některé osoby či na dožádání státního orgánu (Zákon 48/1997).

1.2.3 Zdravotní pojišťovny

Veřejné zdravotní pojištění provádějí dva typy pojišťoven: a) Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a b) resortní, oborové, podnikové, případně další pojišťovny – souhrnně zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. Toto rozdělení vychází ze zákonů, které upravují vznik a fungování jednotlivých pojišťoven. Jak již bylo uvedeno výše, **zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně** předepisuje předmět činnosti Všeobecné zdravotní pojišťovny a **zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách** upravuje předmět činnosti ostatních tzv. zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven.

Obecně lze říci, že zdravotní pojišťovny jsou nositelky zdravotního pojištění, provádějí veřejné zdravotní pojištění a spravují samostatně finanční prostředky k zajištění

plnění ze zdravotního pojištění. Výše uvedené zákony umožňují vznik různých zdravotních pojišťoven. Základní postavení má v České republice Všeobecná zdravotní pojišťovna, která provádí zdravotní pojištění automaticky, pokud si pojištěnec sám nezvolí jinou zdravotní pojišťovnu (Zákon 48/1997).

V současné době existuje v systému veřejného zdravotního pojištění ČR sedm zdravotních pojišťoven. A je to:

- 1) **Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR – kód: 111**
- 2) **Vojenská zdravotní pojišťovna ČR – kód: 201**
- 3) **Česká průmyslová zdravotní pojišťovna – kód: 205**
- 4) **Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví – kód: 207**
- 5) **Zaměstnanecká pojišťovna Škoda – kód: 209**
- 6) **Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR – kód: 211**
- 7) **Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna – kód: 213**

Ještě v nedávné době fungovaly v tomto zdravotnickém systému dvě zdravotní pojišťovny, a to: Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE (kód: 217), která byla k 1. 10. 2012 sloučena s Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou a Zdravotní pojišťovna MÉDIA (kód: 228), která byla k 28. 3. 2011 sloučena s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR (MZČR: Zdravotní pojišťovny, 2012).

Z výše uvedených pojišťoven má Všeobecná zdravotní pojišťovna, dále jen VZP, nejvyšší podíl pojištěnců a to 59,2% ze všech účastníků veřejného zdravotního pojištění (VZP: Výroční zpráva 2012).

VZP je právnickou osobou s určitými právy a povinnostmi, které vycházejí ze **zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně**. Hlavním úkolem VZP je správa příjmů, které mají být použity na léčebně preventivní péči. VZP je povinna každoročně vytvářet výroční zprávu ministerstvu financí, ve které uvádí své finanční hospodaření a hospodaří s majetkem jí svěřeným. VZP vede Registr všech pojištěnců a současně spravuje fond zdravotního pojištění. Tento fond je určen k financování zdravotní péče a přerozdělování finančních zdrojů ostatním pojišťovnám. Pro VZP je zakázáno zřizovat nebo provozovat zdravotnická zařízení a podnikat s finančními prostředky, které byly získány z příjmů od pojištěnců (Křížová, 2010).

Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny mají jiný právní statut než VZP, ale podléhají veřejnému dohledu. Nabízejí veřejné zdravotní pojištění, i když jsou soukromými právními

subjekty. Zaměstnanecké pojišťovny se stejně jako VZP řídí Zákonem č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění a Zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění (Křížová, 2010).

Jak již bylo uvedeno výše, nyní existuje v našem zdravotnickém systému šest tzv. zaměstnaneckých pojišťoven a dělí se společně o 39,8% pojištěnců. To potvrzuje trend pomalého nárůstu pojištěnců zaměstnaneckých pojišťoven. Jak uvádí Křížová, VZP je dominantní pojišťovnou, s největším nárůstem pojištěnců v roce 1996, v důsledku bankrotů zaměstnaneckých pojišťoven. Od té doby zaznamenává VZP úbytek pojištěnců. Pluralitní systém zdravotních pojišťoven byl vytvořen proto, aby mezi pojišťovnami vzniklo konkurenční prostředí. To však není zcela reálné v systému, který je tak svázaný pravidly a zákony, které značně omezují a regulují možnost trhu. Zaměstnanecké pojišťovny nabízejí svým pojištěncům zvýhodňující nebo preventivní programy jako odměnu za nečerpání zdravotní péče. Tento trend má podporovat odpovědnost každého jedince za vlastní zdraví (Křížová, 2010).

1.3 Zdravotní péče poskytovaná ženám v souvislosti s těhotenstvím a porodem v ČR

Těhotným a rodícím ženám je v ČR obecně poskytovaná zdravotní péče dle zákonů: Zákon č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a vyhláškou č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči. Dále je tato péče poskytovaná dle tzv. doporučených postupů, které vytváří Česká gynekologická a porodnická společnost, Sekce prenatální medicíny.

Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS) funguje jako dobrovolná odborná společnost rozvíjející obor gynekologie a porodnictví. Jejím hlavním úkolem je zabývat se prevencí, diagnostikou, léčbou anebo výzkumem chorob tohoto oboru prostřednictvím lékařů a ostatních vysokoškolsky vzdělaných pracovníků, které ČGPS sdružuje. ČGPS je samostatný organizační útvar, který tvoří součást České lékařské společnosti (ČLS), sdružující odborné společnosti a spolky lékařů v Čechách, na Moravě a ve Slezsku. ČGPS je členem Světové federace gynekologů a porodníků (FIGO) a také je prostřednictvím svých sekcí členem dalších odborných organizací např.: Evropské asociace gynekologů a porodníků (EAGO), Evropské společnosti lidské reprodukce a embryologie

(ESHRE), Evropské společnosti pro infekční onemocnění (ESIDOG), Evropské společnosti gynekologické onkologie (ESGO), Mezinárodní federace gynekologie dětí a dospívajících (FIGIJ), Mezinárodní společnosti pro cervikální patologii a kolposkopii (IFCPC), Mezinárodní federace společností pro fertilitu (IFSS), Mezinárodní společnosti pro menopausu (ISM), Mezinárodní profesní organizace gynekologů a porodníků (UPIGO), Světové asociace perinatální medicíny (WAPM), Světové zdravotnické organizace (WHO); (ČGPS, 2013).

1) **Prenatální péče**

Prenatální péči řadíme mezi dispenzární péče. Dle M. Vokurky a J. Huga je: *„Dispenzární péče aktivní preventivní vyhledávání, vyšetřování, pravidelné léčení a sociální sledování osob s určitou nemocí nebo rizikovým znakem po dobu ohrožení či trvání nemoci nebo až do jejího vyléčení. Pravidelný lékařský dohled nad pacientem trpícím určitou chorobou (diabetem, hypertenzí, TBC, nádorem aj.) Trvalé sledování umožňuje pružnou úpravu léčby podle aktuálního stavu, účinnější předcházení komplikacím apod. Součástí dispenzarizace bývá pravidelné zvaní pacienta na prohlídky (Vokurka, Hugo, 2007:209).“*

Prenatální péče je péče o těhotnou ženu poskytovaná lékařem v prenatálních poradnách. Tato péče je pravidelná a systematická, skládá z vyšetření obecných a speciálních porodnických, zevních a vnitřních. Každá těhotná získá na začátku těhotenství tzv. těhotenskou průkazku, kam se zaznamenávají výsledky všech vyšetření. Účelem prenatální péče je zajistit správný vývoj plodu zakončený porodem zdravého dítěte (Kobilková, 2005).

Dle doporučených postupů Sekce perinatální medicíny ČGPS, 2013 je prenatální péče poskytována ambulantním registrujícím gynekologem od zjištění těhotenství obvykle do 36. týdne těhotenství, nejpozději však do termínu porodu. Pak by měla být těhotná předána do péče zdravotnického zařízení lůžkového typu, kde se těhotná rozhodne porodit. Výjimečně může ambulantní registrující gynekolog poskytovat péči ženě po termínu porodu, ale jen po domluvě s lůžkovým zdravotnickým zařízením. Po dobu těhotenství je prenatální péče poskytována v těchto intervalech:

- a) Každých 4 - 6 týdnů od počátku do 28. týdne těhotenství včetně.
- b) Každé 3 - 4 týdny od 29. do 36. týdne těhotenství včetně.
- c) Jedenkrát týdně od 37. týdne těhotenství do termínu porodu.

Do konce 12. týdne těhotenství by mělo být provedeno komplexní prenatalní vyšetření. Součástí tohoto komplexního vyšetření je sběr anamnestických údajů a objasnění míry rizika těhotenství, dále pravidelně prováděná vyšetření a vystavení těhotenské průkazky. Do těhotenské průkazky je povinné uvést přesnou ultrazvukovou dataci těhotenství s četností gravidity, v případě vícečetného těhotenství i počet placent.

Vyšetření prenatalní péče, jak klinické tak laboratorní rozdělujeme na:

- **pravidelná** - prováděná vždy, při každé návštěvě těhotenské poradny
- **nepravidelná** - prováděná pouze v určeném týdnu těhotenství.

Mezi pravidelná vyšetření patří:

- sběr anamnestických údajů a určení míry rizika těhotenství
- zevní vyšetření těhotné a bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix-skóre (dle úvahy lékaře)
- určení hmotnosti těhotné a změření krevního tlaku
- chemické vyšetření moči
- zjištění známek vitality plodu (UZV, CTG)

Mezi nepravidelná vyšetření patří:

11. – 13. týden:

- stanovení krevní skupiny a Rh faktoru
- odhalení nepravidelných antierytrocytárních protilátek
- odběr krve na krevní obraz – především stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů, hladiny hemoglobinu
- sérologické vyšetření HIV a HBsAg
- sérologické vyšetření protilátek proti syfilis
- glykémie na lačno
- kombinovaný biochemický a ultrazvukový screening nejčastějších chromozomálních vad plodu

16. týden:

- biochemický screening vrozených vývojových vad (pouze v případě, že nebyl proveden kombinovaný biochemický a ultrazvukový screening v I. trimestru)

18. – 22. týden:

- ultrazvukové vyšetření

24. – 28. týden:

- orální glukózo – toleranční test (oGTT)

28. týden:

- screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek u žen s negativním Rh faktorem
- opět odběr krve na krevní obraz
- sérologické vyšetření protilátek proti syfilis

30. – 32. týden:

- ultrazvukové vyšetření

36. – 38. týden:

- kulturační stěr z pochvy k odhalení přítomnosti streptokoků skupiny B

38., 39. a 40. týden:

- kardiokografický non–stress test (Sekce perinatální medicíny ČGPS, 2013)

Zde bych ráda ještě uvedla jednu důležitou poznámku k infekčním chorobám, které je ze zákona povinné vyšetřovat v každém těhotenství v ČR a to: **HIV, Hepatitida B (HBsAg), Syfilis (BWR, příjice).**

1. HIV, Hepatitida B

„V roce 2007 byla revidována povinnost prvního testování HIV a HBsAg. Testování na přítomnost výskytu HIV infekce je nezbytné při prvním vyšetření v prenatalní poradně v souladu s § 71 odst. 2a) zákona č. 258/2000 Sb. o vyšetřování na HIV bez souhlasu fyzické osoby (platí i o těhotných ženách). Rutinní testování těhotných žen na HIV je v České republice povinné ze zákona. Vyšetření má provést lékař těhotenské poradny „při první návštěvě těhotné ženy této poradny a v odůvodněných případech zvýšeného rizika i v posledním trimestru těhotenství“ (Věstník MZ ČR 2003, částka 8, 2-13).“ (Měchurová, Sekce perinatální medicíny ČGPS, 2013).

Včasná detekce HIV je důležitá pro následnou léčbu, která může značně snížit riziko přenosu z matky na plod. Stejně tak je i Hepatitida B vyšetřována v I. trimestru těhotenství, v případě nedostatečné prenatalní péče, je HBsAg nabíráno kdykoliv v průběhu těhotenství, případně i za porodu (Sekce perinatální medicíny ČGPS, 2013).

2. Syfilis

Dle Vyhlášky č. 306/2012 Sb. §7, o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, provádí lékař klinické a sérologické vyšetření na syfilis s použitím jedné nespecifické a jedné specifické reakce u všech těhotných žen ve třetím a sedmém

měsíci těhotenství, u pupečnickové krve každého novorozence, u každé ženy před provedením interrupce (Vyhláška 306/2012).

Výše uvedená pravidelná i nepravidelná prenatalní vyšetření se provádí u všech těhotných nehledě na míru rizika gravidity. Další potřebná vyšetření provádí ambulantní registrující gynekolog na základě zjištění stupně rizika těhotenství. Existují tři stupně rizika těhotenství:

1. **Těhotné s malým rizikem** jsou pacientky bez rizikových faktorů v anamnéze, jejichž výsledky všech vyšetření v průběhu gravidity jsou normální. Takové těhotenství označujeme jako **fyziologické** a dispenzární prenatalní péče je poskytována v rozsahu výše uvedeném.
2. **Těhotné se středním rizikem** mají dle sběru anamnestických údajů zvýšenou míru rizika. Takové těhotenství označujeme jako **rizikové**. Jejich vyšetření je třeba opakovat, i když jejich výsledky jsou v normě. O rozsahu a frekvenci návštěv v TP, laboratorních či konziliárních vyšetření rozhoduje ošetřující gynekolog podle charakteru, závažnosti rizikového faktoru a aktuálním vývoji zdravotního stavu ženy.
3. **Těhotné s vysokým rizikem** mohou (ale nemusí) mít svoji anamnézu zatíženou rizikovými faktory. Výsledky vyšetření těchto těhotných jsou patologické, anebo je u nich riziko definováno již na začátku těhotenství. Také sem patří těhotné z předchozí skupiny, u nich došlo ke zhoršení klinického nebo laboratorního obrazu. Takové těhotenství označujeme jako **patologické**. O rozsahu a frekvenci návštěv v TP, laboratorních či konziliárních vyšetření rozhoduje ošetřující gynekolog podle charakteru, závažnosti rizikového faktoru a aktuálním vývoji zdravotního stavu ženy (Sekce perinatální medicíny ČGPS, 2013).

2) Péče o těhotné v zařízeních lůžkového typu

Pokud budeme hovořit o hospitalizaci těhotných, tak máme pravděpodobně na mysli těhotné se středním nebo vysokým rizikem. Tedy jde o těhotenství riziková anebo patologická. Pokud bychom hospitalizovali ženu s fyziologickým těhotenstvím, tak pouze v případě, že by se jednalo o ženu rodící, eventuálně o ženu s potermínovou graviditou k indukci, tedy vyvolání porodu.

Jak již bylo uvedeno v prenatalní péči o těhotné, v případě vzniku závažného rizika nebo zhoršení rizika stávajícího rozhoduje ambulantní gynekolog o následné péči. Jednou

z několika možností je odesláni těhotné do lůžkového zařízení. Důvodů pro hospitalizaci těhotných žen může být mnoho, v průběhu těhotenství může vzniknout mnoho rizik, komplikací, patologií, které mohou vést k různým druhům onemocnění. Popis všech doporučených postupů při každé komplikaci či nemoci vzniklé v těhotenství není relevantní pro tuto diplomovou práci. Sekce perinatální medicíny ČGPS publikuje na svých internetových stránkách (www.cgps.cz) několik přesných doporučených postupů souvisejících s nejčastějšími nebo nejzávažnějšími komplikacemi či onemocněními vzniklými nebo rozvíjejícími se v těhotenství (Sekce perinatální medicíny ČGPS, 2013).

Léčba většiny těhotenských rizik či nemocí vychází z obecných lékařských znalostí a dovedností získaných univerzitním vzděláním lékařů a následným postgraduálním vzděláváním (Sekce perinatální medicíny ČGPS, 2013).

3) Péče o ženy rodící

V České republice rodí 99,8% těhotných v porodnicích, tedy v lůžkových zařízeních. Jsou zde však pokusy některých porodních asistentek a dalších organizací, prosazovat porody doma. ČGPS tyto snahy nepodporuje a ve svých doporučeních předkládá argumenty proti porodům v domácnosti. Dle Sekce perinatální medicíny ČGPS je provedení porodu nezbytné technické, hygienické, materiální a personální zabezpečení zdravotnického zařízení. Každý porod je těžké v začátku posoudit a určit zda proběhne fyziologicky. Na základě vzdělání a registrace jsou porodní asistentky oprávněny vést samostatně fyziologický porod a je tedy na nich rozpoznat, kdy jde o porod fyziologický, či dochází ke změnám, které mohou být až patologické. V případě, že dojde k takovýmto změnám, je třeba informovat lékaře. Lékař pak dále rozhoduje o následných řešeních a v případě nutnosti musí do 15 minut od diagnostiky patologie zorganizovat tým, který je schopen provést operační výkon a dovést tak porod ke zdárnému konci (Sekce perinatální medicíny ČGPS, 2013).

Porod vedený v porodnici, jak porodní asistentkou, tak lékařem je veden na porodním sále, při čemž porodní sál je považován za jednotku intenzivní péče. Porod je tedy veden v prostředí, které má svá pravidla a vytváří se zde blízký kontakt mezi rodičkou a porodníkem. Během celého porodu je třeba sledovat děložní práci, stav plodu a postup porodu. Děložní práci sledujeme samotným vnějším vyšetřením těhotné anebo pomocí kardiokografu, který nejen zaznamenává intenzitu a frekvenci děložních stahů, ale také srdeční činnost plodu. Srdeční akci plodu je možné také sledovat pomocí stetoskopu, tedy auskultačně a zpravidla ve frekvenci po 15 minutách. Samotné sledování kardiokografem

(monitorem) je doporučováno v rozmezí dvou hodin u rodiček s pravidelnou děložní činností, případně jak uzná lékař. Postup a průběh porodu sleduje porodník vaginálním vyšetřením rodičky. Během porodu se často používá i různá medikace a to především analgetika (ke zmírnění bolesti), uterotonika (k posílení činnosti děložního svalstva) a spasmolytika (k uvolnění svaloviny). Porodník, který porod vede, také rozhoduje o nutnosti provedení episiotomie (nástřihu hráze) a následně o způsobu jejího ošetření, tedy sutuře (Kobilková, 2005).

4) Péče o ženu v šestinedělí

Šestinedělí je období ihned po porodu až do konce šestého týdne, kdy dochází k návratu fyzických i hormonálních změn vzniklých v průběhu těhotenství. První dny po porodu, které žena tráví v porodnici, je péče zaměřena především na správné fungování močového systému, včasné vstávání a rehabilitaci, péči o hráz i suturu, zavinování dělohy, péče o prsy, zahájení kojení a nácvik péče matky o dítě. Matka je domů propouštěna spolu s novorozencem a to po domluvě s pediatrem (Kobilková, 2005).

Shrnutí:

Péče o ženy těhotné a rodící v České republice je dle mého názoru na velmi vysoké úrovni, svědčí pro to nejen výše uvedené postupy a pravidla, ale také celosvětová hodnocení. Dle publikace Česká Republika: Hodnocení zdravotnického systému, uveřejněné na internetových stránkách Světové zdravotnické organizace (WHO) patří ČR k zemím s nejnižší novorozeneckou úmrtností na světě. Navíc má tato skutečnost sestupnou tendenci a ČR se drží pod celoevropským průměrem. Nižší míru novorozenecké úmrtnosti má v Evropě pouze Island, Kypr, Švédsko, Finsko a Norsko (Bryndová a kol., 2009).

2. Cizinci v České republice

České republika je od devadesátých let minulého století charakteristická rychlým nárůstem migrace. Rok 2006 byl rokem s nejvyšším nárůstem imigrace a to o 13% oproti roku předchozímu. Ze statistických údajů lze vyčíst zvýšení počtu cizinců v ČR o desetinásobek v letech 1990 – 2006. V současnosti tvoří imigranti 4% v naší populaci. Velmi pravděpodobně bude tento trend pokračovat i v následujících letech a to za předpokladu, že se udrží dosavadní ekonomický vývoj země (Hnilicová, Dobiášová, Zpráva o stavu zdraví..., 2009).

Pokud se předpoklady vyplní, pak bude nutné se v ČR, čím dál více se zabývat migrační a integrační politikou, jejíž nedílnou součástí je i zdravotní péče cizinců v ČR, a proto bych se ráda svou diplomovou prací dotkla tohoto tématu.

2.1 Úvod do problematiky migrace

Migrace je celosvětový jev, který provází dějiny lidstva od počátku až do současnosti. Hlavním důvodem pohybu osob je získat pro sebe a svoji rodinu lepší životní podmínky. Nejčastější příčinou stěhování osob je především nepříznivé politické prostředí rodné země a špatná ekonomická situace. Dle odhadů se každý rok za prací a lepším životem stěhuje více než 200 milionů lidí po celém světě. Především převažuje migrace z východu na západ, tedy z chudších zemí (Východní Evropa, Asie) odcházejí lidé do bohatších, vyspělých zemí (země EU, USA, Kanada a další). Mezinárodní migrace má své klady i zápory a to, jak pro zemi původu migrantů, tak pro zemi hostitelskou. Jednotlivcům nabízí pobyt v cizí zemi nové možnosti a příležitosti, které ale současně doprovází i řada závažných problémů a nesnází. Migranti se v hostitelské zemi musí vyrovnat především s odlišným kulturním prostředím a jazykovou bariérou. Nikdy není snadné se v nové zemi naučit orientovat v zákonech, pravidlech a zvyklostech. Lidé dlouhodobě žijící v cizí zemi se postupně musí integrovat, což není zcela jednoduché, jak pro samotné migranty, tak i pro majoritní obyvatelstvo. Neblahou zkušeností mnoha integrujících se cizinců je setkávání se s předsudky a xenofobií ze strany většinové populace (MIGHEALTHNET, 2012).

Několik základních pojmů (MIGHEALTHNET, 2012):

Migraci můžeme definovat jako pohyb obyvatelstva za účelem změny bydliště, který má své ekonomické, kulturní a populační důsledky. Migrace je velmi různorodá, záleží na konkrétní motivaci migrantů k samotné migraci i k následnému uplatnění v nové zemi. Příčiny migrace mohou být různé a mohou se kombinovat, nejčastěji se jedná o ekonomické, politické nebo demografické příčiny. Migrace se dělí na dva základní poddruhy – **imigraci a emigraci**. Za imigraci považujeme přistěhování obyvatelstva. Naproti tomu emigrace představuje vystěhování obyvatelstva ze země. **Reemigrace** je zvláštním typem migrace, kdy nejprve nastává emigrace obyvatel a pak dochází k imigraci zpět do původní země. Migraci můžeme také rozdělit na dobrovolnou nebo vynucenou, jejímž důvodem může být např. vypuknutí války či politický převrat.

Cizinec je v českých právních předpisech oficiální označení pro migranta – imigranta v ČR. „*Cizincem se rozumí fyzická osoba, která není státním občanem České republiky, včetně občana Evropské unie (§1, Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR)*“. Každý cizinec má svá práva i povinnosti, které vycházejí z jeho statutu v souvislosti s délkou a účelem pobytu.

Azyl je ochrana uprchlého cizince na území hostitelského státu. Azyl je zpravidla poskytován z politického důvodu. O azyl může usilovat příslušník jiného státu nebo osoba bez státní příslušnosti. V ČR upravuje podmínky o získání a udělení azylu Zákon č. 325/1999 Sb., o azylu.

Azylant je cizinec, který se stal úspěšným žadatelem o azyl, získal jej a pobývá na území ČR. Dle Zákona č. 325/1999 Sb. o azylu, má tento azylant stejná práva a povinnosti jako osoba s trvalým pobytem na území ČR.

Uprchlík je v ČR azylant, tedy cizinec, kterému bylo přiznáno právní postavení uprchlíka ve smyslu Ženevské úmluvy. Uprchlík je cizinec ze třetích zemí světa, který je oprávněn pobývat na území členského státu EU.

Dle Drbohlava můžeme **migrační politiku** definovat jako soubor zákonů, nařízení a praktik týkajících se pohybu osob a jejich následného pobytu na území cílové země. Migrační politika zahrnuje emigrační/imigrační politiku, integrační politiku, vízovou politiku a politiku ochrany státních hranic (Drbohlav, 2010).

2.2 Charakteristika současného stavu migrace v České republice

V České republice je pohyb cizinců vnímám jako relativně nový. Důvodem pro tuto skutečnost je bývalý politický režim, tedy totalitní režim, který značně izoloval

Československou společností od většiny světa. Migrace do Československa byla značně omezena, regulována i kontrolována. To ovšem platilo i pro pohyb osob z Československa. Není však možné říci, že cizinci k nám nepřicházeli. Stát navozoval spolupráci se zeměmi s komunistickým režimem, jako byl Vietnam, Kuba či Mongolsko a jejich občané u nás často studovali i pracovali. Nutno dodat, že tyto vztahy se udrželi i po roce 1989 až do současnosti (Scheu, 2011).

Dle statistických údajů lze uvést, že na území České republiky legálně pobývalo ke dni 31. prosince 2012 celkem 438 213 cizinců na dobu delší než 90 dnů. Celkový počet cizinců ke konci roku 2012 je velmi podobný počtu, který byl ke konci roku 2011, což bylo 436 389 cizinců. Nejvýznamnější skupinu cizinců na území ČR tvoří stále občané ze třetích zemí, i když se jejich počet za poslední tři roky snižuje, stále tvoří 63,2% cizinců v ČR, což bylo 276 820 cizinců ke konci roku 2012. Je třeba uvést, že tyto údaje nejsou zcela přesné a konečné, protože nezahrnují všechny občany jiných členských zemí EU, kteří pouze využívají svého práva pohybu a pobytu. Také statistiky nezahrnují nelegální migraci (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Zpráva o migraci a integraci, 2013).

Dle státní příslušnosti jsou v ČR legálně zastoupeni cizinci z těchto států: **Ukrajiny** (112 647 osob), **Slovenska** (85 807) a **Vietnamu** (57 360). Dále s výrazným odstupem se na konci roku 2012 jednalo o **Rusko** (33 281), **Polsko** (19 235) a **Německo** (17 149). Toto pořadí se dlouhodobě nemění, i když se mění nárůst počtu cizinců z jednotlivých zemí. Nejvyšší nárůst byl vykázán u zemí EU, nejvyšší u občanů **Slovenska** (+ 4 554 osob, tj. + 5,6%), **Německa**, **Rumunska** a **Bulharska**. Oproti tomu **největší pokles** se projevil u státních příslušníků **Ukrajiny** (- 6 378 osob, tj. -5,4 %), **Moldavska** a **Vietnamu** (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Zpráva o migraci a integraci, 2013).

Pobyt cizinců na území České republiky lze rozdělit na pobyt trvalý a přechodný. Ke konci roku 2012 pobývalo na území ČR 214 024 cizinců (48%) s povolením k trvalému pobytu a 224 186 cizinců (51,2%) s přechodným pobytem. Přechodný pobyt může mít více podob: 1) pobyt na základě dlouhodobého víza; 2) povolení k dlouhodobému pobytu; 3) potvrzení o přechodném pobytu občana EU; 4) povolení k přechodnému pobytu rodinného příslušníka občana EU. Počet cizinců s trvalým pobytem se neustále zvyšuje a současně počet cizinců s přechodným pobytem klesá. Tento klesající trend lze považovat za dočasný, vychází totiž z důsledků ekonomické krize především pro migranty ze třetích zemí. Právě cizinci ze třetích zemí tvoří největší skupinu s trvalým pobytem na území ČR. Naproti tomu přechodný pobyt u nás nejčastěji využívají občané EU (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Zpráva o migraci a integraci, 2013).

K dalším statistickým ukazatelům týkajících se cizinců v ČR ke konci roku 2012 patří pohlaví, věková struktura a regionální rozdělení. Z celkového počtu cizinců pobývajících na území ČR převažují muži, jejichž počet je 249 170, tedy 56,9%, ale současně můžeme pozorovat zvyšující se trend v počtu žen - cizinek na území ČR. Tento rozdíl v zastoupení pohlaví je markantnější u cizinců s přechodným pobytem, u cizinců s trvalým pobytem je poměr mezi pohlavími téměř srovnatelný. Ve věkové struktuře je patrný dominantní podíl osob v ekonomicky aktivním věku, tedy migranti ve věkovém rozmezí 19 – 65 let tvoří 84,4%. Pokud se zaměříme na prostorové rozložení cizinců v jednotlivých regionech ČR, je z nich patrné, že více jak polovina migrantů má registrovaný pobyt na území hlavního města Prahy a ve Středočeském kraji. Zatímco nejméně cizinců pobývá v kraji Vysočina a Zlínském. Souhrnně lze říci, že cizinci se koncentrují ve větších městech, především z důvodu větších pracovních příležitostí a anonymity (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Zpráva o migraci a integraci, 2013).

Výše uvedené údaje lze jen potvrdit a doplnit několika informacemi ze Zdravotnické ročenky České republiky pro rok 2012, kde je uvedeno průměrné migrační saldo zaznamenané v letech 2002–2012 ve výši 32,3 tisíce. Nejvyššího migračního salda bylo dosaženo v roce 2007 a to ve výši 83,9 tisíce osob. Migrační přírůstek za rok 2012 představuje 10 293 obyvatel, mezi přistěhovalými převládají muži a osoby v ekonomicky aktivním věku. *„Pořadí zemí, jejichž občané měli v České republice nejvyšší migrační přírůstky, se mění. Co se týká státního občanství, v roce 2012 nejvyšší migrační saldo bylo u občanů Slovenska (3,9 tisíce osob). Na druhém místě bylo Rusko s hodnotou migračního salda 1,6 tisíce osob, následovali občané Německa (1,1 tisíce osob). Je to poprvé od roku 2002, co se v první trojici zemí neumístili občané Ukrajiny, v roce 2012 zaznamenali záporné migrační saldo (-1,8 tisíce osob)“* (ÚZIS, 2013: 16).

2.3 Historie migrace a migrační politika v České republice

Historie do roku 1989:

Pokud bychom zavítali do doby před vznikem Československé republiky, tedy před rok 1918, kdy České země byly ještě součástí Rakousko-Uherské monarchie, mohli bychom konstatovat, že migrace byla v té době ovlivněna především migračními vlnami v Evropě (Scheu, 2011). Pro účely této diplomové práce, je však dostačující zabývat se historií migrace v ČR až se vznikem 1. republiky.

Na počátku 20. století, tedy ještě před 1. Světovou válkou, byla velmi častá emigrace Čechů do ciziny, především do zámoří, kde očekávali lepší životní podmínky. Tyto emigrace, však pro mnohé znamenaly neúspěch a následný návrat do vlasti. Po 1. Světové válce byly reemigrace běžné a to především z Rakouska, Německa, ale i USA a Ruska. Stále přetrvávala emigrace Čechů do USA, ale ve 20. letech začala být přistěhovalecká politika USA omezována. Demokratická meziválečná ČSR měla poměrně příznivý přístup k uprchlíkům, kteří k nám přicházeli především z Ruska, Německa, Polska a Rakouska. Až ke konci meziválečného období dochází ke snaze ochraňovat domácí trh práce a prosazování oficiálních povolení pro zaměstnávání cizinců. V roce 1935 vychází Zákon č. 52/1935 Sb. z.a n., o pobytu cizinců, který vyžaduje povolení úřadů pro pobyt cizinců v ČSR (Scheu, 2011).

S 2. Světovou válkou dochází k velké změně v oblasti migrace. Po liberálním pojetí na konci monarchie a demokracii 1. republiky, nastává doba politicky motivovaných útěků a také nucené hromadné migrace. Nacistická okupace ČSR vedla k výrazné migraci z důvodu zabraného českého pohraničí, Slovenska i Podkarpatské Rusi. Současně také docházelo k rozsáhlým přesunům židovského obyvatelstva s cílem konečné likvidace. Zabrané sudetské pohraničí se stalo novým domovem pro statisíce Němců, kteří sem hromadně prchali i na konci války před východní frontou (Scheu, 2011).

Po 2. Světové válce však dochází k migraci naprosto opačné. V poválečném Československu dochází doslova k zuřivé nenávisti vůči neslovanským menšinám a následkem toho jsou organizované odsuny Němců, které se bohužel neobejdou bez tisíců obětí na životech. Tyto odsuny lze pokládat za největší migraci v našich dějinách, při které bylo přes půl milionu lidí divoce vyhnáno a asi dalších dva a půl milionu lidí bylo organizovaně odsunuto. Tento odsun, ač byl nespravedlivý, tak byl důsledkem odsunu Čechů z pohraničí v době okupace. Němci byli násilně odsouváni, naproti tomu Maďaři měli být asimilováni tzv. reslovakizací, byli přesunuti do českého pohraničí, kde měli nahradit pracovní sílu. Žili zde však v katastrofálních podmínkách a ve chvíli, kdy jim byl umožněn návrat, tak jej využili a vrátili se na jižní Slovensko. Současně v poválečné době probíhala vnitrostátní migrace dvou menšin – Slováků a Romů. A také byla podporována i organizována reemigrace Čechů i Slováků z ciziny a to ve značném počtu, asi 200 tisíc. Dále se u nás koncem 40. let usadila řecká menšina, která byla důsledkem občanské války v Řecku. Přibližně 14 000 uprchlíků našlo útočiště na Moravě a ve Slezsku, především v okolí Krnova. Řekové se postupně vraceli do vlasti od padesátých let, největší odchod však nastal až v roce 1981 (Scheu, 2011).

V době komunistického režimu byl zájem přistěhovalců o naši zemi minimální a tak nebylo třeba řešit otázku přistěhovalectví. Naopak je tato doba v našich dějinách spojena s omezováním vycestování do cizí země a občanům bylo násilně bráněno v útěku za hranice. Emigrace je považována za ilegální a je tvrdě trestána. V tomto období můžeme hovořit především o vnitrostátní migraci (Scheu, 2011).

Historie od roku 1989:

V letech 1990 – 1992 dochází k zásadním změnám v politické i ekonomické oblasti a to sebou přinesla změny v migrační politice. Migrační izolace byla odstraněna a to, jak v oblasti imigrace, tak emigrace. Dochází k vytvoření nového zákona o pobytu cizinců, který upravuje strukturu pobytových statutů – pobyt krátkodobý, dlouhodobý a trvalý. Trvalý pobyt byl udělen pouze rodinným příslušníkům českých občanů a v humanitárních případech, zato ale fungoval bezvízový styk pro nejčastější migranty. Migrační politiku v těchto letech lze charakterizovat jako liberální a chaotickou (Drbohlav, 2010).

1. 1. 1993 dochází k rozdělení Československé republiky, při čemž v České republice zůstávají desetitisíce Slováků, kteří žádají o české občanství. Slováci se stávají největší skupinou trvale usídlených migrantů v ČR. Toto ještě umocňuje vznik smlouvy o volném pohybu osob mezi Českou a Slovenskou republikou. Pro Slováky i nadále platí bezvízový styk, nepotřebují pracovní povolení a postačí jim pouze registrace na úřadech práce. Současně dochází i k přílivu dalších migrantů a to především pro stále liberální migrační podmínky. Restriktivní opatření se začínají vytvářet až od roku 1997, kdy dochází ke zhoršení ekonomické situace a narůstá nezaměstnanost. Od roku 1998 úřady práce uplatňují přísnější přístupy při vystavování pracovního povolení. Od tohoto roku se také ČR začíná připravovat na vstup do EU, což se značně odráží v migrační politice. Migrační politika se začíná zabývat bojem s nelegální migrací, modernizací azylové politiky a transformací cizineckých zákonů s legislativou EU (Drbohlav, 2010).

Od roku 1999 do roku 2002 dochází k zavádění restriktivních opatření v české migrační politice, což vede ke snížení počtu cizinců v ČR. Restriktivní opatření mají dvě příčiny: pokračující ekonomická krize v ČR a nárůst počtu nelegálních migrantů. V roce 1999 vznikají dva zásadní zákony a to: Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR a Zákon č. 326/1999 Sb., o azylu. Zákon o pobytu cizinců např. vytváří nový vízový a pobytový režim, vytváří úpravy pobytu přechodného a trvalého, zakazuje změnit účel pobytu na území ČR, aj. Zákon o azylu je žadatelům o azyl poměrně nakloněn a jeho součástí je i integrační program pro azylanty. V roce 2000 byla zavedena vízová povinnost

pro vstup do ČR např. pro Ukrajince, Rusi a Bělorusi. V roce 2001 dochází k zastavení státního Programu návratu krajanů ze vzdálených a ohrožených teritorií (Drbohlav, 2010).

V květnu roku 2004 vstupuje ČR do Evropské unie a to s sebou přináší nejvýznamnější změny v oblasti migrační politiky. Občané Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska a jejich rodinní příslušníci nepotřebují pro vstup do ČR povolení k pobytu ani pracovní povolení. Od roku 2004 jsou vytvářeny a přijímány novely obou výše uvedených zákonů, které mají jak liberalizující tak i restriktivní charakter v oblasti migrační politiky. Azylovou legislativu ovlivňuje Zákon č. 221/2003 Sb., o dočasné ochraně cizinců a kvalifikační směrnice z roku 2006, která přidává novou formu ochrany, tzv. doplňkovou ochranu. Novelizace zákona o pobytu cizinců přináší v roce 2005 zakomponování směrnice 2003/86/EC o právu na sjednocení rodiny; zavedení povinnosti platného zdravotního pojištění pro držitele víz; v roce 2006 změnu v možnosti požádání o trvalý pobyt již po pěti letech pobytu na území ČR a v roce 2007 získání povolení k trvalému pobytu až po dvou letech pobytu pro rodinné příslušníky českého občana nebo občana EU. 21. 12. 2007 se Česká republika stává součástí schengenského prostoru. V roce 2009 je spuštěn projekt Zelených karet, jehož účelem je získání kvalifikovaných pracovních sil ze třetích zemí (Drbohlav, 2010).

Do roku 2008 můžeme sledovat nárůst počtu migrantů v ČR a to především ekonomicky motivovaných. Naproti tomu v letech 2009 – 2010 zaznamenáváme jejich pokles a to v souvislosti s ekonomickou krizí. Tento klesající trend se zastavil v roce 2011 a následoval opět mírný meziroční nárůst (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Zpráva o migraci a integraci, 2013).

Počet migrantů můžeme ještě posuzovat dle jejich domovské země, tedy zda k nám přichází více cizinců ze třetích zemí nebo ze zemí EU. Cizinci ze třetích zemí dominovali celkovému počtu cizinců s povoleným pobytem v České republice do roku 2008. Od roku 2011 se situace naprosto otočila, meziroční přírůstek zaznamenáváme u občanů ze zemí EU, zatímco počty občanů ze třetích zemí klesají (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Zpráva o migraci a integraci, 2013).

2.4 Legislativní úpravy migrace v ČR

V České republice je pobyt cizinců vymezen především **Zákonem č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců** a částečně také **Zákonem č. 325/1999 Sb., o azylu**, ve znění pozdějších

právních předpisů. Dále se také cizinců v ČR dotýká zákon č. 40/1993 Sb., o nabývání a pozbytování státního občanství České republiky, zákon č. 193/1999 Sb., o státním občanství některých bývalých československých státních občanů (ČSÚ. Cizinci v ČR 2013, 2013).

Mezi hlavní orgány státní správy, které mají kompetence pro řízení pohybu cizinců na území České republiky, patří především **Ministerstvo vnitra ČR, Ministerstvo zahraničních věcí ČR a Policie ČR.** I další státní instituce zasahují do pobytu cizinců na území ČR a jsou to: Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo průmyslu a obchodu, Ministerstvo spravedlnosti, Ministerstvo financí, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo pro místní rozvoj. Dále se na řízení migrace v ČR podílí i mezirezortní orgány a to tyto: Koordinační orgán pro řízení ochrany státních hranic, Analytické centrum pro ochranu státních hranic a migraci, Mezirezortní orgán pro potírání nelegálního zaměstnávání cizinců (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Zpráva o migraci a integraci, 2013).

Ministerstvo vnitra je hlavním jednatelem v oblasti problematiky mezinárodní migrace a azylu. Konkrétně se na oblast migrační politiky zaměřuje odbor azylové a migrační politiky, odbor správní a Správa uprchlických zařízení Ministerstva vnitra. Ministerstvo vnitra je nadřízeným orgánem Cizinecké policie a vykonává tak dohled nad plněním jejich úkonů. Ministerstvo vnitra rozhoduje o udělení, prodloužení a platnosti dlouhodobého víza, dlouhodobého pobytu, povolení k přechodnému i trvalému pobytu. Dále také rozhoduje o prodloužení doby platnosti průkazu cizince. Také se zabývá vydáváním a odebráním cizineckých pasů a cestovních průkazů totožnosti, současně s pořizováním biometrických údajů do těchto dokladů. Přiznává a ruší postavení dlouhodobě pobývajícího rezidenta na území ČR. Vydává, prodlužuje a ruší „zelené karty“. Ministerstvo vnitra také zakládá a spravuje zařízení pro zajištění cizinců a zabývá se přestupky cizinců. Dále vytváří seznamy států, jejichž příslušníci smí pobývat v tranzitním prostoru mezinárodního letiště. Podílí se na vytváření a sjednávání mezinárodních smluv a transformuje schengenská pravidla do vnitrostátního práva a praxe. Také vytváří repatriační programy, kterými dává možnost tzv. dobrovolných návratů, tedy návratů cizincům do zemí původu. Ministerstvo vnitra vypracovává integrační programy pro pomoc azylantům a současně se tak stává hlavním koordinátorem v oblasti realizace Koncepce integrace cizinců na území České republiky (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Zpráva o migraci a integraci, 2013).

Ministerstvo zahraničních věcí se zabývá zahraniční politikou a jako hlavní správní orgán v této oblasti vytváří koncepci, podporuje a začleňuje zahraniční rozvojovou pomoc. Vydává povolení k pobytu cizincům používajících výsad a imunit podle mezinárodního práva. A prostřednictvím zastupitelských úřadů uděluje víza v rozsahu stanoveném zákonem (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Zpráva o migraci a integraci, 2013).

Policie České republiky má dva útvary zabývající se problematikou cizinců.

1. Služba cizinecké policie s celostátní působností, rozdělená na odbory cizinecké policie v jednotlivých krajích, zabezpečuje ochranu vnějších hranic schengenského prostoru a všech mezinárodních letišť ČR.
2. Útvar pro odhalování organizovaného zločinu služby kriminální policie a vyšetřování se zabývá řešením závažných trestných činů v oblasti nelegální migrace a obchodu s lidmi (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Zpráva o migraci a integraci, 2013).

Dle zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců, dělíme cizince na území ČR na občany Evropské unie a občany tzv. třetích zemí.

Občané Evropské unie

Mezi občany EU řadíme občany: Belgie, Bulharska, České republiky, Dánska, Estonska, Finska, Francie, Chorvatska, Irsko, Itálie, Kypru, Litvy, Lotyšska, Lucemburska, Maďarska, Malty, Německa, Nizozemska, Polsko, Portugalsko, Rakousko, Rumunsko, Řecko, Slovensko, Slovinsko, Spojeného království Velké Británie a Severního Irsko, Španělsko a Švédsko (Euroskop.cz, 2013).

Obdobná práva se vztahují též na občany EHP (Evropský hospodářský prostor): Islandu, Lichtenštejnska, Norska a Švýcarska. Podobná práva jako občané EU mají u nás i jejich rodinní příslušníci (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Informace pro cizince, 2014).

Občané třetích zemí

Občané třetích zemí jsou ti, kteří nejsou občany EU, ES a EHP. Občané třetích zemí jsou všichni cizinci mimo výše uvedených (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Informace pro cizince, 2014).

Dále se budu zabývat pouze pobytem občanů třetích zemí, jelikož je moje diplomová práce zaměřena na ně.

2.5 Cizinci ze třetích zemí v ČR

Překročení státních hranic a povinnosti vstupu občanů třetích zemí

Cizinec má povinnost při překročení státních hranic předložit cestovní doklady a podrobit se hraniční kontrole. Hraniční kontrola je v ČR prováděna pouze na mezinárodním letišti, protože pouze letiště představuje v případě ČR vnější schengenskou hranici. Občané třetích zemí mají také povinnost do tří pracovních dnů ohlásit svoji přítomnost na území ČR příslušnému odboru cizinecké policie a v některých případech také na pracovišti MV ČR. Při ohlašovací povinnosti předkládá cizinec doklad totožnosti, vyplněný přihlašovací lístek a i doklad o cestovním zdravotním pojištění. Při pobytu na našem území musí občané třetích zemí nahlásit změnu jakýchkoliv údajů (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Informace pro cizince, 2014).

Druhy pobytu občanů třetích zemí

Nejprve rozeznáváme základní dělení na **pobyt přechodný** a **pobyt trvalý**.

1. Pobyt přechodný dále dělíme na **pobyt krátkodobý** a **pobyt dlouhodobý**.

- a) **Pobytem krátkodobým** se rozumí pobyt na dobu do 90 dnů. Pobyt krátkodobý může být bezvízový nebo je třeba získat krátkodobé vízum.
- b) **Pobyt dlouhodobý** je pobyt překračující 90 dní na území ČR. Tento pobyt je možné získat na základě víza k dlouhodobému pobytu nebo povolením k dlouhodobému pobytu. Mezi formy dlouhodobého pobytu patří také Zelená karta a Modrá karta.

2. Pobyt trvalý přináší cizinci téměř stejná práva, jako má občan ČR. (MINISTERSTVO VNITRA ČR. Informační publikace pro cizince, 2011).

a) Pobyt krátkodobý

Krátkodobý bezvízový pobyt je určen pro občany třetích zemí, kteří jsou umístěni na tzv. Společném seznamu třetích zemí pro členské státy Evropské unie, které se řídí nařízením (ES) č. 539/2001 ve znění nařízení (ES) č. 2414/2001 a nařízením (ES) č. 453/2003 (t.j. schengenského prostoru). Schengenský prostor tvoří: Belgie, ČR, Dánsko,

Estonsko, Finsko, Francie, Island, Itálie, Lichtenštejnsko, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Maďarsko, Malta, Německo, Nizozemsko, Norsko, Polsko, Portugalsko, Rakousko, Řecko, Slovensko, Slovinsko, Španělsko, Švédsko a Švýcarsko. Kompletní seznam je možné dohledat na internetových stránkách MVČR. Na základě výše uvedených nařízení mohou občané třetích zemí pobývat na území ČR či jiných schengenských států po dobu 90 dnů v rámci každých 180 dnů. Bezvízový pobyt není pobytem za účel výdělečné činnosti.

Občané některých třetích zemí mohou na území ČR pobývat bezvízově i déle než je uvedeno výše a to na základě bilaterálních smluv, které byly uzavřeny již dříve, než ČR začala uplatňovat schengenská pravidla. Toto však platí pouze pro pobyty na území ČR, nikoli však na území celého Schengenu (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Informace pro cizince, 2014).

Krátkodobé vízum (krátké, schengenské nebo také jednotné) je určeno pro občany třetích zemí s vízovou povinností, kteří jsou umístěni na tzv. Společný seznam třetích zemí pro členské státy Evropské unie, který se řídí nařízením (ES) č. 810/2009. Kompletní seznam je možné dohledat na internetových stránkách MVČR. Na základě výše uvedených nařízení mohou občané třetích zemí pobývat na území ČR po dobu 90 dnů v rámci každých 180 dnů za podmínky, že jsou držiteli platného cestovního dokladu a dokladu o povolení k pobytu (dlouhodobému nebo trvalému) vydaného jiným schengenským státem, nebo dlouhodobého víza typu D vydaného jiným schengenským státem. Většina občanů třetích zemí užívá k pobytu na území ČR krátkodobé vízum typu C (jednorázové nebo vícerázové), na základě kterého může držitel v schengenu pobývat nanejvýše 90 dnů v každých 180 dnech, někdy i s omezením pouze na území ČR. V rámci krátkodobého víza existuje ještě forma letištního průjezdního víza, které uděluje možnost pobytu v tranzitním prostoru mezinárodního letiště. Rozhodování o krátkodobých vízech má na starosti Ministerstvo zahraničních věcí ČR (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Informace pro cizince, 2014).

MZV ČR může udělit krátkodobé vízum pouze ve třech případech: 1) Pokud je ČR jediným cílem cesty žadatele; 2) Pokud návštěva nebo návštěvy žadatele mají hlavní cíl na území ČR; 3) Pokud není možné konkrétně určit hlavní cíl cesty a ČR je jako první vstupní stát (MINISTERSTVO VNITRA ČR. Informační publikace pro cizince, 2011).

b) Pobyt dlouhodobý

Dlouhodobé vízum – o jeho udělení rozhoduje Ministerstvo vnitra ČR na základě žádosti podané na zastupitelském úřadu ČR v zahraničí, v některých případech stanovených zákonem i na MV ČR na území ČR (MINISTERSTVO VNITRA ČR. Informační publikace pro cizince, 2011).

K žádosti musí každý cizinec předložit: cestovní doklad, 2 fotografie, doklad o zajištění ubytování, doklad potvrzující účel pobytu, prostředky k pobytu (finanční). Dále může být cizinec vyzván předložit výpis z Rejstříku trestů a lékařskou zprávu. A po kladném vyřízení žádosti se musí cizinec prokázat dokladem o zdravotním pojištění. Další podmínky a nařízení v souvislosti s žádostí o dlouhodobé vízum také vychází z účelu pobytu žadatele. Rozlišujeme tyto účely pobytu: studium, zaměstnání, podnikání, vědecký výzkum, sloučení rodiny, pozvání, kulturní účel nebo převzetí povolení k pobytu (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Informace pro cizince, 2014).

Toto vízum platí od 90 dní do 6 měsíců maximálně. Není možné jej prodloužit, pouze je možné dále využít povolení k dlouhodobému pobytu (ČSÚ. Cizinci v ČR 2013, 2013).

Dlouhodobý pobyt – Cizinec může požádat o udělení k dlouhodobému pobytu za předpokladu, že na území ČR pobývá na základě víza nad 90 dní, k tomu hodlá přechodně setrvat na území ČR po dobu delší než 6 měsíců a současně u něj trvá stejný účel pobytu (MINISTERSTVO VNITRA ČR. Informační publikace pro cizince, 2011).

Žádost je možné podat na území ČR nebo i na zastupitelských úřadech a další podmínky opět vyplývají z konkrétního účelu pobytu (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Informace pro cizince, 2014).

Zelenou kartu považujeme za speciální typ dlouhodobého pobytu za účelem zaměstnání na území ČR. Zelená karta je nástrojem pro vyrovnání poptávky na trhu práce, kterou není možné vyřešit z domácích zdrojů. Zelená karta se vydává na konkrétní pracovní místo a umožňuje tak současný dlouhodobý pobyt na území ČR. Rozeznáváme tři typy zelených karet (A, B, C) dle vzdělání. Doba platnosti zelených karet se pohybuje mezi 2 – 3 roky. Zelenou kartu může získat pouze ten, jehož stát je umístěn ve speciálním seznamu dle vyhlášky MV č. 29/2013 Sb. Cizinec, který získal zelenou kartu, musí setrvat na předem sjednané pracovní pozici minimálně jeden rok. Při jakékoliv dřívější změně musí žádat o novou zelenou kartu. Po jednom roce pobytu na zelenou kartu může změnit

svůj účel dlouhodobého pobytu (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Informace pro cizince, 2014).

Modrá karta kombinuje dlouhodobý pobyt spolu s výkonem zaměstnání, ale s vysokou kvalifikací, tedy vystudovanou vysokou nebo vyšší odbornou školou. Žádost o modrou kartu se vydává na zastupitelském úřadě ČR v zahraničí eventuálně i na MV v ČR. Volná pracovní místa jsou uvedena na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí ČR spolu s dalšími podmínkami (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Informace pro cizince, 2014).

2. Pobyt trvalý

Žádost o trvalý pobyt se podává osobně, jen výjimečně a je k tomu třeba předložit tyto náležitosti: cestovní doklad, 2 fotografie, doklad o zajištěném ubytování a doklad o zajištění prostředků k pobytu a eventuálně výpis z Rejstříku trestů. Podmínkou pro získání trvalého pobytu v ČR je 5 let nepřetržitého pobytu na území ČR (výjimka je uznávaná v případě studia a mezinárodní ochrany) a složení zkoušky z Českého jazyka. Zkouška z Českého jazyka je pro cizince ze třetích zemí požadovaná na základě zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců a náležitosti zkoušky upravuje vyhláška Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy č. 348/2008 Sb., o výuce a zkouškách znalosti českého jazyka pro účely získání povolení k trvalému pobytu na území České republiky. Získání nebo zamítnutí povolení k trvalému pobytu je v kompetenci Ministerstva vnitra, odboru azylové a migrační politiky. Po získání trvalého pobytu se cizinci současně přiznává právní postavení dlouhodobě pobývajícího rezidenta v Evropském společenství (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Informace pro cizince, 2014).

Nabývání českého občanství cizinci

Součástí integrační politiky, tedy především jejím zakončením je naturalizace migrantů, která představuje získání českého občanství. Před tímto je třeba splnit řadu podmínek. Cizinec musí nejprve získat trvalý pobyt, tedy splnit podmínky uvedené výše. Dále se musí prokazatelně vzdát svého původního občanství až na některé výjimky (např. azylanty) a také musí doložit, že nebyl v posledních pěti letech trestně stíhán (Drbohlav, 2010).

Naturalizací získalo české občanství od roku 1993 více než 21 000 cizinců a to především díky Ukrajincům. České občanství získalo v letech 1993 – 2008 celkem 5 484

Ukrajinců, kteří byli převážně krajany českého původu přistěhovaných v 90. letech z oblasti Černobylu a Volyně (Drbohlav, 2010).

„V roce 2012 bylo uděleno státní občanství České republiky 1 565 cizincům (údaj nezahrnuje státní občany Slovenské republiky), z toho se jednalo v 91 případech o osoby, kterým byla v České republice udělena mezinárodní ochrana formou azylu.“ Dle státní příslušnosti byli na prvních třech místech migranti z Ukrajiny (512 osob), Polska (180 osob) a Ruska (163 osob). *„Udělením či prohlášením nabylo státní občanství České republiky 331 slovenských občanů. (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Zpráva o migraci a integraci, 2013:4).“*

Mezinárodní ochrana v České republice

„Žadatelem o udělení mezinárodní ochrany se rozumí cizinec, který požádal Českou republiku o mezinárodní ochranu, nebo cizinec, který podal žádost o udělení mezinárodní ochrany v jiném členském státě Evropské unie, je-li Česká republika příslušná k jejímu posuzování. (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Zpráva o migraci a integraci, 2013:133).“

Jak bylo uvedeno výše, **azylantem** nazýváme cizince, který se stal úspěšným žadatelem o azyl, získal jej a pobývá na území ČR. Dle Zákona č. 325/1999 Sb. o azylu, má tento azylant stejná práva a povinnosti jako osoba s trvalým pobytem na území ČR (MIGHEALTHNET, 2012).

Kromě azylu existují v našem právním řádu ještě dva způsoby mezinárodní ochrany, doplňková a dočasná ochrana. **Doplňkovou ochranou** se rozumí ochrana poskytnutá cizinci, který nesplňuje důvody pro udělení azylu, ale existují u něj obavy z jeho návratu do vlasti. Pokud cizinec získá doplňkovou ochranu jeho práva a povinnosti jsou téměř stejné jako při trvalém pobytu. **Dočasná ochrana** může být udělena na základě zákona č. 221/2003 Sb., o dočasné ochraně cizinců a to v případě hromadné imigrace občanů třetích zemí, především z důvodů válečných konfliktů, porušování lidských práv nebo přírodních katastrof v jejich vlasti (ČSÚ. Cizinci v ČR 2013, 2013).

2.6 Zdravotní péče poskytovaná cizincům v ČR

Zdravotní péči poskytovanou cizincům v ČR můžeme sledovat na základě informací získaných ze statistik anebo z výzkumných šetření. Statistiky jako takové však nezahrnují všechny cizince, např. nezahrnují cizince s nárokem na veřejném zdravotním pojištění;

dále některé statistické údaje nejsou děleny dle etnického původu a především péče o cizince v ambulantní sféře není začleněna vůbec (Hnilicová, Dobiášová, Zpráva o stavu zdraví..., 2009).

Statistika zdravotní péče za rok 2012 (ČSÚ. Cizinci v ČR 2013, 2013):

V roce 2012 byla poskytnuta zdravotní péče v nemocnicích v ČR 89 156 cizincům, z toho bylo 40 084 občany EU. Občané EU představují pravidelně 50% podíl, přičemž celkový počet ošetřených cizinců se neustále zvyšuje. Nejčastěji byla zdravotní péče poskytována občanům Slovenska (19,4%), dále občanům zemí „ostatních“ (18%), občanům Ukrajiny (13,7%), občanům ostatních zemí bývalého SSSR (13,1%) a občanům Německa (7,7%). Nejvíce cizinců bylo ve věkové skupině 20 – 59 let, jako v předchozích letech. Nejvíce cizinců bylo ošetřeno v Hl. m. Praha a to (48,8%).

Občané Německa a Slovenska hradili zdravotní péči převážně prostřednictvím zahraničního pojištění. Ostatní výše uvedení volí převážně hotovostní platbu za zdravotní péči. Náklady na ošetřování cizinců za rok 2012 dosahují výše 640 222 tis. Kč a z nich bylo uhrazeno 91,5%.

Hospitalizováno bylo 32 022 cizinců, nejčastější důvod hospitalizace souvisel s těhotenstvím, porodem a šestinedělním. Nejméně častá hospitalizace byla z důvodu vrozených vad, deformací a chromozomálních abnormalit.

Jako jeden zásadní ukazatel zdravotní péče můžeme sledovat potratovost a to proto, že všechny druhy potratů podléhají povinnému hlášení, je velmi snadné zaznamenávat jejich četnost i u cizinek. Za rok 2012 připadá v ČR 2 319 potratů na cizinky, což je pokles o 9,8% oproti roku 2011. Tento klesající trend se projevuje již tři roky. Z uvedeného počtu potratů evidujeme 1 659 umělých přerušení těhotenství, z toho 11,6% je ze zdravotních důvodů.

V roce 2012 také došlo k poklesu uzavřených smluv zdravotního pojištění s Pojišťovnou VZP, a.s. o 8,5% cizinců, hlavně u občanů Ukrajiny.

Pohlavní nemoci (ÚZIS ČR: Zdravotnická statistika ČR, Pohlavní nemoci 2012.):

V roce 2012 se pohlavní nemoci u cizinců v hlášených případech vyskytovaly ve 268 případech, což tvoří 14,5% z celkového počtu pohlavních nemocí. Výskyt onemocnění syfilis od roku 2007 klesá na 177 případů nakažených cizinců, naproti tomu výskyt kapavky u cizinců od roku 2010 mírně stoupá na 91 případů. Dle typu pobytu 93% případů

výskytu pohlavních nemocí tvoří cizinci s dlouhodobým pobytem. A nejčastěji tito cizinci pocházejí z Evropy, především Slovenska a Ukrajiny.

Výskyt HIV/AIDS

Sledování HIV pozitivita bylo na území ČR zahájeno od roku 1985 a od té doby bylo diagnostikováno 2 248 HIV pozitivních, z toho 361 cizinců (16,1%) s krátkodobým pobytem.

V roce 2012 bylo zjištěno 226 nově nakažených virem HIV a 29 nových onemocnění AIDS, z toho 14 případů HIV pozitivních připadalo na cizince s krátkodobým pobytem.

Výzkumy zabývající se zdravým migrantů (Hnilicová, Dobiášová, Zpráva o stavu zdraví..., 2009)

Výzkumným šetřením v oblasti migrace se v posledních letech věnuje celkem mnoho výzkumných pracovníků, avšak málo z nich se zaměřuje právě na oblast zdraví a zdravotní péče poskytované cizincům. Nicméně těchto několik studií se shoduje na tom, že: „*Status imigranta je v ČR spojen se znevýhodněním v dostupnosti zdravotní péče a se znatelně horšími socioekonomickými podmínkami života, které mají negativní dopad na zdraví.*“ (Hnilicová, Dobiášová, Zpráva o stavu zdraví..., 2009; 8).

Již v 80. letech u nás probíhá výzkum pojednávající o zdravotním stavu Vietnamců a Kubánců dlouhodobě pobývajících na území ČR, který poukazoval na vyšší podíl parazitárních infekcí a psycho-sociálních poruch z pobytu v odlišném kulturním prostředí.

Po roce 1989 se uskutečňují dvě etapy výzkumných šetření. Nejprve v devadesátých letech probíhaly výzkumy prováděné pracovníky 3. LF UK Praha, které se zabývaly životními podmínkami a zdravotním stavem zvyšujícího se počtu cizinců na území ČR. Tyto výzkumy ukázaly problémy v oblasti dostupnosti zdravotní péče pro cizince. Velmi častou příčinou hospitalizace se ukázaly pracovní úrazy, které vychází především z nedostatečného dodržování zásad BOZP. Také tyto výzkumy prokázaly zvýšený nárůst psychiatricky léčených cizinců, hlavně cizinců ze států bývalého SSSR, Polska a států bývalé Jugoslávie.

Výzkumy, které probíhaly v letech 2001 – 2005, volně navazovaly na výzkumná šetření z let devadesátých. Vedením těchto výzkumů se zabýval nově vzniklý Institut zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE), který zacílil své výzkumy také na dostupnost zdravotní péče se zaměřením na ohrožené skupiny. Po zrušení IZPE se uskutečňují i další výzkumy, které sledují cizince ze zemí bývalého SSSR a shledávají je za nejrizikovější

skupinu z hlediska dostupnosti zdravotní péče. Na druhém místě v tomto hodnocení uvádí děti ze třetích zemí.

Z výzkumu autorek Dobiášové, Vyskočilové, Čabanové z roku 2004, který se soustředil na zdravotní stav a čerpání zdravotní péče u Ukrajinců ve srovnání s českou populací, vyšlo najevo, že Ukrajinci třikrát méně často navštěvují praktického lékaře a téměř nevyužívají specializované ambulantní péče. Dále se potvrdil vyšší výskyt pracovních úrazů, avšak s nižším a kratším používáním pracovní neschopnosti. Ukrajinci zde subjektivně kladně hodnotili své zdraví oproti Čechům, zato se více obávali onemocnění, které u nich doprovází strach spojený se ztrátou zaměstnání. Dále také výzkum uznal rizikovější životní styl Ukrajinců, provázený silným kuřáctvím a konzumací alkoholu, především destilátů.

Výzkum pojednávající o zdravotní situaci dětí migrantů ze třetích zemí (autorek Dobiášové, Křečkové, Vyskočilové z roku 2005) poukázal na nerovnost v přístupu až diskriminaci. Tyto děti musejí mít komerční zdravotní pojištění, které je velice nákladné především v situaci, kdy je dítě postižené či chronicky nemocné. V důsledku to může způsobit bankrot celé rodiny, která raději volí návrat do rodné vlasti (Hnilicová, Dobiášová, Zpráva o stavu zdraví..., 2009).

2.6.1 Zdravotní pojištění cizinců

Jak bylo popsáno již výše, v ČR funguje systém veřejného zdravotního pojištění, jehož normy definuje Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Dle něj jsou zahrnuty do systému veřejného zdravotního pojištění všechny osoby s trvalým pobytem na území ČR, dále osoby, které na území ČR trvalý pobyt nemají, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele se sídlem nebo trvalým pobytem na území ČR. To tedy platí i pro cizince, jež získali povolení k trvalému pobytu, nebo pracují pro zaměstnavatele se sídlem na území ČR (Zákon 48/1997).

Dalšími cizinci, kteří se účastní veřejného zdravotního pojištění, jsou občané ze států EU a jejich rodinní příslušníci při dlouhodobém pobytu v ČR, bez ohledu na občanství (Zákon 326/1999).

Dále jsou také pojištěni v systému veřejného zdravotního pojištění ČR další cizinci a jejich rodinní příslušníci, kterým bylo v jiném členském státě EU přiznáno právní postavení dlouhodobě pobývajícího rezidenta v Evropském společenství podle směrnice

2003/109/ES, dále azylanti, žadatelé o azyl nebo o mezinárodní ochranu a jejich rodinní příslušníci podle směrnice 2004/83/ES a v souvislosti s právem na sloučení rodiny dle směrnice 2003/86/ES, a také vyžádaní vědeckí pracovníci ve smyslu směrnice 2005/71/ES (Směrnice Rady EU).

Práv a povinností vyplývajících z veřejného zdravotního pojištění ČR nemohou využívat cizinci ze třetích zemí, kteří nemají trvalý pobyt na území ČR nebo nejsou zaměstnání u zaměstnavatele, který sídlí na území ČR. Do této skupiny řadíme OSVČ, studenty, rodinné příslušníky, především děti i zde narozené. Tito cizinci se musí pojistit v systému komerčního zdravotního pojištění (Hnilicová, Dobiášová, Zpráva o stavu zdraví..., 2009).

Jak uvádí MVČR, cizinci ze třetích zemí musejí při kladném vyřízení dlouhodobého víza předložit doklad o cestovním zdravotním pojištění a na požádání musejí také předložit doklad o zaplacení pojistného uvedeného na dokladu o cestovním zdravotním pojištění. Tento doklad se nevyžaduje od cizinců, kteří: 1) se účastní veřejného zdravotního pojištění, 2) mají zdravotní péči hrazenou na základě mezinárodních smluv, anebo 3) je zdravotní péče prokazatelně hrazena jiným způsobem (např. je-li pobyt cizince na území přínosný pro rozvoj duchovních hodnot, ochranu lidských práv anebo jiných humanitárních hodnot, ochranu přírodního prostředí, kulturních památek a tradic, rozvoj vědy, vzdělání, tělovýchovy a sportu, na základě písemného závazku státního orgánu nebo na základě závazku obsaženého v policií ověřeném pozvání). Na základě mezinárodních dohod není cestovní zdravotní pojištění požadováno od občanů Bosny a Hercegoviny, Černé Hory, Chorvatska, Japonska, Jemenu, Kuby, Makedonie, Srbska a Turecka. Dále také výjimku tvoří účastníci stipendijního programu Erasmus Mundus, Fulbrightova, Evropské dobrovolné služby programu EK Mládež v akci a držitelé Evropského průkazu o zdravotním pojištění EHIC vydaného jiným členským státem EU (MINISTERSTVO VNITRA ČR, Informace pro cizince, 2014).

Komerční zdravotní pojištění

Počet cizinců, kteří využívají komerční zdravotní pojištění je asi 130 000. Tento počet, není ve statistických údajích přímo uveden, ale můžeme jej snadno vypočítat, dle ostatních údajů. Jedná se samozřejmě o legálně pobývajících cizince (Hnilicová, Dobiášová, Zdravotní pojištění cizinců v ČR, 2009).

Komerční zdravotní pojištění se neřídí zákonem o veřejném zdravotním pojištění, ale na základě zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví a částečně také dle zákona č. 37/2004,

o pojistné smlouvě. Zásadní rozdíl mezi komerčním a veřejným zdravotním pojištěním spočívá v tom, že komerční pojištění je zaměřené na zisk a zprostředkovávají ho pouze komerční pojišťovny. Komerční pojištění označujeme také jako pojištění smluvní, které je založeno na vztahu mezi pojištěncem a komerční pojišťovnou. „V terminologii komerčních pojišťoven je nemoc označovaná jako „pojistná událost“ a úhrada zdravotní péče jako „pojistné plnění“. (Hnilicová, et al. 2012: 19).

Komerční zdravotní pojištění je pro výše uvedenou skupinu cizinců v podstatě povinné dle zákona o pobytu cizinců. Pokud chtějí získat vízum k dlouhodobému pobytu, musejí si toto pojištění sjednat. Momentálně pojišťovny cizincům nabízejí dva typy pojištění, tedy dva produkty:

- 1) Zdravotní pojištění **nutné a neodkladné zdravotní péče**.
- 2) Zdravotní pojištění za **komplexní zdravotní péči**.

ad 1) Pojištění **nutné a neodkladné zdravotní péče** je určeno pro cizince, kteří žádají v zahraničí o udělení dlouhodobého víza, především pro účely turistické na základě pozvání. Výše limitu pojistného plnění nesmí být nižší než 60 000 EUR a splňuje podmínky Zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců. Z tohoto typu pojištění je obvykle hrazena základní zdravotní péče, vzniklá na základě akutního onemocnění nebo úrazu. Zpravidla je sem zahrnuto ambulantní lékařské ošetření, hospitalizace, náklady na zdravotní převoz, akutní stomatologické ošetření nebo repatriace nemocného či jeho tělesných ostatků (All-pojištění.cz, 2013 a UNIQA a.s., 2014).

ad 2) **Komplexní zdravotní pojištění** je určeno jak pro cizince, kteří žádají v zahraničí či v ČR o udělení dlouhodobého pobytu, tak i pro ty, co žádají o jeho prodloužení. „Komplexní zdravotní péči se rozumí zdravotní péče poskytnutá pojištěnému ve smluvních zdravotnických zařízeních dané pojišťovny, bez přímé úhrady nákladů na léčení pojištěného, jehož cíl je zachovat zdravotní stav pojištěnce z doby před uzavřením pojistné smlouvy. Z tohoto pojištění nesmí být vyloučena preventivní ani dispenzární zdravotní péče ani zdravotní péče související s těhotenstvím pojištěné matky a porodem jejího dítěte (§ 180j, odstavec 7, Zákon 326/1999).

Pojišťovny uvádějí, že toto pojištění je obdobné veřejnému zdravotnímu pojištění, avšak má zpravidla mnoho výluk z pojištění. Obvykle zahrnuje nutnou a neodkladnou zdravotní péči a dále také preventivní i dispenzární péči, základní povinné očkování, stomatologickou akutní péči, ambulantně předepsané léky a prostředky zdravotní techniky.

Součástí je také péče v souvislosti s těhotenstvím a porodem, **nikoliv však péče o novorozence** (Pojišťovna VZP a.s., 2014).

Pojištění je možné si sjednat na období od čtyř měsíců až do pěti let. Podmínkou pro uzavření tohoto pojištění je lékařská prohlídka. Sazby pojistného jsou stanoveny dle délky pobytu, věku pojištěnce, odhadovaného rizika a také dle toho, zda se pojištění vztahuje pouze na pobyt na území ČR či zahrnuje celý Schengenský prostor. Zdravotní ošetření bez přímé úhrady mohou cizinci vyžadovat ve smluvních zdravotnických zařízeních své pojišťovny (Pojišťovna VZP a.s., 2014).

Cizinec uzavírá zdravotní pojištění **pouze** u pojišťoven, které získaly oprávnění pro tuto formu pojištění od České národní banky. První volbou jsou většinou tuzemské pojišťovny, ale lze využít i pojišťovny zahraniční, které mají toto oprávnění. Není však zcela jednoduché zjistit, které to jsou. Přestože MVČR prostřednictvím svých internetových stránek odkazuje na seznam zahraničních i tuzemských pojišťoven, který visí na webu České národní banky, orientace zde není zcela snadná. A tak spíše nabízí ty české, které jsou snadno dostupné na internetu i svými pobočkami, které jsou doslova na „každém rohu“. Pojištěnec je povinen toto pojištění uzavřít na celou dobu pobytu dle víza a to ihned, nenabízí se možnost splátek, což představuje velké finanční nároky (Hnilicová, 2010).

Dne 1. 1. 2011 vstoupila v účinnost rozsáhlá novela zákona o pobytu cizinců vyhlášená ve Sbírce zákonů pod č. 427/2010. Tato novela přináší zásadní úpravy v oblasti zdravotního pojištění cizinců. Součástí komplexního zdravotního pojištění musí být i pojištění pro případ těhotenství a porodu, které bylo dříve běžně vylučováno. Přesto však pojišťovny toto ustanovení obcházejí na základě tzv. termínu „**čekací doby**“.

Pojišťovna VZP, a.s. ve svých pojistných podmínkách komplexního zdravotního pojištění definuje čekací dobu takto: „*Čekací doba je doba, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi.*“ A dále vysvětluje takto: „*Čekací doba se pro případy zdravotních služeb z důvodu:*
- *těhotenství uplatňuje v délce 3 měsíce,- porodu uplatňuje v délce 8 měsíců. Čekací doba se neuplatňuje, je-li sjednán typ pojištění “Novorozenec.”* (Pojišťovna VZP a.s., KZPC Pojistné podmínky, 2014; čl. 2 a čl. 5).

Tyto čekací doby uvádí ve svých pojistných podmínkách všechny pojišťovny. Některé pouze upravují délku čekací doby, pokud již současnému pojištění předcházelo jiné pojištění u jejich pojišťovny. Pojišťovny proto nabízejí **speciální tarify** (Novorozenec, Matka, Máma a Miminko, Pregnancy, Komplex2 ad.) určené pro těhotenství a porod, navíc

také zahrnují péči o novorozence. Nutno však dodat, že toto pojištění je asi 4x-5x dražší než samo komplexní zdravotní pojištění, které tuto péči dle zákona má zahrnovat (Pojistné podmínky, 2014). Podrobněji ke speciálním tarifům v kapitole 2.6.2.

Na závěr je nutné dodat, že čekací doby pro případ těhotenství a porodu cizinky dosti diskriminují. Samo pojištění také působí velmi nevěrohodně, když nutí těhotné hlídat si datum porodu v návaznosti na uzavření pojištění. K úhradě prenatální a porodní péče dochází až po uplynutí čekací doby. V případě předčasného porodu, péče za porod nemusí být následně pojišťovnou uhrazena a cizinka je nucena si péči uhradit sama. Což může být v mnoha případech finančně likvidační, zvláště pokud se k úhradě připojí i úhrada za péči o nedonošeného novorozence.

Pojišťovny nabízející komerční zdravotní pojištění

Dle seznamu uveřejněného na internetových stránkách České národní banky a následně vyhledání jednotlivých pojišťoven, nabízí komerční zdravotní pojištění tyto pojišťovny: Pojišťovna VZP, a.s., Slavia pojišťovna, a.s., Maxima pojišťovna, a.s., UNIQA pojišťovna, a.s., AXA Assistance, ERGO pojišťovna, a.s. a Inter Partner Assistance (Česká národní banka, 2014).

Všechny výše uvedené pojišťovny, kromě Inter Partner Assistance, nabízejí obě varianty pojištění. Pouze Inter Partner Assistance prezentuje pouze komplexní zdravotní pojištění.

Pojišťovna VZP, a.s. (PVZP):

- 1) Pojištění **nutné a neodkladné zdravotní péče** zde nazývají jako Základní zdravotní pojištění. Výše limitu pojistného plnění je od 1,7 milionu do 2,1 milionů Kč. Cena pojištění pro dospělé osobu produktivního věku je asi 4 500,- Kč na 12 měsíců.
- 2) V systému **komplexního zdravotního pojištění** dává pojišťovna k dispozici 3 typy produktů:
 - a) Komplexní zdravotní pojištění s limitem pojistného plnění ve výši od 1,7 milionu do 2 milionů Kč. Cena pojištění pro dospělé osobu produktivního věku je asi 11 400,- Kč na 12 měsíců.
 - b) Komplexní zdravotní pojištění EXCLUSIVE představuje pojišťovna jako nový produkt, který je možné hradit i čtvrtletně nebo pololetně. **Toto jediné pojištění je zcela bez výluk a tudíž odpovídá veřejnému zdravotnímu pojištění.** Avšak

pro získání tohoto pojištění je nutné podstoupit vstupní lékařskou prohlídku a získat potvrzení revizního lékaře pojišťovny. Limit pojistného plnění ve výši 3 milionů Kč. Cena pojištění pro dospělé osobu produktivního věku je asi 36 000,- Kč za 12 měsíců.

- c) Komplexní zdravotní pojištění PREMIUM je nadstandardní zdravotní pojištění pro cizince. Zahrnuje např. finanční denní dávku v případě hospitalizace nebo vrácení části pojistného při získání trvalého pobytu. Limit pojistného plnění ve výši 3 milionů Kč. Cena pojištění pro dospělé osobu produktivního věku je asi 22 500,- Kč za 12 měsíců (Pojišťovna VZP, a.s., 2014 + infolinka).

Slavia pojišťovna, a.s.:

- 1) Poskytuje pojištění pro **případ nutné a neodkladné zdravotní péče** s výší pojistného plnění 1,6 milionu Kč. Cena pojištění pro dospělé osobu produktivního věku je asi 4 800,- Kč na 12 měsíců.
- 2) **Komplexní zdravotní pojištění** prezentuje Slavia se stejným pojistným plněním tedy 1,6 mil. Kč. Cena pojištění pro dospělé osobu produktivního věku je asi 10 800,- Kč na 12 měsíců. (Slavia pojišťovna, a.s., 2014).

Maxima pojišťovna, a.s.:

- 1) Propaguje **pojištění nutné a neodkladné zdravotní péče** s limitem pojistného plnění ve výši 60 000 EUR a to ve dvou formách:
 - a) STANDARD s cenou 400,- Kč za měsíc
 - b) PREMIUM s cenou 500,- Kč za měsíc uplatňující se v celém Schengenském prostoru.
- 2) **Komplexní zdravotní pojištění** se vztahuje na celý Schengenský prostor s limitem pojistného plnění ve výši 80 000 EUR. Cena pojištění pro dospělé osobu produktivního věku je asi 9 900,- Kč na 12 měsíců. Maxima také doporučuje tarif PREGNANCY určený pro těhotné, viz další kapitola (Maxima pojišťovna, a.s., 2014).

UNIQA pojišťovna, a.s.:

- 1) Také nabízí **pojištění nutné a neodkladné péče** s limitem pojistného plnění ve výši 60 000 EUR, nazvaným BASIC. Cena tohoto pojištění pro dospělé osobu produktivního věku je asi 4 500,- Kč na 12 měsíců.

- 2) Pojišťovna poskytuje **komplexní zdravotní pojištění** s pojistným plněním ve výši 75 000 EUR a to ve třech provedeních:
 - a) KOMPLEX je standardní komplexní pojištění za cenu asi 7 800,- Kč na 12 měsíců pro dospělou osobu v produktivním věku.
 - b) KOMPLEX+ je rozšíření tarifu Komplex vztahující se na nebezpečné sporty. Cena tohoto pojištění pro dospělou osobu v produktivním věku je asi 108 000,- Kč na 12 měsíců.
 - c) KOMPLEX2 je komplexní pojištění pro těhotné, viz další kapitola (UNIQA pojišťovna, a.s., 2014).

AXA assistance:

- 1) Prezentuje **pojištění nutné a neodkladné péče** s platností v celém Schengenském prostoru a s limitem pojistného plnění ve výši 60 000 EUR. Cena tohoto pojištění pro dospělou osobu produktivního věku je asi 4 800,- Kč na 12 měsíců. Pojišťovna dává k dispozici dvě varianty tohoto pojištění: TURIST/STUDENT a WORK, přičemž WORK poskytuje náhradu i při zraněních vzniklých v souvislosti s povoláním.
- 2) **Komplexní zdravotní pojištění** je stejně jako pojištění nutné a neodkladné s limitem pojistného plnění ve výši 60 000 EUR a s platností v celém Schengenském prostoru. Toto pojištění je poskytováno ve dvou variantách:
 - a) STANDARD s cenou asi 16 700,- Kč na 12 měsíců pro dospělou osobu produktivního věku.
 - b) MATKA je určeno pro těhotné ženy, viz další kapitola (AXA assistance).

ERGO pojišťovna, a.s.:

Propaguje zdravotní pojištění pro cizince s názvem WELCOME.

- 1) **Pojištění nutné a neodkladné zdravotní péče** je vhodné především pro turisty přicházející na základě poznání. Doporučují dvě formy:
 - a) WELCOME STANDARD s limitem pojistného plnění ve výši 60 000 EUR a cenou 500,- Kč za měsíc.
 - b) WELCOME PLUS s limitem pojistného plnění ve výši 80 000 EUR a cenou 700,- Kč za měsíc.
- 2) **Komplexní zdravotní pojištění** se nazývá WELCOME KOMPLEX s limitem pojistného plnění ve výši 80 000 EUR. Cena pojištění pro dospělou osobu

produktivního věku je asi 10 200,- Kč na 12 měsíců. Déle také nabízí pojištění pro těhotné speciální tarif WELCOME BABY, viz další kapitola (ERGO pojišťovna, a.s., 2014).

Inter Partner Assistance (IPA):

Inter Partner Assistance, S.A., je člen skupiny AXA a zprostředkovává pouze **komplexní zdravotní pojištění** s pojistným plněním ve výši 1,6 milionu Kč a cenou pojištění pro dospělou osobu produktivního věku asi 9 000,- Kč na 12 měsíců (all-pojištění.cz, 2014).

Od roku 2010 došlo ke změnám v Zákoně č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců a v Zákoně č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, které s sebou přinesly i úpravy v podmínkách komerčního zdravotního pojištění. Za pozitivní změnu lze pokládat zrušení spoluúčasti pojištěnce při krytí léčebných výloh do výše 30 000 EUR. Další změny již tak pozitivní nebyly, naopak cizincům přináší větší finanční zátěž. Jak uvádí Hnilicová, komerční zdravotní pojištění se při podrobnějším studiu pojistných podmínek jeví dosti pochybně a to především kvůli množství výluk z pojištění, jiná omezení i nedostatečné garanci platby za zdravotní péči (Hnilicová, 2010).

Všechny pojišťovny uvádí ve svých pojistných podmínkách výluky z pojištění a to, jak z pojištění nutné a neodkladné péče, tak i z pojištění komplexní zdravotní péče. Jedinou výjimku v současné době představuje Komplexní zdravotní pojištění EXCLUZIVE od Pojišťovny VZP, a.s., jak bylo uvedeno již výše, které ve svých pojistných podmínkách neuvádí žádné výluky z pojištění. Cena tohoto pojištění je však trojnásobná než cena ostatních komplexních pojištění (Pojistné podmínky, 2014).

Nejhorší výluky z **nutné a neodkladné zdravotní péče** představuje: lékařská péče v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, dále vyšetření a léčba pohlavních chorob, včetně AIDS, také vyšetření a léčba psychiatrických poruch, události vzniklé při přípravě nebo provozování sportovních činností, pokus o sebevraždu ad. Ve všech výše uvedených případech pojistitel neposkytuje pojištěnci pojistné plnění (Pojistné podmínky, 2014).

Přesto, že **komplexní zdravotní pojištění** má hradit péči stejně jako je tomu v systému veřejného zdravotního pojištění, obsahuje toto pojištění mnoho výluk a to dost kontroverzních. Mezi nejdůležitější výluky patří: ústavní péči v odborných léčebných ústavech s výjimkou léčby tuberkulózy a duševních poruch, transplantace, léčení závislostí, vyšetření a léčení pohlavních a sexuálně přenosných nemocí, včetně AIDS

a hepatitid, léčení inzulínem u onemocnění cukrovkou, léčení chronické ledvinné nedostatečnosti hemodialýzou nebo peritoneální dialýzou, léčení růstovým hormonem, léčení interferonem, léčení hemofilie a jiných poruch srážlivosti krve, vyšetření a léčení vrozených vad a onemocnění včetně jejich komplikací, léčení vad řeči a sluchu, léčení vad zraku, léčení v ústavech následné péče nebo ústavech dlouhodobě nemocných, úrazy vzniklé při rizikových sportech a také péče o novorozence, pokud nemá těhotná dopředu sjednáno speciální pojištění, které tuto péči zahrnuje (viz dále). Pojistné podmínky také vylučují z pojištění události a onemocnění i jejich následky, které vznikly ještě před uzavřením pojistné smlouvy (Pojistné podmínky, 2014).

2.6.2 Zdravotní péče poskytovaná cizinkám v souvislosti s těhotenstvím a porodem

Zdravotní péče poskytovaná cizinkám v souvislosti s těhotenstvím a porodem by měla být stejná jako péče poskytovaná českým občankám, tedy vychází taktéž ze zákonů: Zákon č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a vyhláškou č. 39/2012 Sb., o dispensární péči. A také je tato péče poskytovaná dle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, které u nás vytváří Česká gynekologická a porodnická společnost, Sekce prenatální medicíny.

Nespadá-li cizinka do systému veřejného zdravotního pojištění, jak bylo již výše vysvětleno, musí mít při získání víza k dlouhodobému pobytu zaplacen komerční zdravotní pojištění. Nabízí se zde několik možností. Mezi tyto možnosti však nepatří pojištění pro případ nutné a neodkladné péče, které nezahrnuje lékařskou péči v souvislosti s těhotenstvím a porodem. **Komplexní zdravotní pojištění zahrnuje preventivní a dispensární zdravotní péči a zdravotní péči související s těhotenstvím pojištěné matky a porodem jejího dítěte dle smluvních podmínek pojištění.** Jak již bylo popsáno výše, uplatňují se zde čekací doby pro případ úhrady zdravotní péče a to v případě těhotenství obvykle v délce 3 měsíců ode dne počátku pojistné doby a v případě porodu obvykle 8 měsíců ode dne počátku pojistné doby. Sama komplexní zdravotní péče neobsahuje poporodní péči o novorozence, tu je možné si zajistit prostřednictvím různých speciálních programů určených právě pro těhotné a rodící ženy. **Speciální tarify** za cenu 4 - 5 krát vyšší nabízejí péči zahrnutou v klasickém komplexním zdravotním pojištění bez

čekací doby. Péče o novorozence je zahrnuta jen v některých z nich, obvykle za zvýšenou cenu. (Pojistné podmínky, 2014).

Komerční zdravotní pojištění pro těhotné – Speciální tarify

Pojišťovna VZP, a.s. (PVZP):

Komplexní zdravotní pojištění s limitem pojistného plnění ve výši od 1,7 milionu do 2 milionů Kč. Cena komplexního pojištění pro případ **těhotenství a porodu** je 48 600,- Kč na 12 měsíců (Pojišťovna VZP, a.s.).

Pojišťovna dále propaguje tarif **NOVOROZENEC**, který kromě péče o těhotnou a rodičku také zahrnuje poporodní péči o novorozence a to do 3 měsíců věku dítěte. Dle informací získaných prostřednictvím infolinky je cena tohoto pojištění 54 000,- Kč na 12 měsíců a obsahuje péči o novorozence od porodu do 1. propuštění z hospitalizace (Pojišťovna VZP, a.s.).

Slavia pojišťovna, a.s.:

Komplexní zdravotní pojištění prezentuje Slavia s pojistným plněním do výše 1,6 mil. Kč. Navrhuje těhotným ženám speciální tarif:

- 1) **MÁMA A MIMINKO** zahrnuje péči o těhotnou a rodící ženu bez čekacích dob a navíc poporodní zdravotní péči o novorozence pojištěné, kteří se narodili za trvání jejího pojištění. Cena pojištění je 74 400,- Kč na 12 měsíců (Slavia pojišťovna, a.s., 2014).

Maxima pojišťovna, a.s.:

Pojišťovna doporučuje pro těhotné pojištění typu **PREGNANCY** a to ve třech variantách s limitem pojistného plnění 100 000 EUR.

- 1) **PREGNANCY** zahrnuje zdravotní péči v souvislosti s těhotenstvím a porodem bez čekací doby. Cena je 44 000,- Kč na 12 měsíců.
- 2) **PREGNANCY PLUS** obsahuje zdravotní péči v souvislosti s těhotenstvím a porodem a současně i poporodní péči o novorozence. Cena je 54 000,- Kč za 12 měsíců.
- 3) **PREGNANCY PLUS BABY** zařazuje Pregnancy Plus a současně garantuje uzavření pojistné smlouvy pro dítě do jednoho roku. Cena je 59 000,- Kč na 12 měsíců (Maxima pojišťovna, a.s., 2014).

UNIQA pojišťovna, a.s.:

KOMPLEX2 je pojištění pojímající péči o těhotnou, rodičku i novorozence do 14 dní věku ve smluvních zařízeních nebo v předem domluvených zařízeních. Cena pojištění je 108 000,- Kč za 12 měsíců (UNIQA pojišťovna, a.s., 2014).

AXA assistance:

Pojištění typu **MATKA** zahrnuje i péči o novorozence, těhotnou a rodičku. Cena pojištění je asi 94 800,- Kč za 12 měsíců (AXA assistance, 2014).

ERGO pojišťovna, a.s.:

Dle telefonické konzultace s klientskou linkou je pro těhotné doporučován tarif **WELCOME BABY**, který začleňuje i péči poskytovanou novorozenci do 1 měsíce věku. Cena tohoto pojištění je 63 000,- na 12 měsíců (ERGO pojišťovna, a.s., 2014).

Inter Partner Assistance (IPA):

Nabízí těhotným komplexní zdravotní pojištění pojímající i péči o novorozence za cenu 90 000,- na 12 měsíců (all-pojištění.cz, 2014).

Shrnutí

Pokud bychom chtěli hodnotit systém komerčního zdravotního pojištění, mohli bychom nejprve proti sobě postavit jeho výhody a nevýhody. Současně bychom však museli doplnit, pro koho jsou to výhody/nevýhody. Výhoda tohoto systému je však pouze jedna a také pouze pro jednu skupinu zúčastněných, pro komerční zdravotní pojišťovny. Výhodou pro ně je zisk z prodeje komerčního zdravotního pojištění.

Z výročních zpráv pěti hlavních komerčních pojišťoven (PVZP, Slavia, Maxima, Uniqa, Ergo) lze vyčíst jejich příjmy za rok 2011, které činily 870,7 milionů Kč, přičemž náklady na pojistná plnění dosahovala maximálně 192,25 milionů Kč, což odpovídá asi 22%. Všechny tyto pojišťovny udávají vysoké provozní náklady, a to 47 – 80% vybraného pojistného, což by v daném roce mělo odpovídat asi 547 milionů. Pro srovnání, v systému veřejného zdravotního pojištění představují provozní výdaje asi 3,5 % pojistného a jsou regulovány příslušnými vyhláškami MZ a MF ČR. Zisk komerčních zdravotních pojišťoven je ještě podpořen povinností migrantů zakoupit si od nich toto pojištění, bez

něhož nezískají povolení k pobytu (Hnilicová, Dobiášová, Čížinský, Studený, Juránek, 2012).

Oproti tomu nevýhod v systému komerčního zdravotního pojištění shledáváme více i pro více skupin zúčastněných; a to pro samotné pojištěnce (migranty), zdravotnická zařízení i pro veřejné rozpočty.

Cizinci ze třetích zemí nemají jinou možnost než uzavřít komerční zdravotní pojištění, pokud chtějí dlouhodobě pobývat v ČR. Toto pojištění je však současně nenárokové, takže pojišťovny s cizinci nemusí pojistnou smlouvu uzavírat a mohou potencionálně rizikové zájemce odmítnout. Tyto případy jsou zařazeny do skupiny tzv. „nepojistitelných cizinců“, jejichž léčba je poněkud ekonomicky náročnější. Sem pojišťovny zařazují kromě starých a chronicky nemocných také např. nedonošené děti či děti s vrozenou vývojovou vadou. Komplexní zdravotní pojištění má široké smluvní podmínky s mnoha výlukami a v mnoha případech tak nekryje ani veškerou péči, která je ze zákona povinná např. léčba z důvodu ochrany veřejného zdraví (léčba sexuálně přenosných chorob či psychiatrická léčba). Hnilicová a kol. dokonce označují komerční zdravotní pojištění za diskriminační, především proto, že ti ekonomicky nejslabší (ženy těhotné nebo na mateřské dovolené, děti a senioři) mají platit nejdražší pojištění a současně do systému veřejného zdravotního pojištění nejsou zahrnuti všichni výdělečně činní migranti včetně manželek a dětí migrantů zaměstnaných u českých zaměstnavatelů, kteří v ČR platí nebo odvádí daně a sociální pojištění (Hnilicová et al., 2012).

Rozpočty veřejného zdravotního pojištění přichází o finanční prostředky, které jsou vyváděny prostřednictvím komerčního zdravotního pojištění a přináší zisky právě komerčním pojišťovnám. Pro zdravotnická zařízení je systém komerčního zdravotního pojištění také dosti nevýhodný. Přináší s sebou spoustu komplikací, administrativních i časových a samotným zdravotnickým zařízením nepřináší nic navíc, než získávají prostřednictvím veřejného systému. Dokonce jim poskytnutá péče, především ta povinná pro záchranu života, nemusí být proplacena, právě pro množství výluk v pojistných podmínkách komerčního pojištění. V jiných evropských zemích (VB, Německo) také funguje komerční zdravotní pojištění, ale to je určené bohatým lidem, kteří jeho prostřednictvím získávají určitý nadstandard a možnost volby. (Hnilicová et al., 2012).

III. EMPIRICKÁ ČÁST

3. Teorie kvalitativního výzkumu

Miovský (2006) shrnuje definice kvalitativního výzkumu od různých autorů a na závěr se snaží vytvořit definici vlastní vycházející z předchozích. Kvalitativní přístup chápe jako přístup používající principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky. Cílem je pracovat s reflexní povahou zkoumání. Kvalitativní výzkum využívá pro popis, analýzu a interpretaci kvalitativních metod. Zkoumané fenomény jsou nekvantifikované a nekvantifikovatelné. Tedy fenomény, které nelze zpracovávat a analyzovat pomocí statistických postupů.

Švaříček a Šed'ová volí zase tuto definici kvalitativního výzkumu: „*Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou a vytvářejí sociální realitu (Švaříček, Šed'ová, 2007: 17).*“

Kvalitativní přístup lze charakterizovat v následujících bodech (Miovský, 2006):

- Výzkumník je součástí reality, zároveň ji i tvoří a interpretuje. Kvalitativní přístup realitu interpretuje a neobjevuje, jak je tomu v kvantitativním přístupu.
- V poznávání se uplatňuje holistický princip.
- Člověk má svobodnou vůli a může si zvolit mezi alternativami svého projevu.
- Kvalitativní výzkum umožňuje změny v průběhu výzkumu a nízkou strukturaci.
- Uplatňuje se princip otevřenosti. Výzkum se neomezuje na vybrané proměnné a výzkumník až v průběhu výzkumu zjišťuje, jaký význam mají proměnné a jak se vzájemně ovlivňují.
- Výzkumník se stává účastníkem výzkumu.
- Výzkumník navazuje osobní vztah s účastníky výzkumu a to je pro výzkum pozitivní. Každý výzkumník má nějaké předsudky a vlastní zkušenosti, které výzkum ovlivní. Je třeba s tím počítat.
- Povaha shromážděných dat je bohatá a hluboká.

- Mnohé z kvalitativních výzkumů není možné opakovat, protože některé procesy proběhnou pouze jednou. Pro tuto jedinečnost je podstatné, kdo výzkum provádí, kdy a kde se výzkum uskutečňuje.
- Výzkumník si musí uvědomit, že nese odpovědnost za to, co objeví. Musí zvážit, jaké důsledky přinese jeho výzkumné bádání, zda nepoškodí nebo neomezí účastníky výzkumu proti jejich vůli. V kvalitativním výzkumu není právo vědět a objevovat nadřazené jiným právům.

3.1. Zvolené přístupy kvalitativního výzkumu

Ve své diplomové práci jsem využila dva přístupy kvalitativního výzkumu, a to zkoumání (analýzu) dokumentů a terénní výzkum. Oba tyto přístupy jsem zvolila proto, že nejlépe napomáhají dosáhnout zvolených cílů diplomové práce.

Zkoumání (Analýza) dokumentů

Analýzou dokumentů rozumíme zkoumání jakýchkoliv dokumentů, které jsou zdrojem informací a vztahují se k cílům výzkumu. Za dokumenty můžeme považovat v podstatě jakékoliv stopy lidské existence - knihy, novinové články, záznamy projevů, deníky, plakáty, obrazy, videonahrávky ad. (Hendl, 2005).

Miovský popisuje analýzu dokumentů v užším slova smyslu jako zkoumání dokumentů již existujících. Tedy výzkumník nevytváří materiály nové, ale zkoumá dokumenty stávající popřípadě ztracené či špatně přístupné (Miovský, 2006).

Tento kvalitativní přístup jsem použila již v teoretické části práce a mým úmyslem bylo splnit **1. cíl** mé diplomové práce, kterým je: **Zmapovat a analyzovat právní nárok migrantek ze třetích zemí na zdravotní péči. Specificky se pak zaměřit na péči o ženy v souvislosti s těhotenstvím a porodem.**

Zkoumanými dokumenty byly zákony, vyhlášky, nařízení, statistické údaje, odborné dokumenty a doporučené postupy, pojistné podmínky ad. Zabývala jsem se především analýzou těchto dokumentů:

- **Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění**
- **Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně**
- **Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách**

- **Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**
- **Doporučené postupy České gynekologické a porodnické společnosti**
- **Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců**
- **Zákon č. 325/1999 Sb., o azylu**
- **Internetové stránky jednotlivých komerčních pojišťoven a jejich pojistné podmínky**

Terénní výzkum

Cílem terénního výzkumu je hlouběji poznávat zkoumaný fenomén v co nejpřirozenějším prostředí, v němž se nachází a dále analyzovat, popsat a interpretovat jednání lidí v souvislosti s nějakým problémem. Terénní výzkum obvykle využívá nižší úroveň strukturovanosti a obecněji znějící výzkumné otázky (Miovský, 2006).

Ve své diplomové práci jsem použila terénní výzkum s prvky akčního výzkumu, jelikož akční výzkum klade oproti obecnému modelu terénního výzkumu větší důraz na účel a dopad výzkumné činnosti. Akční výzkum vychází ze třech zásad:

- 1) Výzkumníci i zkoumaní jsou si rovni a společně se podílejí na vyhodnocování a interpretaci výsledků.
- 2) Témata zkoumání poukazují na společenské problémy a vztahují se k praxi.
- 3) Výzkum by měl probíhat v součinnosti s praxí a podporovat učení a změnu (Hendl, 2005).

3.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Výzkumné cíle:

1. Zmapovat a analyzovat právní nárok migrantek ze třetích zemí na zdravotní péči. Specificky se pak zaměřit na péči o ženy v souvislosti s těhotenstvím a porodem.
2. Zjistit, jak se migrantky z nečlenských států EU v českém zdravotnickém systému orientují, jak znají stávající pravidla a svá práva i povinnosti.
3. Zjistit, jak migrantky z nečlenských států EU stávající zdravotnický systém subjektivně hodnotí, co považují za pozitivum a co za negativum.
4. Popsat a vysvětlit příčiny problémů, kterým těhotné ženy ze třetích zemí v ČR čelí.
5. Navrhnout alespoň dílčí řešení zjištěných problémů.

Výzkumné otázky:

1. Jaké zkušenosti mají cizinky z nečlenských států EU se zdravotní péčí v ČR během jejich těhotenství a porodu?
2. Jak se rodičky z nečlenských států EU orientují ve zdravotnickém systému v ČR?
3. Jak rodičky z nečlenských států EU hodnotí účelnost a fungování zdravotního pojištění cizinců v ČR?

3.3 Výběr výzkumného souboru a jeho popis

Výzkumný vzorek jsem vybírala pomocí metody záměrného (účelného) výběru přes instituce. Tato metoda patří do skupiny nepravděpodobnostních metod výběru a dá se použít v případě, že cílová skupina našeho výzkumu využívá určitého typu služby nebo činnosti nějaké instituce (Miovský, 2006).

Můj výzkumný soubor tvoří 12 matek – cizinek z nečlenských států EU, které byly pro můj výzkum kontaktovány ještě v těhotenství v prenatální poradně před samotným porodem v Nemocnici Na Bulovce v Praze 8. Samotné rozhovory proběhly po porodu těchto cizinek přímo v nemocnici nebo později v prostředí navrženém respondentkami.

Jak jsem již zmínila, výzkumný vzorek tvoří dvanáct těhotných/matek, které pochází z nečlenských států EU. Všechny participantky výzkumu mají dlouhodobý typ pobytu v ČR, šest z nich je pojištěno v systému veřejného zdravotního pojištění a to na základě zaměstnání u českého zaměstnavatele. Zbýlých šest má komerční zdravotní pojištění. Děti těchto matek jsou pojištěny takto: čtyři děti jsou pojištěny v systému veřejného zdravotního pojištění na základě občanství či trvalého pobytu manžela respondentky. Dalších osm dětí je pojištěno prostřednictvím komerčního zdravotního pojištění. Podrobnější charakteristika vzorku je uvedena v tabulce 1.

Tab.1. Profil výzkumného souboru

	Státní příslušnost	Délka pobytu v ČR	Typ pobytu v ČR	Typ pojištění	Pojišťovna	Pojištění dítěte
Respondentka 1.	Ukrajina	5 let	Dlouhodobý	Veřejné zdravotní pojištění	VZP	VZP
Respondentka 2.	Ukrajina	3 roky	Dlouhodobý	Komerční zdravotní pojištění	Maxima/PVZP	PVZP

Respondentka 3.	Rusko	4,5 roku	Dlouhodobý	Veřejné zdravotní pojištění	VZP	PVZP
Respondentka 4.	Ukrajina	3,5 roku	Dlouhodobý	Komerční zdravotní pojištění	PVZP	PVZP
Respondentka 5.	Ukrajina	3 roky	Dlouhodobý	Komerční zdravotní pojištění	PVZP	PVZP
Respondentka 6.	Rusko	3 roky	Dlouhodobý	Komerční zdravotní pojištění	Maxima	Maxima
Respondentka 7.	Ukrajina	4,5 roky	Dlouhodobý	Veřejné zdravotní pojištění	OZP	PVZP
Respondentka 8.	Rusko	5 let	Dlouhodobý	Komerční zdravotní pojištění	PVZP	PVZP
Respondentka 9.	Ukrajina	5 let	Dlouhodobý	Veřejné zdravotní pojištění	VZP	PVZP
Respondentka 10.	Kambodža	5 let	Dlouhodobý	Veřejné zdravotní pojištění	OZP	OZP
Respondentka 11.	Rusko	1 rok	Dlouhodobý	Komerční zdravotní pojištění	PVZP	VZP
Respondentka 12.	Ukrajina	7 let	Dlouhodobý	Veřejné zdravotní pojištění	VZP	VZP

3.4 Metoda získávání kvalitativních dat

Pro získání kvalitativních dat, ve svém výzkumu, jsem zvolila metodu hloubkového polostrukturovaného rozhovoru (semi-strukturovaného interview). Tato metoda se obecně řadí mezi nejobtížnější a zároveň nejvýhodnější metody pro získávání kvalitativních dat. Při rozhovoru je třeba využít i pozorování, a to introspektivní i extrospektivní. Každé interview má určitý cíl a účel. Nejčastěji se uskutečňuje s jednou, maximálně se třemi osobami (participanty) najednou (Miovský, 2006).

3.4.1 Polostrukturovaný rozhovor

Semi-strukturované interview je vůbec nejrozšířenější formou rozhovoru a vyžaduje určitou technickou přípravu. Před samotným zahájením interview je třeba vytvořit si závazné schéma, které specifikuje okruhy později vyřčených otázek. Pořadí samotných otázek lze zaměňovat a upravovat dle potřeby. V polostrukturovaném interview určujeme tzv. jádro interview, které představuje minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat. Při samotném rozhovoru využíváme tzv. doplňujících témat a otázek, které vhodně rozšiřují samotné jádro a při zpracovávání výzkumu je můžeme zpracovat či vynechat. Interview je možné provádět kdekoliv, od prostředí standardizovaného (např. kancelář) až po různorodé (např. restaurace, kavárna, bar). Při polostrukturovaném rozhovoru je vhodné používat různé pomůcky, jako je např. záznamový arch nebo osnova, které tazateli pomáhají udržet předem připravenou strukturu rozhovoru. Polostrukturované interview můžeme považovat za téměř ideální výzkumný nástroj, který v sobě kombinuje prvky strukturovaného i nestrukturovaného rozhovoru (Miovský, 2006).

Schéma rozhovoru

Pro své interview jsem si předem připravila schéma na záznamový arch. Schéma bylo rozděleno do několika částí. V první části jsem se tázala na obecné dotazy např. země původu, délka pobytu v ČR a typ pobytu v ČR atd. A další otázky byly rozděleny do tří úseků, které se vztahovaly k výzkumným otázkám.

V prvním úseku jsem chtěla od matek zjistit, jaké mají zkušenosti se zdravotní péčí v ČR, především se zaměřením na těhotenství a porod. Zajímala jsem se také o jejich zkušenost se zdravotní péčí obecně, tedy i před těhotenstvím a péče o jejich novorozené dítě. Proto jsem použila několik doplňujících otázek.

V dalším okruhu otázek jsem chtěla vědět, jak se tyto matky orientují v našem zdravotnickém systému, čemu rozumí, v čem vidí složitosti a komplikace, co je jiné než v jejich rodné zemi.

Třetí část otázek byla zaměřena na zdravotní pojištění cizinců. Zajímal mě, typ i cena pojištění matek i novorozenců. Dále jsem usilovala o vyjádření hodnocení ke zdravotnímu pojištění, porozumění jeho podmínkám, povinnostem, výlukám i možnostem, které nabízí.

Otázky jsem se snažila klást co nejsrozumitelněji a při případném nepochopení jsem vše ihned vysvětlila. Všechny rozhovory byly více či méně ovlivněny rozsahem znalosti českého jazyka respondentek, nicméně jsme si nakonec vždy porozuměli.

Respondentky byly velmi ochotné a komunikativní. V jednom případě byl rozhovor veden v anglickém jazyce, jelikož respondentka pochází z Kambodži, ale díky přítomnosti manžel (občan ČR) bylo vše usnadněno. Nejplodnější rozhovor uvádím v přílohách (viz. Příloha č. 3.).

3.4.2 Průběh získávání dat

Rozhovory měly původně probíhat přímo v nemocnici, nicméně na základě první zkušenosti (technická podmínky, zdravotní i emocionální stav šestinedělek) a i samotnému přání respondentek jsme se nakonec domluvily na pozdějším termínu a to v prostředí, které si zvolily samy participantky. Většinou se tedy jednalo o klidná, tichá místa restaurací, kaváren, cukráren a parků. Vždy jsem měla možnost setkat se i s jejich dětmi, v některých případech i s dalšími příslušníky rodiny, kteří na sebe v průběhu rozhovoru vzali roli chůvy. Takto zvolená prostředí byla pro výzkum velmi vhodná, bylo zde minimum rušivých elementů.

Rozhovory jsem prováděla osobně. K samotnému rozhovoru jsem použila jako pomůcku záznamový arch, který obsahoval již zmíněné schéma a zároveň sloužil jako samotná metoda fixace kvalitativních dat. Dále jsem rozhovory nahrávala přes mikrofon do mého osobního počítače, o čemž byly účastnice výzkumu předem informovány a souhlasily s tím.

Jednotlivé rozhovory trvaly zhruba 30 – 60 minut a byly prováděny v období od července 2012 do února 2013.

3.4.3 Etické zásady výzkumu

Vzhledem k tomu, že téma mého výzkumu zasahuje do osobní až intimní oblasti života cizinek v ČR, bylo nutné zajistit všem participantkám anonymitu. Proto jsem pro každou z participantek ve své práci zvolila pouze termín „Respondentka“ a čísla 1 až 12, která reprezentují jejich pořadí ve výzkumu. Před započítím samotného rozhovoru vyslovily všechny účastnice výzkumu souhlas s rozhovorem i jeho nahráváním, dále také souhlasily s následným zpracováním a analýzou rozhovorů v mé diplomové práci.

Na základě dobrovolnosti a dle svých práv měla každá účastnice výzkumu možnost kdykoliv od výzkumu odstoupit, ale to se nestalo. Účastnicím výzkumu nebyla slíbena žádná finanční ani hmotná odměna. Jejich motivace k výzkumu vycházela především

z vlastního zájmu přispět a podílet se na změně v oblasti zdravotní péče o cizince z nečlenských států EU.

3.5 Příprava a zpracování dat

Příprava a zpracování dat je fáze výzkumu, která propojuje fázi získávání dat s fází samotné analýzy. Jedná se o fázi technického zpracování dat a jejich přípravu pro analýzu. Zpracování dat je v kvalitativním výzkumu nutné, jelikož získaná data si žádají nezbytné úpravy (Miovský, 2006).

Jak jsem již výše uvedla, získaná data jsem fixovala prostřednictvím **audiozáznamu a záznamového archu**. Následně bylo nutné všechna data převést do textové podoby, tedy provést transkripci dat. **Transkripci** jsem nejprve provedla na samotný záznamový arch a následně přepsala do elektronické podoby. Dále jsem data systematicky zpracovávala a opakovaně třídila, dále jsem data systematicky upravovala prostřednictvím **redukce prvního řádu a kódování dat**. Pomocí redukce byl text očištěn od výrazů, které nepřinášejí žádnou další informaci. Kódování dat jako proces převodu získaných dat do určitých segmentů, vyústilo v definování a konkrétní pojmenování zvolených segmentů, se kterými jsem dále pracovala. Při zpracování dat jsem využila **editorování** jako proces doplňování poznámek v záznamovém archu spolu s kódováním a také jsem použila **barvení textu**, které napomáhá rozlišování různých segmentů textu.

3.6 Analýza a interpretace dat

3.6.1 Metody analýzy dat

Samotná analýza mnou získaných dat probíhala již při jejich sběru, následně přípravě a zpracovávání dat. V první řadě jsem tedy využila **kódování – otevřené kódování**.

Jak uvádí Švaříček a Šedřová (2007), prostřednictvím otevřeného kódování je text rozbit na jednotky, jednotkám jsou přiděleny kódy (jména) s těmito kódy se pak dále pracuje. Jako kódy jsem použila obecná označení, odborné termíny včetně „in vivo“ kódů, což jsou výrazy používané samotnými respondenty výzkumu.

Dále jsem použila jako základní bázi **deskriptivní přístup ke kvalitativní analýze** a současně dílčí analytické postupy a to tyto: **metodu vytváření trsů, metodu zachycení vzorců a metodu prostého výčtu**.

Deskriptivní přístup je vnímán jako základní pilíř v kvalitativní analýze dat, který považuje samotné procesy třídění, klasifikace a deskripce za analytický postup. Je vhodné tento přístup chápat jako kreativní proces a nejen jako mechanickou aplikaci předem navržených procedur. Deskripcí a tříděním vytváříme určitá kritéria, která rozvíjíme a zdokonalujeme během celé naší práce. Tuto metodu je velmi vhodné kombinovat s jinými analytickými metodami zejména proto, že sám o sobě může tento přístup znamenat mnohá ochuzení o další validní informace (Miovský, 2006).

Metoda vytváření trsů napomáhá sémanticky vymezovat a seskupovat data do určitých skupin (trsů) na základě vzájemných podobností. Dochází tak k vzniku obecnějších jednotek prostřednictvím kategorizace základních jednotek (Miovský, 2006).

Tuto metodu je v mé práci možno použít zejména v hledání vzájemných podobností v názorech i zkušenostech jednotlivých rodiček.

Metoda zachycení vzorců (gestaltů) vychází z principu opakujících se vzorců či struktur, které se vážou na určitý jev. Jedná se o redukci dat, která nám napomáhá k zobecnění kategorií na základě podobností či odlišností. Opakováním obecného vzorce dochází k vytváření představy o zkoumaném fenoménu (Miovský, 2006).

Ve své analýze jsem také použila metodu, která je na hranici kvalitativního a kvantitativního přístupu, a to **metodu prostého výčtu**. Tato metoda vyjadřuje vlastnosti určitého jevu, především počet, četnost, frekvenci či intenzitu v poměru k jinému jevu. Je dobré si také uvědomit, že i počet (kvantita) může mít význam pro interpretaci kvalitativních dat (Miovský, 2006).

Metody analýzy mají různé názvy u různých autorů kvalitativního přístupu, přesto je jejich princip stejný. Já jsem zvolila pojmenovávání dle Miovského.

Analýza a interpretace dat

Prostřednictvím analýzy a interpretace dat by mělo dojít ke splnění mnou zadaných výzkumných cílů a to na základě odpovědí na navržené výzkumné otázky. Proto je moje analýza a interpretace dat rozdělena na základě výzkumných otázek do tří částí.

3.6.2 Analýza a interpretace dat dle 1. výzkumné otázky

Cílem první výzkumné otázky bylo zjistit: **Jaké zkušenosti mají cizinky z nečlenských států EU se zdravotní péčí v ČR během těhotenství a porodu?**

Získaná a analyzovaná data interpretuji pomocí čtyř vytvořených kategorií:

1. PÉČE PŘEDPORODNÍ

2. PÉČE PORODNÍ

3. PÉČE POPORODNÍ O MATKU I NOVOROZENCE

4. JAZYKOVÁ BARIÉRA

S péčí předporodní mají všechny participantky dostatečné zkušenosti, jelikož všechny pravidelně navštěvovali obvodního gynekologa. Toho si vybrali na základě doporučení přítelkyň či známých. Obvykle volily dle pojišťovny, tedy tak, aby gynekolog měl smlouvu s pojišťovnou těhotné ženy. Respondentka č.11 uvádí, že předporodní péči hradila přímou platbou. Ta samá respondentka také jako jediná navštěvovala předporodní kurzy v Nemocnici Na Bulovce, které ohodnotila jako vynikající. Všechny respondentky hodnotí péči u obvodního gynekologa kladně.

Další část předporodní péče absolvovaly respondentky v těhotenské poradně v Nemocnici Na Bulovce a to od 36. týdne těhotenství nebo až od termínu porodu, dle volby obvodního gynekologa. Péči před porodem v Nemocnici Na Bulovce hodnotí oslovené ženy rozpačitě. Prvotně všechny rodičky zhodnotily péči jako dobrou, následně v průběhu rozhovorů však doplňovali jednotlivé zkušenosti a zážitky. Uváděly hodnocení jak kladné, ale i záporné. Použiji slova respondentky č. 11, která uvádí: „*Vcelku rozpačitě zkušenosti mám...celý systém je postaven na lidech a hodně záleží na jakou sestřičku i doktora narazíte.*“ Toto v podstatě potvrzují všechny participantky, všechny uvádějí, že záleží na konkrétním jedinci a jeho chování. Některé udávají pocit nacionalismu ze strany personálu, jiné pocit rutiny, únavy či chování připisují způsobu úhrady péče. Respondentka č. 10 uvádí (přeloženo z angličtiny): „*Obecně se u vás lékaři méně usmívají, nejsou šťastní, jsou velmi unavení a vyčerpaní...je to naprosto odlišné než v Kambodži, kde se všichni usmívají a na pacienta působí velmi pozitivně. Pravděpodobně také proto, že jsou placeni přímo námi, nikoliv ze systému pojištění. Tak dostanou dost peněz.*“ Také v některých případech respondentky přesně nedokážou identifikovat, zda jde o nacionalismus nebo vlastní povahu člověka. Respondentka č. 2 popisuje takto: „*To jo, ale je to trochu cítit tennacionalismus od Čechů, ale to je.....záleží to..... od člověka, ale nejde to říct za skupinu..... Nemůžu to rovnat.....všichni byli,... jedna tak a druhá... tak nacionalistické takové....*“ A dále pokračuje: „*Nene nebylo tam nic takového. No možná, že to nebylo tak nacionalistický.... ona tam byla taková ženská ona měla takový názor svůj.....nevím..... že jsem cizinka....*“ Respondentka č. 5 zas vidí souvislost mezi

chováním k cizincům a věkem personálu, a také vlivem přítomnosti manžela. Udává: „*Měsíc před porodem jsem začala chodit na Bulovku...každý týden na vyšetření. Poprvé tam byla taková postarší paní sestřička a byla docela nepříjemná...měla navíc i zcestný poznámky v ruštině. V dalších týdnech tam byla mladá...naprosto příjemná, všechno krásně vysvětlila. Doktorky byly také v naprostém pořádku...obzvlášť když se mnou šel manžel...pak se pěkně usmívaly a povídaly.*“

Zde je vhodné doplnit ještě některé informace. Tři respondentky byly v době těhotenství hospitalizovány. Dvě navštívily v průběhu těhotenství zubaře. A pro devět oslovených proběhlo teprve v těhotenství první setkání se zdravotní péčí v ČR.

Péče porodní byla všem respondentkám poskytnuta na porodním sále v Nemocnici Na Bulovce. Deset respondentek rodilo normálně – spontánně záhlavím. Porody byly jak v termínu porodu, tak po termínu – byly tedy vyvolávány ve dvou případech. Dvě rodičky porodily operativně – tedy císařským řezem. Tyto císařské řezy byly plánované, měly indikaci ze strany plodu. Porody císařským řezem proběhly standardně a bez komplikací a tak i tyto rodičky byly s péčí spokojeny. Spontánní porody trvaly od 4 do 36 hodin (dle slov pacientek), proběhly dobře a bez větších komplikací. Polovina rodiček připouští jakýsi střet mezi představami a realitou samotného porodu. Všech deset respondentek uvádí celkovou spokojenost s personálem na porodním sále. Personál popisují jako ochotný, pomáhající a podporující. Také však občas pocítily opovržení a nesympatie, nebo špatnou náladu, ale v malé míře, jen u několika málo jednotlivců. Jedna respondentka využila nadstandardní služby a zvolila si svého obvodního gynekologa i jako porodníka. Tuto volbu si velmi pochvalovala především pro pocit důvěry a bezpečí, který pocítovala. Na základě této a i předchozích negativních zkušeností z Ruska bude dále preferovat mužské lékaře v gynekologii. Participantka č. 10 byla velmi překvapena možností přítomnosti manžela na porodním sále, která v její rodné zemi není možná. Uvádí: „*Byla jsem moc ráda, že se mnou při porodu byl můj drahý manžel. V Kambodži to možné není. Užívala jsem si péči lékařů a sester. Bylo to vynikající.*“

Péče poporodní probíhala u dvou rodiček po císařském řezu nejprve na jednotce intenzivní péče a pak následovala péče na oddělení šestinedělí jako u ostatních participantek. Poporodní péče po císařském řezu je péče pooperační a má svá specifika, především pro pooperační bolest a postupný návrat sebezpěče. Obě respondentky po císařském řezu si však tuto péči ze strany personálu pochvalovaly.

Na oddělení šestinedělí probíhá péče v systému roaming in – tedy matky s dětmi jsou spolu na pokoji a péče o ně probíhá souběžně. Tato péče není ve všech zemích běžná

a matka č. 3 tím byla zaskočena. Cítila se unavená a uvítala by jeden den odpočinku bez dítěte. Celkově však personál ohodnotily všechny rodičky velmi podobně jako před porodem, tedy chování personálu je ovlivněno jeho individuálním chováním, postoji a náladou. V některých případech se dá mluvit o náznaku nacionalizmu. Respondentka č. 5 opět zdůraznila spojitost mezi chováním personálu a věkem: *„Pouze u některých sestřiček... starší generace, jsem měla pocit, že přistupují s negativem. Samozřejmě mám jazykovou bariéru...možná tím je to. Právě u starších sester jsem se setkala,... že jakoby zneužívají mou neznalost jazyka...jakoby doplňovaly nějaké komentáře, kterým já nerozumím...ale cítila jsem to negativní. S Češkami v našem pokoji nemluvili tak.“*

Jelikož se zabývám zdravotní péčí o cizince, je na místě i otázka **jazykové bariéry**. Ta ale v našem případě není příliš palčivá, protože jedenáct ze dvanácti oslovených cizinek patří mezi Slovany a podobnost našich jazyků je poměrně značná. Navíc se jedná o ženy, které mají dlouhodobý pobyt v ČR a zde pobývají celkem dlouho. Pět žen má také životního partnera, který je Čech. Pouze samy tři participantky (5., 10., 11.) dle svých slov pocítují nějaké komunikační problémy při kontaktu se zdravotníky. Respondentka č. 10 pochází z Kambodži a hovoří pouze anglicky. To je v našem současném zdravotnictví trochu problém. Lékaři obvykle hovoří anglicky dobře, ale porodní asistentky spíše ne – jen ty z mladší generace. Sama respondentka to tak uvádí, přesto však nepocítuje diskriminaci. Svůj „hendikep“ při vyšetřeních i porodu řešila sama – přítomností manžela či nabídla komunikaci přes mobilní telefon s manželem nebo s jinými příbuznými, kteří jsou Češi. Dost podobně řešily svůj problém i zbylé dvě participantky. Shodně uvádějí, že se domluví, pokud se na ně mluví pomalu a zřetelně. Pokud bylo třeba, vzaly si s sebou manžela, či zprostředkovaly komunikaci přes mobilní telefon. Respondentka č. 11 uvádí: *„Mám velké problémy s rozuměním. Chodila jsem na kurzy Češtiny...od toho, co tu natrvalo žiju. Těhotenství to zastavilo.“* Participantka č. 5 zase vnímá svoji jazykovou neznalost jako prostor pro diskriminaci. Připouští pocit zneužití. Viz citace uvedená v předchozím odstavci.

3.6.3 Analýza a interpretace dat dle 2. výzkumné otázky

Druhá výzkumná otázka přináší odpověď na to: **Jak se rodičky z nečlenských států EU orientují ve zdravotnickém systému v ČR?**

Všechny participantky výzkumu shodně uvádějí, že se v českém zdravotnickém systému neorientují vůbec nebo mu nerozumí. Většina z nich spoléhá na partnera, který buď má české občanství, trvalý pobyt nebo v ČR pobývá déle. Avšak při delším a detailnějším rozhovoru jsou všechny participantky schopné poměrně dobře popsat, jaké jsou podmínky pro cizince v českém zdravotnickém systému. Především dokážou dobře definovat, jaké rozdílnosti platí pro cizince ze zemí EU a zemí ostatních. Respondentka č.6 udává: „*Nejsem z Evropské unie, tak musím mít to pojištění...tu Maximu a můžu jen tam, kde mají smlouvu. Kdybych byla z unie, tak mám jako vy pojištění a můžu jít všude...do každé nemocnice.*“ Všechny jsou také schopné popsat, jaký je hlavní rozdíl mezi naším zdravotnickým systémem a systémem v jejich zemi.

3.6.4 Analýza a interpretace dat dle 3. výzkumné otázky

Prostřednictvím třetí výzkumné otázky se dozvídáme: **Jak rodičky z nečlenských států EU hodnotí účelnost a fungování zdravotního pojištění cizinců v ČR?**

Dle údajů uvedených v Tabulce 1. připomenu některé údaje:

Všechny participantky výzkumu mají dlouhodobý typ pobytu v ČR, šest (Respondentky č. 1, 3, 7, 9, 10, 12) z nich bylo v době těhotenství a porodu pojištěno v systému veřejného zdravotního pojištění a to na základě zaměstnání u zaměstnavatele se sídlem či trvalým pobytem na území ČR. Zdravotní pojištění za ně tedy odvádí zaměstnavatel poměrnou částí z platu. Ale jen tři z nich (Respondentka č. 1, 10, 12) mají i děti pojištěné v tomto systému. Důvodem je občanství či trvalý pobyt manžela respondentky.

Zbylých šest matek (Respondentky č. 2, 4, 5, 6, 8, 11) má komerční zdravotní pojištění a současně i pět jejich dětí (Respondentky č. 2, 4, 5, 6, 8). Dítě respondentky č. 11 je pojištěno v systému veřejného zdravotního pojištění.

Souhrnně lze říci, že z celkového počtu dvanácti matek a jejich dětí bylo šest cizinek během těhotenství a porodu pojištěno přes komerční zdravotní pojištění, stejně jako osm dětí. Na základě toho může pouze šest matek dát relevantní informace o komerčním zdravotním pojištění během těhotenství a porodu, osm matek zase může podat relevantní informaci o pojištění novorozenců v systému komerčního zdravotního pojištění. I přes to si dovoluji tvrdit, že i ostatní matky mi poskytly zajímavé informace o pojištění cizinců v ČR. Všechny tyto ženy mají totiž zkušenosti se sjednáním komerčního

pojištění cizinců v ČR a to jak při předchozím krátkodobém či dlouhodobém pobytu v ČR, obvykle na úrovni nutné a neodkladné zdravotní péče. Respondentka č. 10 popisuje svoji zkušenost takto (přeloženo z angličtiny): „Když jsem měla krátkodobý pobyt, byla jsem pojištěna u VZP pro cizince a zažila jsem mnoho problémů. Jen velké nemocnice a málo lékařů mělo smlouvu s mojí pojišťovnou. Měla jsem jen základní pojištění a to bylo na nic...volili jsme jen pojištění pro případ smrti. Lepší pojištění bylo velmi drahé.“

Pro lepší přehlednost jsem zvolila rozdělení do dvou kategorií a dvou podkategorií:

1. KOMERČNÍ POJIŠTĚNÍ MATEK

- a. Ceny komerčního zdravotního pojištění jednotlivých matek**
- b. Hodnocení matek**

2. KOMERČNÍ POJIŠTĚNÍ DĚTÍ

- a. Ceny komerčního zdravotního pojištění dětí**
- b. Hodnocení matek**

1. Komerční pojištění matek

a) Ceny komerčního zdravotního pojištění jednotlivých matek:

Respondentky č. 4., 5., 8., 11. uzavřely pojištění za účelem těhotenství a porodu u Pojišťovny VZP, a.s. (PVZP), které současně zahrnovalo i péči o novorozence nejdéle do 3 měsíců věku dítěte, nebo do prvního propuštění z hospitalizace. Cena tohoto pojištění je 54 000,- Kč na jeden rok.

Respondentka č. 6. si sjednala pojištění pro těhotné a rodičky od pojišťovny Maxima a.s., které obsahovalo také zdravotní péči v souvislosti s těhotenstvím a porodem a současně i poporodní péči o novorozence s garancí uzavření pojistné smlouvy pro dítě do jednoho roku. Cena je 59 000,- Kč za 12 měsíců.

Nejkomplikovanější situaci zažila Respondentka č. 2 a její celý příběh uvedu ve zkrácené podobě jako příklad.

PŘÍKLAD:

Respondentka č. 2 byla nejprve pojištěna u pojišťovny Maxima a.s. Cena komplexního zdravotního pojištění byla asi 23 000,- na dva roky s okamžitou jednorázovou platbou. Toto pojištění bylo nutné pro prodloužení dlouhodobého pobytu v ČR, tak si jej sjednala. Když otěhotněla, byla mylně informovaná, že pojištění prenatalní péči a porod nekryje. Dle rady gynekologa si sjednala další pojištění u Pojišťovny VZP

a.s., zde platila asi 2000,- Kč měsíčně jako živnostník. Pojištění pokrylo těhotenství a porod, ale nekrylo péči o novorozence v porodnici. Tato péče byla hrazena přímou platbou a stála asi 10 000,- Kč. Následně musela sjednat pojištění pro dítě do jednoho roku věku u PVZP, které stálo asi 17 000,- Kč.

Tato žena uvádí, že zařizování pojištění bylo poměrně složité, pojistné podmínky jí nikdo nevysvětlil ani neupozornil na výluky. Pojištění v ČR pro cizince považuje za nákladné a komplikované. Dostupné je podle jejích slov jen pro cizince ze zemí EU. Participantka také připouští, že díky těhotenství a porodu se v systému pojištění více orientuje. Popisuje to takto: *„Je to těžký, protože nejsem z EU anemam to kvůli tomu. Možná, že nerozumím všemu z toho pojištění tak to když by to bylo víc, tak..... jak máte za sebou ten porod a těhotenství, tak možná víc...o tom vím.....“*

Všechny ženy pojištěné v systému komerčního pojištění si zvolily **speciální tarify** pro těhotné ženy. Lépe však by bylo říci, že 5 žen bylo donuceno si zvolit tento tarif, protože byly mylně informovány o pojistných podmínkách a v jednom případě (Respondentka č. 11) nesplňovala čekací dobu pro případ těhotenství a porodu. Pouze jedna z žen (Respondentka č. 6) si tento tarif přímo vybrala sama a zvolila i variantu s garancí pojištění dítěte do jednoho roku. Tato pacientka uvedla, že pojištění sice považuje za drahé, ale finanční nouzi netrpí a tak vybrala to nejlepší pro sebe i dítě.

b) Hodnocení matek

Všechny matky pojištěné v tomto systému se shodují, že komerční zdravotní pojištění je poměrně drahé a nevýhodné. Největší problém shledávají v nemožnosti zvolit si jakéhokoliv lékaře a porodnici. Vždy se při výběru musely řídit seznamem smluvních zdravotnických zařízení. Velký problém vidí v nutnosti uhradit celou částku pojištění nejednou. Například Respondentka č. 11 se vyslovuje takto: *„Pojištění samo stálo 54 000,- na jeden rok. A to jsme museli přesně na rok...uzavřít, ale já už byla v šestém měsíci.“* Trh s pojištěním považují za široký, ale ovlivněný finanční nedostupností pro mnoho cizinců. Všechny respondentky připouští jisté komplikace při orientaci v pojistných podmínkách komerčního pojištění. Podmínky popisují jako složité a těžko srozumitelné. Překážkou v porozumění je především právní ngramotnost v oblasti pojišťovnictví, nedokonalá znalost jazyka a také nedostatečná orientace v celém zdravotnickém systému. Při podrobnějším rozhovoru připouští svoji nevědomost o mnohých výlukách a jejich důsledcích pro ně. V mnoha případech tyto výluky znamenaly nutnost přímé platby nad rámec pojištění.

2. Komerční pojištění dětí

a) Ceny komerčního zdravotního pojištění dětí

Sedm dětí bylo komerčně pojištěno u PVZP od porodu do jednoho roku. Cena tohoto pojištění je 18 000,- Kč na rok.

Jedno dítě bylo komerčně pojištěno u Pojišťovny Maxima od porodu do jednoho roku. Cena tohoto pojištění je 18 000,- Kč na rok.

Obě pojištění jsou srovnatelná. Mají téměř stejné podmínky i výluky.

b) Hodnocení matek

Hodnocení komerčního pojištění dětí dosti odpovídá hodnocení pojištění těhotenství a porodu. I když zde se respondentky shodují, že pojištění za dítě nepovažují za až tak drahé. Vadí jim spíše jednorázová platba celé ceny a omezení při výběru pediatra jen na smluvní lékaře dle seznamu zdravotnických zařízení. Pojištění také nezahrnuje stomatologickou péči, některá očkování a léky. Některé výkony a léky musí matky uhradit přímou platbou a následně je donést či zaslat do pojišťovny a ta jim vše zpětně proplatí. Tento proces je však poměrně zdlouhavý. Respondentka č. 2 to popisuje takto: *„Jo, rozumím. Že tam neplatí nějaký recepty, že to měla jsem zaplatit a pak přinést ty recepty k zaplacení....a účtenku a tak oni mi můžou vrátit peníze za to. Že to docela hodně zbytečně pro ně ..., že když tam kupuješ něco a ještě tam ty recepty mají být nad sto korun...Takže je to opravdu zbytečné, že jako koupim nějakých 150 korun nebo 200,- nějaký léky a pak je to tak...že já více ztratím času tam než peněz.“* V případě pojištění dětí se matky označují jako informovanější v pojistných podmínkách, ale to především z vlastní iniciativy.

3.7 Diskuze

Hlavním úkolem výzkumné části diplomové práce bylo odpovědět na položené výzkumné otázky: „Jaké zkušenosti mají cizinky z nečlenských států EU se zdravotní péčí v ČR během jejich těhotenství a porodu? Jak se rodičky z nečlenských států EU orientují ve zdravotnickém systému v ČR? Jak rodičky z nečlenských států EU pohlíží na zdravotní pojištění cizinců v ČR? A jak ho hodnotí?“

Odpovědi se mi podařilo získat prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se dvanácti respondentkami – matkami ze třetích zemí, které u nás prožily své těhotenství a následně porodily své dítě.

Zkušenosti se zdravotní péčí v ČR mají od samotného počátku těhotenství. Využily péči předporodní prostřednictvím obvodních gynekologů, dále péči porodní a poporodní v Nemocnici na Bulovce, kde byly také kontaktovány k výzkumu. Celkově všechny participantky ohodnotily zdravotní péči v těhotenství a při porodu jako dobrou. Nejdůležitějším aspektem při této péči bylo pro všechny oslovené chování a přístup zdravotníků. Chování a přístup k cizinám je dle oslovených různý a vychází z jednotlivých povah a postojů zdravotníků. Občas ze strany zdravotníků pocítily diskriminaci, špatnou náladu, únavu či rutinu, ale také se setkaly s milým a srdečným chováním a snahou napomoci překonat jazykovou bariéru. Nejlépe hodnotily chování a přístup zdravotníků při péči předporodní u zvolených obvodních gynekologů a péči porodní. Hůře toto vnímaly při péči předporodní v Nemocnici Na Bulovce a při péči poporodní. Je zde však nutné podotknout, že všechny rodičky bez rozdílu národnosti dle mé zkušenosti vnímají péči v období šestinedělí rozpačitě a obvykle jí příliš nevyzdvihují. Je to dáno především hormonální nerovnováhou šestinedělek a nutností se vyrovnat s novou životní rolí - matky.

V souvislosti se zkušeností se zdravotní péčí, se mi podařilo zachytit zajímavý fakt a to ten, že devět mnou oslovených respondentek zažilo první zkušenost se zdravotní péčí v ČR až v souvislosti s těhotenstvím. Toto nepřímě potvrzuje zjištění, která ve svém výzkumu popisují autorky Dobiášová, Vyskočilová, Čabanová z roku 2004, kde se soustředily na zdravotní stav a čerpání zdravotní péče u Ukrajinců ve srovnání s českou populací. Jejich výzkum popisuje, že Ukrajinci třikrát méně často navštěvují praktického lékaře a téměř nevyužívají specializované ambulantní péče (Hnilicová, Dobiášová, Zpráva o stavu zdraví..., 2009).

Orientace v českém zdravotnickém systému je pro cizinky složitá a náročná. Velmi zde spoléhají na manžela či partnera, který má v této oblasti větší zkušenosti. Přesto je však nutné uvést, že cizinky se poměrně dobře orientují v části systému, která je věnována právě cizincům. Dokážou celkem jasně definovat rozdíly mezi zdravotním pojištěním pro cizince ze zemí EU a cizinců ze zemí mimo EU. Při posuzování schopnosti orientace je třeba zmínit i fakt, že většina běžných Čechů – laiků se ve zdravotnickém systému také příliš neorientuje. Zdravotnický systém berou jako samozřejmý díky veřejnému zdravotnímu pojištění, které platí vždy a pro všechny. Nemají tedy potřebu se více zajímat. Naproti tomu cizinci se vzhledem k jiným podmínkám v systému zajímat musí.

Zdravotní pojištění pro cizince je v ČR poměrně nákladné a složité. Základní pojištění pro případ nutné a neodkladné péče je ve většině případů nedostatečné a je možné jej užívat jen půl rok po příjezdu do ČR. Dále je nutné sjednat si pojištění komplexní, které je poměrně drahé. Každé pojištění pro cizince má široké pojistné podmínky s mnoha výlukami, o kterých nejsou cizinci předem dostatečně či vůbec informováni. Nejkontroverznější je pak asi pojištění pro ženy těhotné a rodící, ale také pro novorozené děti. Ženy těhotné a rodící mají dle novely Zákona o pobytu cizinců (Zákon č. 326/1999 Sb.) zajištěno hrazení prenatální a porodní péče v rámci klasického komplexního zdravotního pojištění, avšak o této skutečnosti jsou často nedostatečně nebo mylně informovány, případně nesplňují tzv. čekací doby pro případ těhotenství a porodu, které všechny pojišťovny zavedly. Jsou tedy nuceny zajistit si pojištění ve speciálním tarifu pro těhotné, které je asi pětikrát dražší než klasické komplexní pojištění a je ne zcela korektně nabízeno jako jakýsi „nadstandardní“ typ pojištění pro případ těhotenství a porodu. Jediné, co však nabízí nad rámec standardního a povinného komplexního pojištění je zrušení čekací doby. Je faktem, že toto pojištění zahrnuje i pojištěním novorozence, které ve standardním komplexním zdravotním pojištění zahrnuto není. Je to však spojeno s navýšením ceny od základní nabídky speciálního tarifu. Pojištění má také mnoho výluk a je nutné ho uzavřít na rok. Pojištění pro děti do jednoho roku je poměrně drahé a pojišťovny nemají povinnost ho s cizinci uzavřít, například pokud je dítě vážně nemocné. Také tento typ pojištění má množství výluk (stomatologie, některá očkování a léky). Nejpalčivěji oslovené cizinky vnímají, že si nemohou zvolit jakéhokoli lékaře či nemocnici, ale musejí se řídit seznamem smluvních zdravotnických zařízení s jejich pojišťovnou, a ten je dosti omezen. Princip svobodné volby lékařů či zdravotnických zařízení, který patří ke klíčovým principům českého zdravotnictví, tak v případě sledované skupiny migrantek, je v praxi uplatňován v mnohem menší míře než u většinové populace.

Cizinky, které jsou pojištěné v systému veřejného zdravotního pojištění, samozřejmě nepocítují takové komplikace při získávání zdravotní péče a to jak v souvislosti se zdravotním pojištěním tak samotnou orientaci v našem zdravotnickém systému.

Dle výše popsaných faktů je patrné, že největší problém představuje pro tyto cizinky komerční zdravotní pojištění a to jak jejich vlastní, vázané na těhotenství a porod, tak pojištění jejich narozeného dítěte. Proto bych na závěr ráda navrhla několik doporučení ke zlepšení problematiky zdravotního pojištění cizinců.

Doporučení:

1. První z vhodných řešení v oblasti komerčního pojištění dlouhodobě legálně pobývajících cizinců by byla jeho veřejnoprávní regulace. Především se zaměřením na pojištění těch nejslabších – dětí, těhotných a rodících žen, starších osob. Regulace by například mohla probíhat takto:
 - a. Komerční pojišťovny by musely nabízet takový tarif, který cenou i obsahem odpovídá veřejnému zdravotnímu pojištění.
 - b. Děti narozené na území ČR by byly automaticky pojištěny v systému veřejného zdravotního pojištění popřípadě dle pojištění rodičů. Eventuálně zakomponovat pojištění novorozence do komplexního pojištění matky.
 - c. Pojištění cizinců by nemělo být časově omezeno a mělo by nabízet různé možnosti ve frekvenci platby (jednorázová x několik splátek).
 - d. Úpravy a regulace pojistných podmínek. Např. vyloučit kontroverzní výluky a upravit možnosti výpovědi či odstoupení od smlouvy.
 - e. Zrušení čekacích dob pro případ těhotenství a porodu i speciálních pojistných tarifů pro těhotné.
2. Ideálním řešením by pak bylo zařazení dlouhodobě legálně pobývajících migrantů do systému veřejného zdravotního pojištění.
3. Pro lepší orientaci ve zdravotnickém systému, předkládat k pojistným podmínkám nejen seznam smluvních zařízení, ale také jednoduché schéma českého zdravotnického systému v několika světových jazycích.
4. Pro lepší chování a postoje zdravotníkům k cizincům rozvinout vzdělávání v oblasti multikulturního ošetřovatelství, jak na úrovni klasického školního vzdělávání, tak i na úrovni celoživotního vzdělávání zdravotníků.

IV. Závěr

Ve své diplomové práci jsem se zabývala problematikou zdravotní péče, která je v ČR poskytována cizinkám ze zemí mimo EU, v souvislosti s těhotenstvím a porodem.

Nejprve jsem si kladla za cíl zmapovat a zanalyzovat právní nárok migrantek ze třetích zemí na zdravotní péči. Specificky se pak zaměřit na péči o ženy v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Tento cíl se mi podařilo zcela splnit a to především v teoretické části práce, kde jsem nejdříve popsala zdravotní péči v ČR obecně se svými legislativními podklady. Dále jsem se také věnovala zdravotnickému systému v ČR, veřejnému zdravotnímu pojištění a také jsem shrnula právní nároky na zdravotní péči migrantek ze „třetích zemí“ se zaměřením na těhotenství a porod v ČR. Především jsem se zaměřila na problematiku migrace, charakteristiku současného stavu i historických faktů migrace v ČR a předložila jsem souhrn legislativní úpravy migrace v ČR, především se zaměřením na cizince z nečlenských států EU.

Výzkumná část práce byla postavena na dvanácti semi-strukturovaných rozhovorech s matkami – cizinkami pocházejících ze zemí mimo EU. Cílů výzkumné části práce bylo více. Hlavními cíli bylo zjistit, jak se migrantky z nečlenských států EU v českém zdravotnickém systému orientují, jak znají stávající pravidla a svá práva i povinnosti. Dále jsem se pokoušela zjistit, jak migrantky z nečlenských států EU stávající zdravotnický systém subjektivně hodnotí, co považují za pozitivum a co za negativum.

Všechny respondentky byly velice ochotné a sdílné. I přes drobné komunikační komplikace odpovídaly na mnou položené otázky a dodatečné dotazy. Především díky této skutečnosti se mi podařilo zjistit, jaké jsou jejich zkušenosti se zdravotní péčí v ČR. Zdravotní péči během těhotenství a porodu souhrnně hodnotily jako dobrou, na které mají především vliv lidé tuto péči vykonávající. Kvalitu poskytované péče tedy především ovlivňovali individuální postoje a projevy zdravotníků, jejich nálada, fyzický stav a přístup k práci. Jen v několika málo případech respondentky pocítily negativní postoj, který bychom mohli považovat za diskriminaci. Přesto však péči v ČR ohodnotily kladně. Orientace ve zdravotnickém systému je velmi obtížná, především pro neznalost právních souvislostí a mírnou jazykovou bariéru. Přesto však cizinky vykazují značné znalosti v problematice týkající se v našem systému právě cizinců ze třetích zemí. Pomoc při porozumění hledají u svých nejbližších.

Největší problém pro cizinky představuje zdravotní pojištění v našem případě především komerční zdravotní pojištění pro případ těhotenství a porodu, také v péči

poporodní o dítě. Komerční zdravotní pojištění je pro tyto cizinky drahé a znevýhodňující až diskriminační. Prenatální a poporodní péče je hrazena z klasického komplexního pojištění dle novely Zákona o pobytu cizinců (Zákon č. 326/1999 Sb.), avšak pojišťovny zřejmě zneužívají nevědomosti cizinek o této skutečnosti a nabízejí předražené speciální tarify pro těhotné. Komerční pojištění je nenárokové a pojišťovny proto nejsou nuceny pojistit každého, využívají tzv. čekacích dob a mohou cizince i odmítnout. Pojistné podmínky jsou velmi rozsáhlé a obsahují velké množství výluk, díky kterým není často poskytována veškerá potřebná péče i ta, která je ze zákona dána. Komerční zdravotní pojištění je především ziskový artikl, který přináší obohacení komerčním pojišťovnám, všem ostatním účastníkům (zdravotnickým zařízením, systému veřejného zdravotního pojištění i migrantům) zdravotní péče přináší jen mnoho komplikací.

V závěru práce jsem shrnula a popsala problémy, kterým těhotné a rodící ženy ze třetích zemí v ČR čelí a navrhla jsem několik konkrétních doporučení, která by měla výše uvedené problémy vhodně řešit.

Seznam literatury a použitých zdrojů

1. ALL-POJIŠTĚNÍ. CZ: *Zdravotní pojištění cizinců*. [online]. Praha: all-pojišťovna.cz 2013. [cit. 16. 05. 2014]. Dostupné z: <<http://www.all-pojisteni.cz/cs/zdravotni-pojisteni-cizincu.html>>.
2. AXA ASSISTANCE.: *Zdravotní pojištění cizinců*. [online]. Praha: AXA Assistance. 2014. [cit. 16. 05. 2014]. Dostupné z: <<https://www.axa-assistance.cz/nase-produkty/zdravotni-pojisteni-cizincu/>>.
3. BRYNDOVÁ, L., PAVLOKOVÁ, K., ROUBAL, T., ROKOSOVÁ, M., GASKIN, M. a van GINNEHEN, E.: *Health system in Transition*. Czech Republic: Health system review. 2009; 11(1): 1 – 122. ISSN 1817 – 6127.
4. CANDIGLIOTA, Z., a kol. *Jak být pacientem v České republice a zachovat si důstojnost: medicínské právo v otázkách a odpovědích*. 1. vyd. Brno: Liga lidských práv. 2009. 190 s. ISBN 978-80-903473-7-3.
5. ČESKÁ NÁRODNÍ BANKA: Aplikace: *Seznamy regulovaných a registrovaných subjektů finančního trhu: Pojišťovny a pobočky zahraničních pojišťoven + Zahraniční pojišťovny a pobočky pojišťoven poskytující přeshraniční služby v ČR*. [online]. Praha: Česká Národní Banka. 2014. [cit. 16. 05. 2014]. Dostupné z WWW: <https://apl.cnb.cz/apljerrsdad/JERRS.WEB24.SUBJECTS_COUNTS_2>.
6. ČGPS: *Česká gynekologická a porodnická společnost*. [online]. Praha. 2013. [cit. 07. 11. 2013]. Dostupné z: <<http://www.cgps.cz/>>.
7. ČSÚ. *Cizinci v ČR 2013*. [online] Praha: 2013. [cit. 06. 02. 2014]. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/publ/1414-13-r_2013>.
8. DRBOHLAV, D. a kol. *Migrace a (i)migranti v Česku: kdo jsme, odkud přicházíme, kam jdeme?* 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. 2010. 207 s. ISBN 978-80-7419-039-1.
9. ERGO POJIŠŤOVNA, A.S.: *Zdravotní pojištění cizinců*. [online]. Praha: ERGO pojišťovna a.s. 2014. [cit. 16. 05. 2014]. Dostupné z: <<http://www.ergo.cz/privatni-klienti/nabidka-produktu/zdravotni-pojisteni-cizincu/>>.
10. EUROSKOP. CZ: *Vstup ČR do EU*. [online]. Praha: Euroskop. 2013. [cit. 08. 05. 2013]. Dostupné z: <<https://www.euroskop.cz/803/sekce/vstup-cr-do-eu/>>.
11. GLADKIJ, I. a kol.: *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computr Press. 2003. ISBN: 80-7226-996-8.

12. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál. 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
13. HNILICOVÁ, H.: *Od ledna 2010 se změnilý podmínky zdravotního pojištění cizinců v ČR, dlouhodobé problémy to ale neřeší*. [online]. Praha: MIGRACEONLINE.CZ. 2010. [cit. 06. 03. 2014] Dostupné z: <<http://migraceonline.cz/cz/e-knihovna/od-ledna-2010-se-zmenily-podminky-zdravotniho-pojisteni-cizincu-v-cr-dlouhodobe-problemy-to-ale-neresi>>.
14. HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K.: *Zdravotní pojištění cizinců v ČR*. [online]. Praha: MIGRACEONLINE.CZ. 2009. [cit. 06. 03. 2014] Dostupné z: <<http://migraceonline.cz/cz/e-knihovna/zdravotni-pojisteni-cizincu-v-cr>>.
15. HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K.: *Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR*. [online]. Praha: 2009. [cit. 06. 02. 2014] Dostupné z: <http://mighealth.net/cz/images/d/dc/Zpr%C3%A1va_o_stavu_zdrav%C3%AD_migrant%C5%AF_v_%C4%8CR_na_web.pdf>.
16. HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K., ČIŽINSKÝ, P., STUDENÝ, L., JURÁNEK, J.: *Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců*. [online]. Praha: Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty v ČR. 2012. [cit. 06. 09. 2014] Dostupné z: <http://www.konsorcium-nno.cz/dokumenty/analyza_komercniho_zdravotniho_pojisteni_pro_vybor171012_201210180815049.pdf>.
17. INTER PARTNER ASSISTANCE: *Zdravotní pojištění cizinců*. [online]. Praha: all-pojišťovna.cz 2014. [cit. 16. 05. 2014]. Dostupné z: <<http://www.all-pojisteni.cz/cs/zdravotni-pojisteni-cizincu/inter-partner-assistance.html>>.
18. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H.: *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Portál. 2009. 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
19. KOBILKOVÁ, J., et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2005. ISBN 80-7262-315-X (Karolinum – ISBN 80-246-1112-0).
20. KŘÍŽOVÁ, E.: *České zdravotnictví na křižovatce*, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy Praha, Studijní materiál, 2010.
21. KŘÍŽOVÁ, E.: *Zdravotnické systémy vybraných vyspělých zemí v mezinárodním srovnání*, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy Praha, Studijní materiál, 2007.
22. MACH, J.: *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2010. 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.

23. MÁTL, O. a kol.: *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR*. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. 2008. ISBN-13 978-80-85047-35-6.
24. MAXIMA POJIŠŤOVNA, A.S.: *Zdravotní pojištění cizinců*. [online]. Praha: Maxima pojišťovna, a.s. 2014. [cit. 16. 05. 2014]. Dostupné z: <<https://www.maximapojistovna.cz/produkty/pojisteni-cizincu>>.
25. MĚCHUROVÁ, A.: *Doporučené postupy v perinatologii – komentář*. Praha: Sekce perinatální medicíny ČGPS. 2013. [cit. 07. 11. 2013]. Dostupné z: <<http://www.perinatologie.cz/dokumenty/>>.
26. MIGHEALTHNET - Informační síť o dobré praxi ve zdravotní péči pro migranty a etnické menšiny v Evropě. *Stránky zaměřené na specifická témata*. [online]. Praha: 2012. [cit. 06. 02. 2014]. Dostupné z: <http://www.mighealth.net/cz/index.php/Hlavn%C3%AD_strana#Str.C3.A1nky_zam.C4.9B.C5.99en.C3.A9_na_specifick.C3.A1_t.C3.A9mata.2F_Pages_for_specific_topics>.
27. MINISTERSTVO VNITRA ČR. *Informace pro cizince*. [online]. Praha: 2014. [cit. 06. 02. 2014]. Dostupné z WWW: <<http://www.mvcr.cz/clanek/sluzby-pro-verejnost-informace-pro-cizince-informace-pro-cizince.aspx>>.
28. MINISTERSTVO VNITRA ČR. *Informační publikace pro cizince, Česká republika*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo vnitra ČR. 2011. 120 s. ISBN 978-80-7312-067-2.
29. MINISTERSTVO VNITRA ČR. *Zpráva o situaci v oblasti migrace a integrace cizinců na území České republiky v roce 2012*. [online]. Praha: 2013. [cit. 06. 02. 2014]. Dostupné z WWW: <<http://www.mvcr.cz/clanek/migracni-a-azylova-politika-ceske-republiky-470144.aspx?q=Y2hudW09NA%3D%3D>>.
30. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
31. MZČR: *Problematika dohodovacího řízení v denním tisku*. [online]. Praha: MZČR. 2013. [cit. 09. 09. 2014]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/problematika-dohodovaciho-rizeni-v-dennim-tisku_7525_1.html>.
32. MZČR: *Informace o zrušení povinnosti platit regulační poplatek za poskytování lůžkové péče od 1. 1. 2014*. [online]. Praha: MZČR. 2014. [cit. 29. 01. 2014]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-o-zruseni-povinnosti-platit-regulacni-poplatek-za-poskytovani-luzkove-_8538_1.html>.

33. MZČR: *Zdravotní pojišťovny*. [online]. Praha: MZČR. 2012. [cit. 21. 10. 2013]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html>.
34. POJIŠŤOVNA VZP, A.S.: *Zdravotní pojištění cizinců*. [online]. Praha: Pojišťovna VZP, a.s. 2014. [cit. 16. 05. 2014]. Dostupné z: <<https://www.pvzp.cz/cs/produkty/zdravotni-pojisteni-cizincu/>>.
35. REGULAČNÍ POPLATKY: *Metodický pokyn – znění platné od 1. 1. 2012*. [online]. Praha: MZČR. 2013. [cit. 14. 04. 2013]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-zneni-platne-od-112012_5740_1197_3.html>.
36. SEKCE PERINATÁLNÍ MEDICÍNY ČGPS: *Dokumenty a doporučené postupy*. [online]. Praha: Sekce perinatální medicíny ČGPS. 2013. [cit. 07. 11. 2013]. Dostupné z: <<http://www.perinatologie.cz/dokumenty/>>.
37. SCHEU, H. CH. (ed.) *Migrace a kulturní konflikty*. 1. vyd. Praha: Auditorium. 2011. 322 s. ISBN 978-80-87284-07-0.
38. SLAVIA POJIŠŤOVNA, A.S.: *Zdravotní pojištění cizinců*. [online]. Praha: Slavia pojišťovna, a.s. 2014. [cit. 16. 05. 2014]. Dostupné z: <<http://www.slavia-pojistovna.cz/pojisteni/osobni-pojisteni/zdravotni-pojisteni-cizincu/>>.
39. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. 1. Vyd. Praha: Portál. 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
40. UNIQA POJIŠŤOVNA, A.S.: *Zdravotní pojištění cizinců*. [online]. Praha: UNIQA pojišťovna a.s. 2014. [cit. 16. 05. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uniqua.cz/home/obcane/zdravi/zahranicni.php>>.
41. ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013*. [online]. Praha: 2014 [cit. 03. 01. 2015] Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/vydaje-na-zdravotnictvi>>.
42. ÚZIS ČR: *Zdravotnická ročenka České republiky*. Praha: ÚZIS ČR. 2013. 276 s. ISBN 978-80-7472-083-3.
43. ÚZIS ČR: *Zdravotnická statistika ČR, Pohlavní nemoci 2012*. Praha: ÚZIS ČR. 2012. ISBN 978-80-7472-085-7.
44. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol.: *Velký lékařský slovník*. 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-130-1.
45. VZP ČR: *Výroční zpráva za rok 2012*. [online]. Praha: VZP ČR. 2013. [cit. 21. 10. 2013]. Dostupné z: <<http://www.vzp.cz/uploads/document/vyrocní-zprava-2012.pdf>>.

46. VZP ČR: *Změny v platbě zdravotního pojištění od 1. ledna 2014*. [online]. Praha: VZP ČR. 2014. [cit. 10. 05. 2014]. Dostupné z: <<http://www.vzp.cz/platci/aktuality/zmeny-v-platbe-zdravotniho-pojisteni-od-1-ledna-2014>>.

Zákony:

- Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů
- Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod
- Vyhláška č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 116/2012 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 296/2012 Sb., o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 297/2012 Sb., o Listu o prohlídce zemřelého, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhlášky č. 306/2012 Sb. §7, o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších právních předpisů
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších právních předpisů

- Zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších právních předpisů
- Zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších právních předpisů
- Zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších právních předpisů
- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších právních předpisů
- Zákon č. 325/1999 Sb., o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších právních předpisů
- Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR, ve znění pozdějších právních předpisů
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších právních předpisů
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších právních předpisů
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších právních předpisů

Nařízení a Směrnice Rady EU:

- Nařízení rady (ES) č. 539/2001, kterým se stanoví seznam třetích zemí, jejichž státní příslušníci musí mít při překračování vnějších hranic vízum, jakož i seznam třetích zemí, jejichž státní příslušníci jsou od této povinnosti osvobozeni
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 810/2009, o kodexu Společenství o vízech (vízový kodex)
- Směrnice Rady 2003/86/ES, o právu na sloučení rodiny
- Směrnice Rady 2003/109/ES, o právním postavení státních příslušníků třetích zemí, kteří jsou dlouhodobě pobývajícími rezidenty
- Směrnice Rady 2004/83/ES, o minimálních normách, které musí splňovat státní příslušníci třetích zemí nebo osoby bez státní příslušnosti, aby mohli žádat

o postavení uprchlíka nebo osoby, která z jiných důvodů potřebuje mezinárodní ochranu, a obsahu poskytované ochrany

- Směrnice Rady 2005/71/ES, o zvláštním postupu pro přijímání státních příslušníků třetích zemí pro účely vědeckého výzkumu

Pojistné podmínky:

1. AXA ASSISTANCE.: *Pojistné podmínky*. [online]. Praha: AXA Assistance. 2014. [cit. 16. 05. 2014]. Dostupné z: <https://www.axa-assistance.cz/getattachment/Nase-produkty/Zdravotni-pojisteni-cizincu/Komplexni-zdravotni-pojisteni-cizincu/Pojistne-podminky-komplexniho-zdravotniho-pojisteni-cizincu_01-01-2014.pdf.aspx>.
2. ERGO POJIŠŤOVNA, A.S.: *Všeobecné pojistné podmínky pro zdravotní pojištění cizinců*. [online]. Praha: ERGO pojišťovna a.s. 2014. [cit. 16. 05. 2014]. Dostupné z: <http://www.ergo.cz/fileadmin/Inhalte/czech_republic/2012/documents/NOZ_2014_VPP/CP_Welcome_VPP.pdf>.
3. MAXIMA POJIŠŤOVNA, A.S.: *Všeobecné pojistné podmínky*. [online]. Praha: Maxima pojišťovna, a.s. 2014. [cit. 16. 05. 2014]. Dostupné z:<http://www.maximapojistovna.cz/sites/default/files/download/vseobecne_obchodni_podminky_pro_komplexni_pojisteni_cizincu_810_10.pdf>.
4. POJIŠŤOVNA VZP, A.S.: *Pojistné podmínky*. [online]. Praha: Pojišťovna VZP, a.s. 2014. [cit. 16. 05. 2014]. Dostupné z: <<https://www.pvzp.cz/wp-content/uploads/2013/05/KZPC-PP-CZ.pdf>>.
5. SLAVIA POJIŠŤOVNA, A.S.: *Všeobecné pojistné podmínky*. [online]. Praha: Slavia pojišťovna, a.s. 2014. [cit. 16. 05. 2014]. Dostupné z: <<http://www.slavia-pojistovna.cz/pojisteni/osobni-pojisteni/zdravotni-pojisteni-cizincu/>>.
6. UNIQA POJIŠŤOVNA, A.S.: *Všeobecné pojistné podmínky*. [online]. Praha: UNIQA pojišťovna a.s. 2014. [cit. 16. 05. 2014]. Dostupné z:<http://www.uniqua.cz/repository/media_cnt/UNIQA_Czechia/EU~2052011E_UCZCZ_P14_hcm0057352.pdf>.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Projekt diplomové práce

Příloha č. 2 – Souhlas s výzkumnou akcí v Nemocnici Na Bulovce

Příloha č. 3 – Rozhovor s Respondentkou č. 2