

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

Přírodovědecká fakulta

katedra sociální geografie a regionálního rozvoje

Studijní program: Geografie

Studijní obor: Sociální geografie a regionální rozvoj



**ZDRAVÍ MIGRANTŮ V ČESKU –  
POLITICKÝ A PROSTOROVÝ RÁMEC**

HEALTH OF MIGRANTS IN CZECHIA –  
POLITICAL AND REGIONAL PERSPECTIVE

*Diplomová práce*

Bc. Renáta Chourová

Praha 2016

Vedoucí diplomové práce: doc. RNDr. Dagmar Dzúrová, CSc.

*Prohlašuji, že jsem předloženou diplomovou prací vypracovala samostatně, pod vedením školitelky doc. RNDr. Dagmar Džúrové, CSc., a že jsem uvedla a řádně citovala všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.*

V Praze, 25. dubna 2016

---

*Ráda bych na tomto místě poděkovala doc. RNDr. Dagmar Džurové, CSc. za její laskavé vedení mé diplomové práce a za její podnětné připomínky a rady. Děkuji také mé rodině a přátelům za veškerou podporu a dodávání odvahy. Předně bych však ráda poděkovala svému příteli za nekončící trpělivost a za oporu, kterou v něm mám.*

## **Zdraví migrantů v Česku – politický a prostorový rámec**

### **Abstrakt**

Předložená diplomová práce analyzuje přístup ke zdraví a způsob využívání zdravotní péče migranty z Ukrajiny a Vietnamu v Česku v prostorových a politických souvislostech. K analýze byla využita data výzkumu Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze z roku 2013, a dále informace získané autorským šetřením, dotazujícím odbornou veřejnost (lékaře, zástupce zdravotnických a neziskových organizací a představitele zdravotních pojišťoven a ministerstev). V analytické části práce byly využity metody kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Byly identifikovány klíčové faktory, ovlivňující přístup migrantů k vlastnímu zdravotnímu stavu a zajištění zdravotní péče, jež byly dále interpretovány v prostorových souvislostech. Práce odhaluje odlišnosti v přístupu ke zdraví u migrantů v jednotlivých krajích Česka. Zjištěné závěry jsou v práci konfrontovány s nastavením zdravotní politiky v Česku.

**Klíčová slova:** zdravotní péče, zdravotní stav, zdravotní politika, kvantitativní a kvalitativní výzkum, migranti z Ukrajiny a Vietnamu, Česko

## **Health of Migrants in Czechia – Political and Regional Perspective**

### **Abstract**

The submitted thesis analyses an access to and use of health care among migrants from Ukraine and Vietnam in Czechia in the regional and political context. The analysis is based both on data collection of research of the Faculty of Science, Charles University in Prague in 2013 and further information that were gathered by author of the thesis in the course of survey questions focused on experts (doctors, representatives of medical and non-profit organizations as well as on representatives of health insurance companies and the ministries). There were used methods of qualitative and quantitative research in the analytical part of the thesis. There were also identified key factors that influence an access of migrants to their own health condition and also to the health care that were further interpreted in the regional context. The thesis reveals differences in access to the health of migrants in different regions within Czechia. The thesis conclusions are compared with the health policy standards in Czechia.

**Key words:** health care, health condition, health policy, qualitative and quantitative research, migrants from Ukraine and Vietnam, Czechia

## OBSAH

<b>Obsah .....</b>	<b>5</b>
<b>Přehled použitých zkratk.....</b>	<b>7</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>8</b>
<b>Seznam obrázků .....</b>	<b>9</b>
<b>Seznam grafů .....</b>	<b>10</b>
<b>1 Úvod .....</b>	<b>11</b>
<b>2 Review literatury.....</b>	<b>14</b>
2.1 Výzkumné hypotézy.....	21
<b>3 Metodika .....</b>	<b>22</b>
3.1 Kvantitativní výzkum.....	22
3.1.1 Metodika statistického testování hypotéz .....	23
3.2 Kvalitativní výzkum.....	26
3.2.1 Metodika dotazování odborné veřejnosti .....	26
3.3 Využitý software .....	28
<b>4 Teoretický kontext studované problematiky: Možnosti čerpání zdravotní péče migranty v Česku.....</b>	<b>29</b>
4.1 Migranty z třetích zemí v Česku .....	29
4.2 Přístup migrantů ke zdravotní péči v Česku.....	30
4.3 Teoretické koncepty .....	35
<b>5 Analýza zdraví migrantů v Česku .....</b>	<b>37</b>
5.1 Statistická analýza dat výzkumu Přírodovědecké fakulty UK .....	37
5.1.1 Charakteristika studované populace.....	39
5.1.2 Hodnocení vlastního zdravotního stavu a způsob zajištění zdravotní péče .....	45
5.1.3 Využívání zdravotních služeb migranty .....	56
5.1.4 Závěry statistického testování.....	59

5.2	Pohled odborné veřejnosti na zdraví migrantů v Česku.....	61
5.2.1	Rozbor expertních rozhovorů.....	62
5.2.2	Závěry expertních rozhovorů.....	67
<b>6</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>69</b>
	<b>Seznam použité literatury a datových zdrojů.....</b>	<b>74</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>79</b>

## PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>CVVM</b>	Centrum pro výzkum veřejného mínění
<b>ČAS</b>	Česká asociace sester
<b>ČR</b>	Česká republika
<b>ČSÚ</b>	Český statistický úřad
<b>ČVS</b>	Česko-vietnamská společnost
<b>EFTA</b>	Evropské sdružení volného obchodu ( <i>European Free Trade Association</i> )
<b>EU</b>	Evropská unie
<b>EU-SILC</b>	Výběrové šetření příjmů a životních podmínek domácností ( <i>European Survey of Income and Living Conditions</i> )
<b>IOM</b>	Mezinárodní organizace pro migraci ( <i>International Organization for Migration</i> )
<b>IS</b>	Interval spolehlivosti
<b>KZP</b>	Komerční zdravotní pojištění
<b>MŠMT ČR</b>	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky
<b>MV ČR</b>	Ministerstvo vnitra České republiky
<b>OR</b>	Odds ratio
<b>OPU</b>	Organizace pro pomoc uprchlíkům
<b>OZP</b>	Oborová zdravotní pojišťovna
<b>PřF UK</b>	Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy v Praze
<b>SCHIP</b>	Státní zdravotnický program pro děti ( <i>State Children's Health Insurance Program</i> )
<b>SÚAV ČR</b>	Sociologický ústav Akademie věd České republiky
<b>URRLAB</b>	Urbánní a regionální laboratoř
<b>USA</b>	Spojené státy americké
<b>UIČR</b>	Ukrajinská iniciativa v České republice
<b>ÚZIS ČR</b>	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
<b>VZP</b>	Veřejné zdravotní pojištění
<b>WHO</b>	Světová zdravotnická organizace ( <i>World Health Organization</i> )

## SEZNAM TABULEK

Tab. 1	Čerpání zdravotní péče migranty z Vietnamu a Ukrajiny v Česku v roce 2014.....	34
Tab. 2	Vybrané otázky z výzkumu PřF UK.....	38
Tab. 3	Základní údaje o respondentech .....	41
Tab. 4	Věk respondentů .....	43
Tab. 5	Zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění) u respondentů .....	46
Tab. 6	Využívání veřejného zdravotního pojištění respondenty v % .....	47
Tab. 7	Hodnocení vlastního zdravotního stavu respondenty, kraje Česka .....	49
Tab. 8	Výsledky analýzy rozptylu .....	49
Tab. 9	Zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění) respondenty, kraje Česka .....	51
Tab. 10	Pravděpodobnost zajištění zdravotního pojištění v porovnání s dalšími faktory – kraj, věk, pohlaví .....	52
Tab. 11	Pravděpodobnost zajištění zdravotního pojištění v porovnání s dalšími faktory – kraj, vzdělání, věk, pohlaví.....	53
Tab. 12	Pravděpodobnost zajištění zdravotního pojištění v porovnání s dalšími faktory – kraj, vzdělání, věk, rodinný stav, pohlaví .....	54
Tab. 13	Četnost využití zdravotních služeb u praktického lékaře v porovnání s dalšími faktory – věk, pohlaví, vzdělání.....	56
Tab. 14	Četnost využití zdravotních služeb u specializovaného lékaře v porovnání s dalšími faktory – věk, pohlaví, vzdělání, velikostní skupina obce.....	57
Tab. 15	Respondenti expertních rozhovorů .....	61
Tab. 16	Závěry expertních rozhovorů.....	67



## SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obr. 1 Podíl respondentů na celkovém počtu Ukrajinců a Vietnamců dle státního občanství, kraje Česka, 2013 .....39
- Obr. 2 Podíl respondentů na celkovém počtu Ukrajinců a Vietnamců (plocha kartogramu), absolutní počty Ukrajinců a Vietnamců (sloupcový graf), kraje Česka, 2013 .....40
- Obr. 3 Počet respondentů (plocha kartogramu) a jejich hodnocení vlastního zdravotního stavu (koláčový graf) v %, kraje Česka, 2013 .....48
- Obr. 4 Zajištění zdravotní péče respondentů v % (koláčový graf), kraje Česka, 2013.....50

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Věkové rozložení respondentů .....	43
Graf 2	Vzdělání respondentů .....	43
Graf 3	Hodnocení vlastního zdravotního stavu respondenty .....	45
Graf 4	Zajištění zdravotního pojištění respondenty .....	45
Graf 5	Pravděpodobnost četnosti návštěv specializovaného lékaře v závislosti na pohlaví ....	57
Graf 6	Pravděpodobnost četnosti návštěv specializovaného lékaře v závislosti na vzdělání ..	58
Graf 7	Pravděpodobnost četnosti návštěv specializovaného lékaře v závislosti na velikostní skupině obce .....	58

## Kapitola 1

### Úvod

Problematika mezinárodní migrace je v současné době velmi aktuálním a často diskutovaným tématem. Dle terminologického slovníku Ministerstva vnitra ČR (MV ČR) představuje mezinárodní migrace přesun jednotlivců i skupin osob mezi územími jednotlivých zemí světa, přičemž obecně je migrace považována spolu s porodností a úmrtností za klíčový prvek v procesu populačního vývoje, který výrazně ovlivňuje společenské a kulturní změny obyvatel na všech úrovních (MV ČR 2015a). Nejčastějšími zkoumanými tématy v souvislosti s migrací jsou její příčiny a důsledky.

Samotný proces migrace je silně ovlivňován jejich aktéry. Proto je třeba studovat faktory, determinující chování migrantů. Jedním z nich je zdraví, které silně podmiňuje jejich počínání. Jak se však samotní původci migrační činnosti staví ke zdraví, jak jej hodnotí, starají se o něj, či jakým způsobem se přístup ke zdraví jako takovému liší mezi jednotlivými skupinami jedinců, a jak samotnou problematiku ovlivňují jednotlivá rozhodnutí zdravotních politik, to jsou otázky, na které se předložená diplomová práce pokouší nalézt odpovědi.

Vzhledem k současnému přílivu migrantů do Evropy v souvislosti s tzv. *evropskou uprchlickou krizí*<sup>1</sup>, jež má své kořeny v politické a sociální situaci na Blízkém východě<sup>2</sup>, se problematika mezinárodní migrace v celospolečenském měřítku stala aktuálnější a je stále častěji diskutována v médiích. Tato práce se soustředí na migranty ze třetích zemí<sup>3</sup>, konkrétně z Vietnamu a Ukrajiny, přicházející do Česka, přičemž se snaží o zkoumání jejich zdravotního

---

<sup>1</sup> Evropská uprchlická krize – také evropská migrační krize. Probíhající mezinárodní politická krize (od r. 2015), způsobená velkým počtem ekonomických migrantů a uprchlíků, směřujících do EU.

<sup>2</sup> Blízký východ – také Přední východ, označení pro část východního Středomoří a přilehlých oblastí. Zahrnuje země jihozápadní Asie a severovýchodní Afriky. Dominují zde tři náboženství – křesťanství, judaismus a islám.

<sup>3</sup> Občan třetí země – občan státu, který není členem EU a zároveň není občanem Evropského hospodářského prostoru (MV ČR 2015b). V diplomové práci jsou občané třetí země reprezentováni migranty z Ukrajiny a Vietnamu.

stavu a přístupu ke zdravotní péči a zhodnocení místních poskytovaných zdravotních podmínek (pojištění migrantů, apod.).

Za primární cíl předkládané **diplomové práce** lze označit zkoumání problematiky poskytování a čerpání zdravotní péče migranty ze třetích zemí v Česku a odhalení jejího dopadu na zdravotní stav migrantů. Text se dále soustředí na celkové zarámování studovaného tématu do širších politických a prostorových souvislostí v Česku. Předložená diplomová práce si pokládá základní otázky, jež otevírají další možnosti diskuze, která může přispět k lepšímu ukotvení tématu v oblasti jeho studia. Za klíčové z nich lze uvést: *Mají migranti v Česku zajištěný rovný přístup ke zdravotní péči? Jaké existují v Česku bariéry v přístupu ke zdravotní péči? Existují územní nerovnosti v čerpání zdravotní péče migrantů v Česku?* Na tyto i další otázky, které vplynuly mimo jiné z review odborné literatury, zabývající se studovaným tématem, a dále ze studia konkrétního výzkumného záměru Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze (PřF UK) ve spolupráci s Centrem pro výzkum veřejného mínění (CVVM), se odpovědi pokouší nalézt analytická část práce.

Cílů práce bylo dosaženo testováním stanovených výzkumných hypotéz, jež vplynuly z review tuzemské i zahraniční literatury (převážně výzkumných studií), publikované v odbornou veřejností přijímaných periodikách v souvislosti se studovaným tématem. Výzkumné hypotézy byly ověřovány metodami kvantitativního i kvalitativního výzkumu, představenými v dalších částech práce.

Stanovené hypotézy se zabývají schopností migrantů využít systém českého veřejného zdravotnictví a prostorovou diferenciací přístupu přistěhovalců ke zdravotní péči a k vlastnímu zdravotnímu stavu. Dále stanovené předpoklady ověřují percepci odborné veřejnosti o rovných podmínkách v čerpání zdravotních služeb a zkoumají faktory, ovlivňující předpokládané výsledky analýzy. Detailní představení stanovených výzkumných hypotéz poskytuje následující kapitola práce.

Práci lze v celkovém pohledu rozdělit do dvou částí – teoretické a výzkumné (analytické), text je však členěn do šesti kapitol.

**Úvodní kapitola** představuje téma práce, její hlavní cíl, obsah, strukturu, poskytuje vhled do studované problematiky a popisuje motivaci pro její zkoumání.

**Druhá kapitola** uvádí review vybrané odborné literatury, jež byla v kontextu zdraví migrantů publikována. Základními literárními prameny jsou zahraniční studie, publikované v odborných periodikách. Konečným důsledkem studia relevantní literatury je stanovení výzkumných hypotéz, které jsou v závěru kapitoly formulovány.

**Třetí kapitola** je částí představující metodiku zpracování diplomové práce a popisuje jednotlivé výzkumné nástroje, analytické způsoby zpracování dat a datové a informační zdroje, které byly při tvorbě využity. Metodické poznámky, popisující jednotlivé metody analyzování, jsou však součástí rovněž kapitoly páté.

**Čtvrtá kapitola** poskytuje teoretické zarámování studované problematiky a popisuje možnosti čerpání zdravotní péče migranty v Česku. Tato část dále uvádí teoretické koncepty, jež jsou v odborné literatuře prezentovány v souvislosti se zdravím migrantů.

**Pátá kapitola** je nejdůležitější výzkumnou částí práce. V jednotlivých subkapitolách je interpretována provedená statistická analýza dat výzkumu PřF UK, na kterou navazuje souhrn nejdůležitějších závěrů z autorského šetření expertními rozhovory.

**Závěr** diplomové práce vyhodnocuje stanovené hypotézy, shrnuje nejdůležitější závěry z výzkumné části a dává je do vzájemných interakcí.

## Kapitola 2

### Review literatury

Následující text se soustředí na review vybrané odborné literatury, která byla publikována v souvislosti s problematikou zdraví migrantů. Na toto téma bylo v minulosti zpracováno mnoho článků a studií, avšak cílem této kapitoly je zarámování problematiky do politického a prostorového rámce, což lze považovat za méně probádanou oblast studia.

Právě interdisciplinarita studované problematiky vyžaduje rozšíření stávajících politik o další odvětví a řešení situace v souladu s mezinárodními standardy a se zajištěním dodržování lidských práv a svobod. Státy by měly při svém jednání odpovídat za ochranu osob, jež jsou na jejich území, a respektovat a naplňovat jejich práva. V mnohých případech jsou právě nedostatky v politickém systému a právních předpisech zásadní proměnnou, ovlivňující práva migrantů na využívání zdravotních služeb (WHO 2010).

Zarámování problematiky migrace jako celosvětového fenoménu, který ovlivňuje zdraví jednotlivců i populace poskytuje článek *Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making* autorů Zimmerman, Kiss, Hossian (2011). Dle autorů je tvorba politiky v oblasti migrace a zdraví vedena často rozličnými silami, které mohou mít různé cíle. Politiky pro ochranu veřejného zdraví migrantů jsou nejúčinnější, pokud řeší více fází migračního procesu (situaci před odchodem, způsob cestování, výběr destinace, návrat jedince apod.). Zdravotní intervenční příležitosti existují v každé fázi. Autoři dále upozorňují, že se pozornost k tématu zdraví migrantů upíná jen velmi omezeně. Migrační zdravotní politika působí – tam, kde existuje – v současnosti často izolovaně na vnitrostátní úrovni a týká se pouze dílčích pohybů jedinců. Neřeší se tak regionální, natož globální podoby dohod na ochranu zdraví současných migrantů. Další přitěžující okolností současné situace je fakt, že teoretická podoba politik a jejich praxe v poskytování zdravotních služeb se značně liší. Ve stejné době, kdy lékaři fyzicky ošetřují různá etnika, se politici snaží zavádět zdravotní politiky, které určují podobu procesu zajišťování zdravotní péče, často v rozporu s požadavky veřejného zdraví a lékařské etiky. Řešením je dle autorů intervence, zaměřená na všechny fáze migračního procesu a překonání jejich hranic. Procesu tvorby zdravotní

migrační politiky by se mimo oblast politickou měly účastnit také sektory humanitární pomoci, lidských práv, práce a rozvoje. Služby by měly být založeny na právním principu, který podporuje dostupnou a jednotnou péči o migranty.

Politické systémy hrají důležitou roli v zajišťování zdravotní péče migrantů, jež na ni mají nárok, a měly by uzpůsobit služby tak, aby naplnily jejich potřeby (Mladovsky, Ingleby, McKee, Rechel 2012). Autoři připouští, že mnoho migrantů je zdravých, avšak ti, kteří potřebují zdravotní péči, se setkávají s mnohými překážkami v oblasti zdravotních služeb. V době, kdy mnohé politické systémy provádějí úsporná protiimigrační opatření, je nutné, aby společnost reagovala na potřeby migrantů a napomohla zlepšení jejich přístupu ke zdravotním službám.

Studie *Immigrants' health and health inequality by type of integration policies in European countries* (Malmusi 2014), publikovaná v odborném periodiku *The European Journal of Public Health*, zkoumá úroveň jednotlivých zemí na základě jejich identifikace s různým typem integrační politiky a se zdravotním stavem přistěhovalců v Evropě. Tato průřezová studie vychází z údajů, jež byly shromážděny v roce 2011 během evropského průzkumu v oblasti příjmů a životních podmínek (European Survey of Income and Living Conditions – EU-SILC), nástrojů pro srovnávací statistiku rozdělení příjmů a sociálního začlenění zemí EU a EFTA, které byly složeny z národních průzkumů se srovnatelnými dotazníky shodně upravenými podle Eurostatu. V rámci této studie bylo čtrnáct evropských zemí rozděleno pomocí Indexu integrační politiky do skupin dle typologie integračních politik na skupiny zemí multikulturní (Velká Británie, Itálie, Španělsko, Nizozemsko, Švédsko, Belgie, Portugalsko, Norsko, Finsko), asimilační (Francie, Švýcarsko, Lucembursko) a diskriminační (Rakousko, Dánsko). Do studie vstoupili jedinci ve věku 16 a více let, kteří mají bydliště v těchto zemích, tedy narodili se zde nebo se narodili mimo země Evropské unie a bydlí zde již 10 a více let. Z výsledků vyplývá, že skupina s nejvyšším skóre, tedy země spadající dle typologie integrační politiky do skupiny multikulturní, vykazuje lepší zdravotní podmínky než země s asimilační a diskriminační politikou. Studie také deklaruje, že nerovnost v oblasti zdraví je patrná i v porovnání obyvatelstva původního a přistěhovalého, a to především v zemích s diskriminační politikou, kdy zde nerovnosti přetrvávají i po odstranění vlivu sociálně-ekonomického. Autor poukazuje na důležitost dalších studií, jež by měly potvrdit zda, a jak mohou integrační modely změnit vliv na zdraví migrantů.

Srovnání přístupu ke zdravotní péči migrantů, jež je obohaceno o další dimenzi v podobě diskuze o plnění norem v oblasti lidských práv, představuje studie *Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies* (Cuadra 2012). Politiky 27 členských států EU se v přístupu ke zdravotní péči migrantů ze třetích zemí, kteří nemají povolení k pobytu, velmi liší. Na základě dotazníkového šetření vedeného s odborníky, nevládními organizacemi a orgány členských států v roce 2009 byly autorem studie vytvořeny tři

klastry, jež reprezentují skupiny zemí dle přístupu ke zdravotní péči. Deset členských států, které se nachází v klastru 1, je ve studii charakterizováno jako oblasti s méně než minimálními právy na zdravotní péči. Tyto země nenabízí migrantům přístup k akutní péči. Dvanáct zemí zahrnutých v klastru 2 lze zařadit mezi země s minimálními právy na čerpání zdravotní péči, které udělují pouze přístup k neodkladné zdravotní péči. V klastru 3 se nachází zbývajících pět členských zemí, poskytujících více než minimální práva. Tyto státy zajišťují přístup k širší zdravotní péči. Studie poukazuje na fakt, že ve většině členských států jsou normy v přístupu ke zdravotní péči v nesouladu s normami v oblasti lidských práv. Vytvoření klastrů nebylo ovlivněno rozdílnými systémy financování ani reálnými počty migrantů v daných zemích. Ze studie vyplývá, že nelze pozorovat žádný vztah mezi systémem financování v daném státě a úrovní péče, na kterou mají migranti bez povolení k pobytu nárok.

Zatímco předchozí studie poskytovaly vhled do studované problematiky na úrovni EU, následující část představuje situaci v Česku. Studií, které poskytují hlubší náhled na zdraví migrantů s přihlédnutím k prostorovému aspektu, není mnoho. Přesto se současnou zdravotní politikou v Česku ve vztahu k migraci zabývají například autorky Hnilicová, Dobiášová ve svém článku *Migrants' Health And Access To Healthcare In The Czech Republic* (2011), který se zabývá současným stavem zdravotní politiky ve vztahu k migraci. Otázky, které jsou zde diskutovány, se úzce dotýkají problematiky dostupnosti zdravotní péče v souvislosti s právním nárokem na zdravotní péči. Dnešní právní úprava je velmi nevýhodná pro rozsáhlou skupinu migrantů s povolením k dlouhodobému pobytu, kteří přicházejí ze zemí mimo EU. Stěžejní překážkou při zavádění účinné zdravotní politiky je nedostatek objektivních dat o situaci, s čímž úzce souvisí také malá informovanost, týkající se zdravotních potřeb migrantů a jejich zdravotního stavu obecně. Tento hendikep je však umocňován rovněž jazykovými a kulturními bariérami, což ovlivňuje samotný přístup k čerpání zdravotní péče.

Studie *Immigrants' Access to Health Insurance: No Equality without Awareness* autorů Džurová, Winkler a Drbohlav publikovaná v roce 2014 se soustředí na problematiku využívání zdravotní péče s cílem prozkoumání přístupu přistěhovalců k veřejnému zdravotnímu pojištění v Česku. Autoři diskutují, jaké překážky brání migrantům ve využívání dávek ze zdravotní péče, na které mají dle zákona právo.

Sběr dat pro tuto studii Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze byl proveden Centrem pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd České republiky (SÚAV ČR) prostřednictvím tazatelské sítě Centra nezávislých od března do května roku 2013. Na základě kvótního výběru (pohlaví, věk, region) vstoupilo do studie 912 migrantů z Ukrajiny a Vietnamu, kteří podstoupili dotazníkové šetření. Následně byl proveden statistický rozbor, jenž na základě analýzy komplexního souboru proměnných a binární logistické regrese přezkoumal



nezávislé účinky sociodemografických a dalších proměnných o migračních na krytí veřejného zdravotního pojištění pro skupinu přistěhovalců oprávněných toto pojištění využívat. Do modelu bylo zahrnuto 7 nezávisle proměnných. Z výsledků vyplývá, že 50,8 % respondentů využívá veřejné zdravotní pojištění, 37,2 % komerční zdravotní pojištění a pouze 12 % respondentů je bez pojištění. První logistický model, který posuzoval účinky sociodemografických proměnných migrantů na registraci zdravotního pojištění v rámci skupiny migrantů s trvalým pobytem, vykázal, že přistěhovalci se špatnou znalostí českého jazyka mají významně vyšší pravděpodobnost, že nebudou přihlášení k využívání veřejného zdravotního pojištění, a to až dvojnásobně vyšší. Migrant s partnerem žijícím mimo Česko měli 3× vyšší pravděpodobnost, že nebudou mít veřejné zdravotní pojištění, ve srovnání s jednotlivými migranty. Druhý logistický model, posuzující účinky nezávislých proměnných a registrace na zdravotní pojištění v rámci skupiny migrantů se stavem zaměstnanců taktéž prokázal, že přistěhovalci se špatnou znalostí českého jazyka mají významně vyšší pravděpodobnost, že nebudou přihlášení k využívání veřejného zdravotního pojištění. Migrant s touto nevýhodou měli 3× vyšší pravděpodobnost, že budou bez veřejného zdravotního pojištění, nežli jedinci s dobrou znalostí češtiny.

Logistické modely poukázaly na problémy slabé orientace a nedostatečné informovanosti migrantů v problematice využívání různých typů zdravotního pojištění. Autoři upozorňují na fakt, že teoreticky rovný přístup ke zdravotní péči nestačí, pokud není doprovázen dostatečnou informovaností migrantů o systému zdravotní péče hostitelské země.

Problematikou se zabývá také studie *Inequalities in healthcare access by type of visa in a context of restrictive health insurance policy: the case of Ukrainians in Czechia* od autorů Malmusi, Drbohlav, Džurová, Palència, Borrell (2014), zkoumající možnosti přístupu přistěhovalců bez trvalého pobytu k veřejnému zdravotnímu pojištění. Dle dat z osobních pohovorů vstoupilo do studie 1 258 respondentů ve věku od 18 do 61 let, žijících v Česku.

Respondenti z Ukrajiny byli vybráni na základě průzkumu provedeného v Praze a ve Středočeském kraji v období od května do října roku 2012. Celkem byla vyhodnocena data od 313 respondentů pocházejících z Ukrajiny ve věku od 18 do 61 let. Závisle proměnnou byla kombinace národnosti a druhu víza, přičemž byli porovnáváni Češi narození v Česku, Ukrajinci s povolením k trvalému pobytu a Ukrajinci s povolením k dlouhodobému pobytu. Nezávisle proměnné se dotýkaly otázek přístupu k zdravotní péči, jako jsou například návštěvy jednotlivých lékařských specialistů či potřeba hospitalizace.

Deskriptivní statistika poukázala na skutečnost, že Ukrajinci s povolením k dlouhodobému pobytu jsou převážně muži. Migrant s povolením k trvalému pobytu jsou s vyšší pravděpodobností vysokoškolsky vzdělaní, mají placené zaměstnání, jsou v manželství a vykazují dobrý zdravotní stav. Držitelé povolení k dlouhodobému pobytu mají pravděpodobně

menší přístup k jakékoliv zdravotní péči než migranti s trvalým povolením k pobytu nebo Češi. Autoři tak upozorňují na fakt, že přistěhovalci bez trvalého pobytu nemají nárok na využívání veřejného zdravotního pojištění. Tuto skutečnost připomínají i ve výsledcích studie pro skupinu Ukrajinců s povolením k dlouhodobému pobytu, jež mají prokazatelně nižší přístup k primární a pohotovostní péči a hospitalizaci, než krajané s povolením k trvalému pobytu.

Otázku, zda status přistěhovalců souvisí s jejich subjektivním hodnocením zdraví, řeší studie *The self-reported health of legal and illegal/irregular immigrants in the Czech Republic* od Pikharta, Drbohlava a Džurové (2010). Autoři se zabývali zjištěním, zda rozdílné demografické, socioekonomické a psychosociální faktory ovlivňují subjektivní hodnocení zdravotního stavu přistěhovalců se statutem legálního či nelegálního migranta. Analýza byla provedena na základě dvou dotazníkových šetření, která proběhla v letech 2003 a 2006 s 285 postsovětskými a vietnamskými migranty, pracujícími v Česku. Výsledky ukázaly, že hodnocení špatného zdravotního stavu nebylo statisticky významně vyšší u skupiny nelegálních migrantů. Zjištění subjektivního vnímání horšího zdraví se však projevilo u žen a starších osob. Data poukázala na vliv sociálních vztahů a činnosti migrantů na vyšší spokojenost a kvalitu života, což může ovlivňovat i pohled na jejich subjektivní vnímání zdravotního stavu. Výzkum poodhalil nerovnosti mezi vnímáním zdraví legálními a nelegálními migranty. Do značné míry se jedná o důsledek působení sociálně-ekonomických a psychosociálních faktorů.

Téma rozdílného přístupu ke zdraví migrantů je aktuální nejen v Evropské Unii. Ve Spojených státech amerických je migrace řešeným tématem, přičemž přístup ke zdravotní péči zde prodělává mnohé reformy. Ačkoliv je zde problematika přístupu migrantů ke zdravotní péči v mnoha ohledech odlišná od situace v Evropské unii, ať už mluvíme o rozdílné národnosti migrantů či o jiném politickém a prostorovém rámci, lze pro naše účely vybrat studie, jež mohou pomoci problematiku lépe zarámovat. Přestože se pozornost ve Spojených státech amerických v posledních letech zaměřovala především na rozdílný přístup ke zdravotní péči u různých etnických skupin obyvatelstva, pouze okrajově se diskuze dotýkala omezeného přístupu migrantů ke zdravotnímu pojištění a zdravotní péči. Studie *Undocumented Immigrants and Access to Health Care: Making a Case for Policy Reform* (Edward 2014) poukazuje na značný příliv nelegálních migrantů do Spojených států amerických, jenž zapříčinil otevření politické diskuze, týkající se reformy ve zdravotním systému. V důsledku jejich postavení jsou migranti v USA omezeni v přístupu k čerpání zdravotních a sociálních služeb. Řešením této situace je dle autora prosazování komplexní reformy zdravotní politiky, která se zaměří na zlepšení zdraví migrantů.

Zhodnocení přístupu ke zdravotním a sociálním službám pro přistěhovalce a uprchlíky bylo cílem studie *Exploring the Providers Perspective of Health and Social Service Availability for Immigrants and Refugees in a Southern Urban Community* (Edward, Hines-Martin 2015). Autoři

se pomocí různých metod šetření, jež zahrnovaly i hloubkové rozhovory a průzkum dokumentů, pokusili identifikovat nejproblematictější oblast ve využívání a v přístupu ke zdravotním službám. Výzkum prokázal jako nevyhovující právě přístup ke zdravotním službám, jež souvisel mimo jiné i s cenovou nedostupností. I přes zřízení organizací, které měly pomoci přistěhovalcům orientovat se ve zdravotním systému, migranti stále poukazují na bariéry, jež jim brání v uspokojování zdravotních a sociálních potřeb spojených s dalšími sociokulturními, ekonomickými či politickými faktory.

Studie *Left Out: Immigrants' Access To Health Care And Insurance* (Ku, Matani 2001), ačkoliv nebyla publikována v posledních letech, je stále aktuální díky výsledkům, jež dokazují podstatnost politických rozhodnutí a jejich přímý dopad na možnosti čerpání zdravotní péče. Důležitost tématu čerpání zdravotní péče je však dána především velkým přílivem Asiátů a Hispánců do USA. Imigranti tvoří stále se zvětšující skupinu obyvatelstva, která je vystavena rozdílným pracovním nabídkám s velmi nízkým platovým ohodnocením. Politická rozhodnutí v posledních letech změnila přístup k čerpání zdravotní péče, a to díky úpravě pravidel pro možnost využívání služby Státního zdravotnického programu Medicaid. Služby Medicaid mohou v současné době vyžít občané Spojených států amerických, osoby, jež získaly povolení k trvalému pobytu, osoby s nízkými příjmy nebo se zdravotním postižením. Prokázaný stav chudoby však není v tomto případě zásadním odůvodněním pro čerpání služeb Medicaid. Přistěhovalci mohou získat zdravotní pojištění jen v nouzové situaci, a to v prvních pěti letech pobytu v zemi. Studie prokazuje, že imigranti a jejich děti, jež nejsou občany USA, mají větší pravděpodobnost, že nebudou pojištěni, s čímž úzce souvisí i snížená schopnost přistěhovalců získat zdravotní péči. Přes tato zjištění se nerovnost v přístupu ke zdravotní péči objevuje i u imigrantů, kteří získali pojištění. Stále je však jejich přístup ke zdravotní péči horší než u občanů Spojených států amerických. Rodiny přistěhovalců mají špatný přístup k ambulantní i pohotovostní péči. Federální politika umožňuje imigrantům využití tísňové služby Medicaid v případě nutnosti nouzové neodkladné péče i přesto, že nedosahují na plné pokrytí programem. Kongresu byly podány návrhy, které dávají státům možnost obnovit způsobilost imigrantů pro Medicaid a pro Státní zdravotnický program pro děti (SCHIP) a těhotné ženy. Ačkoliv se některé státy prostřednictvím vlastních prostředků a dotací snaží zpřístupnit zdravotní péči Medicaid a SCHIP imigrantům a jejich rodinám, současné politiky nejsou dostatečně účinné v poskytování zdravotních služeb. Národní politiky by se měly zasloužit o usnadnění přístupu ke zdravotnímu pojištění a k zdravotním službám, a pokusit se tak eliminovat další překážky, jako je jazyková bariéra, jež zvyšuje četnost špatných diagnóz.

Migrační problematikou v USA se zabývají také Derose, Escarce, Lurie (2007), kteří ve své studii *Immigrants And Health Care: Sources of Vulnerability* poskytují zářámování problematiky

v obecném kontextu. Migranti jsou dle autorů velmi zranitelnou skupinou, a to především z důvodu nedostatečné zdravotní péče, jež jim je poskytována. Nižší sazby zdravotního pojištění a slabá frekvence využívání zdravotní péče jdou ruku v ruce s horší kvalitou poskytovaných služeb, které jsou v porovnání s rodilými občany USA znehodnoceny. Mezi faktory, významně ovlivňujícími život migrantů, jsou vedle socioekonomického zázemí také jazyková bariéra, místní zdravotní a politický systém či místo bydliště jeho rodiny. Studie však poukazuje na příklady, kdy lze pozorovat rozdíly i mezi etnickými podskupinami, přičemž řešení jsou dle autorů možná jen na úrovni národní politiky.

Uvedené review vybrané literatury, zabývající se studovanou problematikou, poskytuje základ výzkumným otázkám a hypotézám, jež ověřuje výzkumná část předložené práce. Problematika migrace obyvatel je v současnosti aktuálním a diskutovaným tématem. Jedná se o multidisciplinární oblast, kterou je třeba studovat komplexně a podrobně. Vzhledem k rozsáhlosti tématu lze ucelenou a kompaktní práci možné tvořit jen na úrovni jejích dílčích segmentů. Uvedený text tak poskytl obraz pouze o vybraných relevantních studiích zabývajících se studovanou problematikou, přičemž je důraz kladen zejména na situaci v Česku, která je částečně dávána do komparace s kulturami okolních států a vyspělého světa.

## **2.1 Výzkumné hypotézy**

Z prostudování publikované odborné literatury a z výsledků studií, zabývajících se studovanou problematikou, vplynuly následující výzkumné hypotézy, které jsou v dalších částech práce rozebírány a ověřovány.

### **První hypotéza:**

H1: Migrantí, kteří mají nárok být zařazeni v systému veřejného zdravotnictví, jeho péče nevyužívají, schopnost využívání veřejného zdravotního pojištění ovlivňují sledované faktory (věk, vzdělání respondenta apod.).

### **Druhá hypotéza:**

H2: Na území Česka neexistují územní nerovnosti v hodnocení vlastního zdravotního stavu a ve způsobu zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění) u migrantů, vzhledem k nastavení jednotných centrálních pravidel v českém systému zdravotnictví.

### **Třetí hypotéza:**

H3: Migrantí s vyšším vzděláním budou více využívat zdravotní služby a zdravotní péči, vzhledem k jejich vyšší schopnosti orientovat se v systému veřejného zdravotnictví.

### **Čtvrtá hypotéza:**

H4: Odborná veřejnost předpokládá pro všechny migranty rovné podmínky v čerpání zdravotních služeb.

### **Pátá hypotéza:**

H5: Odborná veřejnost nepředpokládá u migrantů z Ukrajiny a Vietnamu územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb a ve způsobu zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění).

## Kapitola 3

### Metodika

Následující text se soustředí na představení metod a postupů, jež byly v předložené práci využity. Analytická část této diplomové práce se skládá ze dvou dílčích částí, které se navzájem doplňují a rozšiřují. V každé z nich byly pro zkoumání studovaného tématu využity jiné formy výzkumu – kvantitativní a kvalitativní.

#### 3.1 Kvantitativní výzkum

Kvantitativní výzkum popisuje dle Reichela (2009) zkoumanou skutečnost pomocí proměnných, které lze vyjádřit čísly. Výsledky jsou obvykle zpracovány statistickými metodami. Oproti kvalitativnímu výzkumu vyžaduje větší soubory dat a respondentů, jeho výsledky jsou více reprezentativní. V diplomové práci je kvantitativní výzkum prováděn metodami statistické analýzy dat.

Primární vzhled do problematiky zdraví migrantů z Vietnamu a Ukrajiny v Česku poskytla analýza statistických dat výzkumu Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze (PřF UK). Sběr dat pro výzkum, z něhož byla analyzovaná data čerpána, byl proveden Centrem pro výzkum veřejného mínění (CVVM) Sociologického ústavu Akademie věd České republiky (SÚAV ČR), prostřednictvím tazatelské sítě Centra nezávislých. Sběr dat proběhl od března do května roku 2013. Na základě kvótního výběru<sup>4</sup> (pohlaví, věk, region) se studie zúčastnilo 912 migrantů z Ukrajiny a Vietnamu, kteří podstoupili dotazníkové šetření. Dotazník vyplnili pouze ti respondenti, kteří pobývali v době výzkumu alespoň jeden rok na území Česka, zároveň se během svého pobytu stěhovali (část dotazníku se taktéž zaměřovala na stěhování cizinců) a současně byli v době výzkumu starší patnácti let.

---

<sup>4</sup> Kvótní výběr – způsob sestavování výběrového souboru pomocí rozdělení relativních četností statistických znaků ve výběrovém souboru tak, aby odpovídalo jejich rozdělení v základním souboru (Leporelo 2015).

### 3.1.1 Metodika statistického testování hypotéz

Tato podkapitola představuje postupy statistického testování, jimiž byly ověřovány první tři stanovené výzkumné hypotézy.

Hypotéza H1: „*Migranti, kteří mají nárok být zařazeni v systému veřejného zdravotnictví, jeho péče nevyužívají, schopnost využívání veřejného zdravotního pojištění ovlivňují sledované faktory (věk, vzdělání respondenta apod.)*.“ Hypotéza vychází ze závěrů studie *Immigrants' Access to Health Insurance: No Equality without Awareness* (Dzúrová, Winkler, Drbohlav 2014).

První hypotéza byla ověřována za pomoci interpretace dat z výzkumu PřF UK pomocí výstupů kontingenčních tabulek a rozboru metodami popisné statistiky (míry polohy – aritmetický průměr, medián, modus). **Kontingenční tabulka** se ve statistice využívá k přehledné vizualizaci vzájemného vztahu dvou statistických znaků (Hendl 2009). Výsledky napomohly k identifikaci klíčových faktorů, které ovlivňují přístup migrantů k zajištění zdravotní péče.

Hypotéza H2: „*Na území Česka neexistují územní nerovnosti v hodnocení vlastního zdravotního stavu a ve způsobu zajištění zdravotní péče (zdravotní pojištění) u migrantů, vzhledem k nastavení jednotných centrálních pravidel v českém systému zdravotnictví*.“ Opodstatnění pro zkoumání prostorové diferenciací lze nalézt například v představení projektu MŠMT ČR *Sociálně prostorová diferenciací obyvatelstva a její vliv na kvalitu života ve městech a obcích České republiky*<sup>5</sup> (URRLAB 2016), zabývající se rozdílnou kvalitou života v jednotlivých regionech, městech a obcích Česka. Důležitost prostorového aspektu dokládá také *Atlas sociálně prostorové diferenciací České republiky* (Ouředníček, Temelová, Pospíšilová 2011), který se soustředí na proměňující se sociálně ekonomické prostředí a kvalitu života v Česku. Publikovaný atlas podal základ myšlenky, že také využívání zdravotní péče studované populace bude prostorově diferencováno.

Prověření prostorové diferenciací ve vnímání vlastního zdravotního stavu respondentů proběhlo statistickou metodou jednofaktorové analýzy rozptylu (One-way ANOVA). **ANOVA** (z anglického Analysis of variance) je metodou matematické statistiky, která umožňuje ověřit, zda na hodnotu náhodné veličiny má statisticky významný vliv hodnota některého znaku, který lze pozorovat (Hendl 2009). Předpoklady analýzy rozptylu jsou nezávislost (pozorovaná data jsou z  $k$  různých skupin), shodnost rozptylu (rozptyly ve všech skupinách jsou stejné) a normalita (výběry jsou z populací, které mají normální rozdělení). Splnění předpokladů bylo ověřeno testem normality (Kolmogorov-Smirnov test) a testem shodnosti rozptylů (Leveneho test). Využitím jednofaktorové analýzy rozptylu byla testována souvislost mezi krajem ČR (faktor) a hodnocením vlastního zdravotního stavu respondentů (závislá).

---

<sup>5</sup> Projekt zpracováván Výzkumným týmem Přírodovědecké fakulty UK – Urbánní a regionální laboratoř.

Ověření územních rozdílů ve způsobu zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění) mezi respondenty probíhalo pomocí statistické analýzy dat metodou binární logistické regrese. **Logistická regrese** je metoda matematické statistiky, která se zabývá problematikou odhadu pravděpodobností jistého jevu (závisle proměnné) na základě určitých známých skutečností (nezávisle proměnných), které mohou výskyt jevu ovlivnit (Řeháková 2000). Závisle proměnná měla v analýze zabývající se hodnocením H2 binární rozdělení. Proměnná tedy nabývala pouze dvou dichotomických hodnot (Hendl 2009). Výstupem z logistické regrese jsou mimo jiné také tzv. odds ratio (OR), která udávají poměr pravděpodobností, zda jev, který popisuje daná závisle proměnná, nastane či nenastane, a to v závislosti na tom, zda nastane či nenastane jev popisovaný konkrétní nezávislou proměnnou (Řeháková 2000). Metoda logistické regrese může v modelech uvažovat i další nezávisle proměnné, které mohou hodnoty závisle proměnné ovlivňovat a dle těchto nezávisle proměnných standardizovat kategorizovanou nezávisle proměnnou. Tyto další nezávisle proměnné nemusí mít binární logistické rozdělení. Výsledky statistického testování jsou považovány za statisticky významné, pokud je tzv. „p-hodnota“ menší než 0,05 (tato práce používá při testování hypotéz 95% hladinu spolehlivosti).

V případě hodnocení faktorů, jež mohou ovlivňovat zajištění zdravotní péče migranty, se závisle proměnnou stal ukazatel zajištění zdravotní péče. V rámci binární logistické regrese, bylo nutné vytvořit dvě kategorie zajištění zdravotní péče. Zajištění zdravotní péče bylo v dotaznících zjišťováno otázkou: „Jak máte v případě zdravotních problémů zajištěnou zdravotní péči v České republice?“, přičemž respondenti měli na výběr čtyři možné odpovědi (plně hrazenou z veřejného zdravotního pojištění; plně hrazenou ze smluvního (komerčního) zdravotního pojištění; částečně hrazenou ze smluvního (komerčního) pojištění a částečně hrazenou z vlastních prostředků; nemám zdravotní pojištění, v případě nemoci hradím vše sám/sama). Pro účely statistického testování zvolenou metodou binární logistické regrese byly vytvořeny 2 kategorie závisle proměnné: „zajištěné zdravotní pojištění“, které vzniklo spojením odpovědí „plně hrazenou z veřejného zdravotního pojištění“ + „plně hrazenou ze smluvního (komerčního) zdravotního pojištění“ + „částečně hrazenou ze smluvního (komerčního) pojištění a částečně hrazenou z vlastních prostředků“ a „nezajištěné zdravotní pojištění“, které obsahuje odpověď „nemám zdravotní pojištění, v případě nemoci hradím vše sám/sama“. Do analýzy dále vstupovaly nezávisle proměnné, jež byly vytipovány jako možné faktory ovlivňující zajištění zdravotní péče migranty. Těmito proměnnými se staly proměnné – věk (15–29 let, 30–44 let, 45 a více let), pohlaví (muž, žena), vzdělání (základní, střední bez státní zkoušky – maturity, střední se státní zkouškou – maturitou, vyšší, vysokoškolské), rodinný stav (ženatý/vdaná, svobodný/svobodná) a kraj (Hl. město Praha, Středočeský, Jihočeský, Plzeňský, Karlovarský, Ústecký, Liberecký, Královehradecký, Pardubický, Vysočina, Jihomoravský Olomoucký Zlínský, Moravskoslezský).



K ověření hypotéz H1 a H2 napomohly rovněž grafické interpretace (kartogramy) dat výzkumu PřF UK. Jednotlivé kartogramy, zobrazující data výzkumu, podaly kromě obrazu prostorové diferenciaci ve způsobu zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění) a v hodnocení vlastního zdravotního stavu u respondentů, také základní informace o jejich rozmístění. Data byla v jednotlivých grafických výstupech zobrazována v absolutních počtech nebo váženě, v závislosti na pozorovaném jevu. Počty respondentů v jednotlivých krajích byly váženy celkovým počtem migrantů z Ukrajiny a Vietnamu (dle databáze ČSÚ) v roce 2013, ve kterém probíhal rovněž výzkum PřF UK. Zobrazované jevy (subjektivní hodnocení zdravotního stavu, způsob zajištění zdravotní péče) byly váženy absolutním počtem respondentů v daném kraji.

Hypotéza H3: *„Migranti s vyšším vzděláním budou více využívat zdravotní služby a zdravotní péči, vzhledem k jejich vyšší schopnosti orientovat se v systému veřejného zdravotnictví.“* Ověřování hypotézy probíhalo pomocí statistické analýzy dat metodou ordinální logistické regrese. Zde byla závisle proměnnou proměnná ordinální (tři a více hodnot ordinálně – hierarchicky – uspořádaných), přičemž nezávisle proměnné mohou být jak nominální, tak spojité.

Do této analýzy vstoupili pouze respondenti, kteří v dotazníku na otázku „Jak máte v případě zdravotních problémů zajištěnou zdravotní péči v České republice?“ odpověděli, že pojištění zajištěné mají (odpovědi: *plně hrazenou z veřejného zdravotního pojištění; plně hrazenou ze smluvního (komerčního) zdravotního pojištění; částečně hrazenou ze smluvního (komerčního) pojištění a částečně hrazenou z vlastních prostředků*). V případě hodnocení faktorů, jež mohou ovlivňovat četnost využívání zdravotnických služeb a péče migranty, se závisle proměnnou stala četnost návštěv lékaře během posledních 12 měsíců. Četnost využívání zdravotní péče byla v dotaznících zjišťována otázkami: „Kolikrát jste v České republice během posledních 12 měsíců navštívil/a praktického/rodinného lékaře?“, „Kolikrát jste v České republice během posledních 12 měsíců navštívil/a lékařského specialistu (např. zubaře, chirurga, urologa, kardiologa, psychologa atp.)?“ Pro účely statistického testování zvolenou metodou ordinální logistické regrese, a pro lepší interpretaci dat, byly vytvořeny 3 kategorie závisle proměnné: „nebyl“, „byl 1×“, „byl opakovaně“. Do analýzy vstoupily nezávisle proměnné, které byly vytipovány jako možné faktory, jež mohou ovlivňovat četnost návštěv lékaře během posledních 12 měsíců. Těmito proměnnými se staly proměnné – věk (15–29 let, 30–44 let, 45 a více let), pohlaví (muž, žena), vzdělání (základní, střední bez státní zkoušky – maturity, střední se státní zkouškou – maturitou, vyšší, vysokoškolské) a velikostní skupina obcí (méně než 5 000, 5 000–29 999, 30 000–79 999, 80 000–999 999, 1 000 000 a více).

## 3.2 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum je pojmem v sociálních vědách, označující výzkum, který nevyužívá statistických metod a technik. Zaměřuje se na to, jakým způsobem jednotlivci či skupiny nahlízejí, chápou a interpretují určitou oblast zájmu (Hendl 2005). V diplomové práci je kvalitativní výzkum prováděn autorským šetřením – expertními rozhovory (polostrukturovaný rozhovor).

Polostrukturovaný rozhovor je metodou kvalitativního výzkumu. Tento způsob dotazování má jasně definovaný účel a řídí se dle předem připravené osnovy. Hlavní výhodou této metody je pružnost procesu získávání informací (Hendl 2005). Osnova, dle které byla dotazována odborná veřejnost, je obsahem Přílohy 1. Otázky, jež byly pokládány, jsou doplněny o zjištění, získaná v první části analýzy. Za účelem umožnění přípravy byla respondentům před samotným uskutečněním rozhovoru zaslána jeho osnova.

### 3.2.1 Metodika dotazování odborné veřejnosti

Tento oddíl představuje postup dotazování odborné veřejnosti, jímž byla ověřována čtvrtá stanovená výzkumná hypotéza.

Hypotéza H4: „*Odborná veřejnost předpokládá pro všechny migranty rovné podmínky v čerpání zdravotních služeb.*“

Hypotéza H5: „*Odborná veřejnost nepředpokládá u migrantů z Ukrajiny a Vietnamu územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb a ve způsobu zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění).*“

Hypotézy H4 a H5 byly ověřovány pomocí autorského šetření – expertními rozhovory. Osloveni byli lékaři (specializovaní, praktičtí lékaři), zástupci neziskových a zdravotnických organizací, představitelé zdravotních pojišťoven a ministerstev.

Výzkumné otázky pro polostrukturovaný rozhovor byly formulovány tak, aby za jejich pomoci mohlo dojít k ověření stanovených hypotéz, jež vplynuly z prostudované odborné literatury a závěrů první (statistické části analýzy). Snahou bylo zároveň získání většího povědomí o studované problematice z pohledu odborné veřejnosti, v návaznosti na závěry statistické analýzy dat výzkumu PŘF UK.

Účelem expertních rozhovorů bylo získání odpovědí na následující výzkumné otázky, vztahující se k populaci migrantů a Ukrajiny a Vietnamu v Česku:

#### 1. Mají migranti rovné podmínky v čerpání zdravotních služeb?

Výzkumná otázka vychází ze skutečnosti nastavení jednotných centrálních pravidel v čerpání zdravotních služeb v rámci politického rámce Česka. Pohled odborné veřejnosti může poodhalit

rozdílné vnímání „rovných podmínek“ jednotlivými skupinami dotazovaných – lékaři, politiky, zástupci neziskových organizací činných v oblasti migrace apod.

## **2. Existují v Česku územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb migrantům?**

Výzkumná otázka zkoumá prostorovou diferenciaci v poskytování zdravotních služeb migrantům na území Česka. Stanovenou podotázkou bylo dále testováno, zda dotazovaní dokáží případně uvést konkrétní případy odlišnosti na úrovni jednotlivých krajů Česka.

## **3. Jak migranti v Česku vnímají vlastní zdravotní stav?**

Výzkumná otázka testuje subjektivní vnímání zdravotního stavu migrantů na území Česka a navazuje na zjištění získaná v první polovině analytické části práce, ve které byly na základě statistické analýzy dat výzkumu PřF UK analyzovány odpovědi respondentů na danou otázku.

## **4. Existuje v jednotlivých krajích Česka územní nerovnost ve způsobu zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění) migrantů?**

Výzkumná otázka testuje způsob zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění) migranty v Česku. Odpovědi odborné veřejnosti mohou odůvodnit, proč v některých krajích více či méně migrantů nemá zajištěné žádné zdravotní pojištění. Otázka je formulována s odkazem na výsledky statistické analýzy dat výzkumu PřF UK.

## **5. Jaké faktory nejvíce ovlivňují přístup migrantů k využívání zdravotní péče?**

Výzkumná otázka zkoumá faktory, které nejvíce ovlivňují přístup migrantů v Česku ke zdravotní péči. Je dotazována důležitost zjištěných faktorů – věk a dosažený stupeň vzdělání – a dále jsou poptávány další faktory, které odborná veřejnost označuje za klíčové.

### **Respondenti expertních rozhovorů**

Autorským šetřením byla oslovena odborná veřejnost, která má vztah ke studované problematice – lékaři (specializovaní, praktičtí lékaři), zástupci neziskových a zdravotnických organizací, představitelé zdravotních pojišťoven a ministerstev. Strukturu úspěšně oslovených respondentů představuje tabulka 15.

Zástupci odborné veřejnosti byli nejdříve osloveni elektronickou poštou. Na začátku komunikace byla představena diplomová práce, účel rozhovoru a jeho osnova. Dotazovaným byly nabídnuty různé formy uskutečnění rozhovoru dle jejich časových možností a preference – při osobním setkání nebo telefonicky. V případě, že respondent nechtěl využít ani jednu z možností, mohl vyplnit strukturu rozhovoru zaslanou elektronickou poštou. Transkripce provedených rozhovorů (příp. výpis z elektronické komunikace), spolu s vyznačením klíčových pasáží, použitých v analytické části práce, jsou uvedeny v přílohách 2–11.

Terénním šetřením byla získána data ze dvou osobních rozhovorů, čtyř telefonických rozhovorů a čtyř komunikací elektronickou poštou. Z osobních a telefonických rozhovorů byly se svolením dotazovaných pořízeny zvukové záznamy, jejichž transkripce je obsahem příloh 2–7 této diplomové práce. Někteří dotazovaní si nepřáli být v diplomové práci jmenováni, jsou proto v analytické části reprezentováni iniciály.

Data získaná expertními rozhovory byla analyzována rozborem transkripce jednotlivých rozhovorů a záznamových listů s odpověďmi respondentů.

### **3.3 Využitý software**

Základním nástrojem pro zkoumání dat výzkumu PřF UK byl program IBM SPSS Statistics 20, zprostředkávající statistickou analýzu dat.

K tvorbě vlastních kartogramů, jejichž formou jsou reprezentovány výstupy některých částí analýzy dotazníkového šetření, byl použit software ArcGIS 10. Hlavním zdrojem dat pro řešené území byla veřejně dostupná digitální geografická databáze České republiky ArcČR 500 (Arcdata 2015) a veřejná databáze Českého statistického úřadu (ČSÚ 2016).

Diplomová práce obsahuje tabulky a grafy, jejichž formou jsou interpretovány výstupy jednotlivých částí analýzy. Pro jejich tvorbu byla využita součást kancelářského balíku Microsoft Office 2013 – program Excel 2013.

## Kapitola 4

### **Teoretický kontext studované problematiky: Možnosti čerpání zdravotní péče migranty v Česku**

Tato kapitola podává stručný vzhled do teoretického rámce studované problematiky. V první části jsou uvedeny základní údaje o migrantech z třetích zemí v Česku. Dále je nastíněno jejich postavení v kontextu integrační a zdravotní politiky, spolu možnostmi čerpání zdravotní péče. V závěru kapitoly jsou představeny základní teoretické koncepty, související s přístupem migrantů ke zdravotní péči.

#### **4.1 Migranti z třetích zemí v Česku**

Dle Analýzy struktury cizinecké populace (MV ČR 2015c) bylo k 31. červenci 2015 sledováno celkem 266 855 občanů třetích zemí, kteří legálně pobývají na území České republiky, a to na základě povolení k trvalému pobytu nebo na vízum k pobytu nad 90 dnů, povolení k dlouhodobému pobytu a povolení k přechodnému pobytu (58,2 % z celkového počtu 458 710 cizinců pobývajících na území Česka). Počty cizinců ze třetích zemí, legálně pobývajících v Česku, dlouhodobě stoupají, a od roku 2004 se téměř zdvojnásobily. Jejich podíl na celkovém obyvatelstvu České republiky dosáhl 2,5 %.

Mezi početně nejrozsáhlejší skupiny cizinců ze třetích zemí dlouhodobě patří občané Ukrajiny (104 558) a Vietnamu (56 665). Většina cizinců ze třetích zemí pobývá v Česku na základě povolení k trvalému pobytu (68,5 %, 182 908 osob), na základě dlouhodobého víza nebo povolení k pobytu zde žije asi 31,5 % (83 947). Poměr zastoupení mužů a žen ve sledovaných populacích (Ukrajinci a Vietnamci) je vyrovnaný (Ukrajina – 46,9 % žen, Vietnam – 44,2 % žen). Z hlediska věkové struktury jsou mezi cizinci ze třetích zemí nejvíce zastoupeny osoby v produktivním věku (15–64 let). Studovaná populace je tedy na rozdíl od obyvatelstva Česka mladší (podíl osob nad 65 let činí 3,4 %). K 30. 6. 2015 bylo v Česku evidováno celkem 74 818 cizinců ze třetích zemí, kteří zde působili jako zaměstnanci. Samostatně výdělečně činné osoby (živnostníci) jsou mezi

cizinci ze třetích zemí výrazně početně zastoupeni. K 31. 12. 2014 bylo evidováno 57 721 samostatně výdělečně činných osob. Nejpočetnější skupinou mezi podnikateli jsou občasně z Vietnamu (23 964 osob) a Ukrajiny (23 639 osob).

## 4.2 Přístup migrantů ke zdravotní péči v Česku

Podkapitola se blíže zabývá faktory, jež ovlivňují přístup migrantů ke zdravotní péči. Lze říci, že významně působí typ zdravotního pojištění. Získání určitého typu zdravotního pojištění je však závislé na mnoha okolnostech, mezi které patří typ pobytu, zaměstnanecký status a země původu (Dobiášová 2009). Přístup ke zdravotní péči je tedy značně diverzifikovaný (Jelínková 2007). Dle Jelínkové (2007) lze v Česku definovat dva přístupy, které se týkají zdravotní péče o migranty. Na jedné straně převládá názor, kdy nepojištění migranti nemají právo na přístup ke zdravotním službám. Existuje však také přístup, dle něhož je nárok na ošetření jedním ze základních lidských práv každého člověka (Dwyer 2004).

Status migranta je v České republice spojen se znevýhodněním v dostupnosti zdravotní péče a se znatelně horšími socioekonomickými podmínkami života, které mají negativní dopad na zdraví (Hnilicová, Dobiášová 2009b). Toto tvrzení dále dokazují i autorky Olišarová, Tóthová a Brabcová (2014), které v této souvislosti připomínají další významné faktory, přispívající k nerovným podmínkám. Těmi jsou zejména imigrační status, jazykové bariéry či marginalizace a stigmatizace jednotlivých etnických menšin. Dle Dobiášové (2009) informace, jež jsou k dispozici o zdraví migrantů v ČR, nedostačují pro vytvoření úplného obrazu o zdraví migrantů a o faktorech, které zdravotní stav ovlivňují. Ingleby a kol. (2005) upozorňuje, že neexistují téměř žádná dostupná data, která by věrohodně dokládala efektivitu zdravotní péče poskytované migrantům. Přesto se však domnívá, že lze dostatečně objektivně zhodnotit, jakou zdravotnickou péči nabízí cílová země migrantům porovnáním jednotlivých charakteristik zdravotnického systému. Olišarová a kol. (2014) poznamenávají, že výzkumy realizované v Česku jen potvrzují častost neuzavření zdravotního pojištění migranta, což v důsledku velmi významně ovlivňuje i přístup ke zdravotní péči. Jelínková (2007) poznamenává, že s délkou pobytu narůstá i počet migrantů, kteří mají řádně uzavřenou pracovní smlouvu, platí si zdravotní pojištění a mají své obvodní lékaře.

Migrační situace v Česku prochází výrazným vývojem od 90. let, kdy Česko přestalo být zemí tranzitní, ale postupně se stávalo zemí cílovou. Imigrace do Česka tedy začala významně narůstat (MVČR 2015c). Logickým vyústěním stoupajícího počtu migrantů v Česku jsou dle Olišarové, Tóthové a Brabcové (2014) zvyšující se nároky kladené na cílovou zemi. Ty jsou spojené především s integrační politikou a s poskytováním zdravotní a sociální péče. Mladovsky (2007)

dodává, že problematika zdraví a migrace je multioborovou záležitostí, jež se dotýká nejen oblasti zdravotnictví a sociálních věcí, ale souvisí právě s nastavením imigrační politiky státu a s celkovým přístupem státu k problematice migrace.

Vývoj integrační politiky Česka lze rozdělit do tří fází, které popisují autorky Hnilicová a Dobiášová (2009b). První probíhala v období 1990–1998, kdy se integrační politika zaměřovala na pomoc uprchlíkům a na programy repatriace českých krajanů. V letech 1999–2003 probíhala fáze druhá, ve které byla především formulována celková strategie integrace, dále vznikala opatření v jednotlivých resortech, spolu se zaváděním dotačních programů pro posílení spolupráce s nevládním sektorem a sdruženími přistěhovalců. V tomto období byl schválen zásadní dokument stanovující principy integrační politiky v Česku „Zásady koncepce integrace cizinců na území České republiky“. Tento dokument byl dále rozvíjen Koncepcí integrace cizinců (2002), která obsahuje konkrétní opatření týkající se různých oblastí integrace. Ve třetí fázi (od roku 2004 do současnosti) integrační politiky Česka lze pozorovat posun ke zlepšení postavení cizinců díky implementaci směrnic EU v rámci novelizace cizineckého zákona v roce 2006. V roce 2005 došlo k aktualizaci zmíněné Koncepce integrace cizinců v Česku, jež identifikovala překážky v rámci sociálně-ekonomické integrace v oblasti veřejného zdravotního pojištění u státních občanů třetích zemí a jejich příslušníků (Hnilicová, Dobiášová 2009b).

Zdraví migrantů a jeho vliv na úspěšnou integraci cizinců do společnosti je v celosvětovém měřítku relevantním tématem a proniká do tvorby zdravotní politiky a veřejného zdravotnictví (Mladovsky 2007 in Dobiášová, Hnilicová 2010). Zdravotní politika je souhrnem politických aktivit, které mají vliv na zdraví různých společenských skupin či obyvatel státu. Měla by být součástí hospodářské a sociální politiky každého státu, přičemž vychází ze skutečnosti, že ochrana, podpora a zachování zdraví je jednou ze základních existenčních potřeb lidstva (Durdisová 2005). Zdravotní politiku lze definovat jako cílevědomou činnost státu zaměřenou na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva (Krebs 2007). Mezi základní cíle zdravotní politiky v Česku lze zařadit uchování a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, efektivní alokaci zdrojů a dostupnost zdravotních služeb všem občanům (Krejčová 2010). Ve vztahu k zajištění zdravotní péče pro migranty je tedy důležité, aby zdravotní politika zajišťovala jednotné podmínky pro všechny cizince a na celém území Česka.

Dle dat z databáze Cizinci v ČR (ČSÚ 2008) je dostupnost zdravotní péče pro migranty charakterizována nerovností a znevýhodněním migrantů pocházejících z třetích zemí oproti migrantům z EU. Dle Janské (2006) navíc získávají migranti ze třetích zemí pracovní místa na sekundárním a terciárním trhu práce, což mimo jiné znamená fyzicky náročnější pracovní pozice s pravděpodobně vyšším rizikem úrazu. Skutečnost, že jsou migranti často vystaveni nepříznivému pracovnímu prostředí, dokládá i Olišarová a kol. (2014). Migranty ze třetích zemí

podléhají dle Dobiášové (2009) jiným pravidlům, než občané EU, kteří mají stejný přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění jako čeští občané. Občané z třetích zemí se účastní veřejného pojištění pouze za předpokladu, že pracují jako zaměstnanci organizace se sídlem v ČR. Komerční zdravotní pojištění je však dle Dobiášové, Křečkové, Tůmové a Angelovské (2005) nevyhovující a nedostatečné.

Dostupnost péče pro migranty lze dle Dobiášové a Hnilicové (2010) hodnotit:

1) z hlediska právního nároku, tedy, zda existuje právní zakotvení dostupnosti zdravotní péče a to včetně zajištění jejího financování;

2) z hlediska reálné dostupnosti zdravotnických služeb, tedy z hlediska dostatečného množství informací o zdravotnickém systému apod.;

3) z hlediska její kvality, především ochota a vstřícnost k potřebám migrantů.

Autorky Hnilicová a Dobiášová (2009a) uvádějí, že zdravotní pojištění je v Česku jedním z mála případů, kdy stát ukládá zákonem povinnost být pojištěn. Zákon o pobytu cizinců na území Česka ve své novelizované podobě (Zákon č. 379/2007 Sb. ve smyslu § 180i ) ukládá cizincům ohledně zdravotního pojištění dvě zcela konkrétní povinnosti:

a) předložit při žádosti o některá povolení k pobytu doklad o cestovním zdravotním pojištění na dobu pobytu na našem území;

b) prokázat při pobytové kontrole, že je zajištěna úhrada nákladů zdravotní péče; dle § 103 písm. r) zákona o pobytu cizinců.

Smyslem této zákonné úpravy je jednak zajištění potřebné zdravotní péče pro všechny, kteří na území Česka mohou tuto péči potřebovat, a dále zajištění uhrazení všech nákladů, které v této souvislosti vzniknou lékařům a zdravotnickým zařízením (Hnilicová, Dobiášová 2009a).

Na území Česka existují dva základní systémy úhrady zdravotní péče pro migranty – Veřejné zdravotní pojištění (VZP) a Komerční zdravotní pojištění (KZP). Tyto systémy se ve své podstatě poskytování zdravotní péče významně liší.

### **Veřejné zdravotní pojištění (VZP)**

Podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění jsou zdravotně pojištěny:

a) osoby, které mají trvalý pobyt na území Česka,

b) osoby, které na území Česka nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území Česka,

c) osoby, které na území Česka nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území Česka.



System VZP pokrývá téměř všechny občany Česka a většinu migrantů, jež jsou ze zákona jeho účastníky, těm je tedy hrazena veškerá potřebná zdravotní péče (Hnilicová a kol. 2012).

### **Komerční (cestovní, smluvní) zdravotní pojištění (KZP)**

Komerční zdravotní pojištění je soukromoprávní vztah mezi pojistitelem a pojištěným. Řídí se Zákonem č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR (zákon o pobytu cizinců) a Zákonem č. 277/2009 Sb. o pojišťovnictví. Dle těchto zákonů není cizincům umožněno uzavřít komerční zdravotní pojištění v zemi jejich původu, pokud příslušná pojišťovna nemá oprávnění od České národní banky. Tím jsou konkurenčně zvýhodněny české komerční pojišťovny (Dobiášová, Hnilicová 2010). Zákon o pobytu cizinců ukládá migrantům, jež nespádají do systému veřejného zdravotního pojištění či se na ně nevztahují výjimky, povinnost toto pojištění smluvně uzavřít.

Na komerční zdravotní pojištění jsou tedy odkázáni migranti ze zemí mimo EU, kteří nemají trvalý pobyt v ČR a:

- a) působí zde jako živnostníci či podnikatelé;
- b) jsou rodinnými příslušníky (děti, manželé, starší rodiče) všech cizinců ze třetích zemí;
- c) studenti, kteří studují v ČR na své vlastní náklady (Dobiášová, Hnilicová 2010).

Komerční zdravotní pojištění určené cizincům v ČR je nabízené ve dvou podobách:

- a) zdravotní pojištění na neodkladnou péči;
- b) nebo pojištění na komplexní zdravotní péči.

Obě formy zdravotního pojištění splňují podmínky dané zákonem, což znamená, že si cizinci mohou zvolit jeden z těchto produktů. V praxi cizinci mnohem častěji uzavírají zdravotní pojištění na neodkladnou péči, kde si mohou vybírat z nabídky více pojišťoven. Ve srovnání s pojištěním neodkladné péče je pojištění na komplexní péči finančně nákladnější (Hnilicová, Dobiášová 2009a).

Dle Hnilicové a kol. (2012) je současné nastavení systému velmi výhodné především pro komerční zdravotní pojišťovny, jelikož migranti jsou povinni jejich produkty kupovat, a to z důvodu získání povolení k pobytu. Pojišťovny však nepodléhají téměř žádné regulaci (pojištění není nárokové a pojišťovny si samy stanovují rozsah pojistného krytí, přičemž vyžadují, aby migrant uhradil pojistné za celou dobu pobytu dopředu). Komerční zdravotní pojištění je nevýhodné pro migranty, a to především z důvodu řady výluk, kvůli kterým není naplněn záměr zákonodárce zajistit migrantům dlouhodobě pobývajícím v ČR potřebnou zdravotní péči. KZP negarantuje ani hrazení veškeré péče, jež jsou zdravotnická zařízení povinna poskytovat, děje se tak i v případech, kdy je migrant povinen léčit se z důvodu ochrany veřejného zdraví (např. akutní psychiatrické nemoci, HIV/AIDS) (Hnilicová a kol. 2012).

Z analýzy zaměřující se na KZP vyplývá, že cizinci, jež nespádají pod systém VZP, jsou ve velmi diskriminačním postavení, jelikož zákon jim neposkytuje právní ochranu (OPU 2015). Analýza však připouští, že existuje jeden parametr, který je u KZP regulován zákonem, tedy výše pojistného krytí. V dalších oblastech je zákonná regulace velice omezená a pojišťovny tak mají „volnou ruku“, ať už se jedná o výši pojistného, pojistné podmínky a omezení v nich obsažená či výluky z pojištění. Pojistné podmínky u komerčního pojištění jsou v porovnání s veřejným zdravotním pojištěním odlišné a mnohdy nevýhodné (OPU 2015).

Následující tabulka (tab. 1) představuje dostupné informace o způsobu čerpání zdravotní péče cizinci z Vietnamu a Ukrajiny v Česku v roce 2014.

**Tab. 1 – Čerpání zdravotní péče migranty z Vietnamu a Ukrajiny v Česku v roce 2014**

Počet osob čerpajících zdravotní péči						
Země původu	Celkem	Věková skupina				
		0-14 let	15-19 let	20-59 let	60 let a více	
Vietnam	6 159	943	519	4 445	252	
Ukrajina	10 540	1 125	1 147	7 782	486	
Země původu	Uhrazena				Neuhrazena	
	ze smluvního pojištění v ČR	ze zahraničního pojištění	hotově	státními orgány	celkem	z toho po lhůtě splatnosti
Vietnam	3 496	184	1 891	373	295	173
Ukrajina	4 307	295	5 239	184	567	379

**Zdroj:** ÚZIS ČR (2015).

Zajímavý je počet Vietnamců s uzavřeným smluvním zdravotním pojištěním v ČR. Podíl na celkových počtech u osob i u čerpání nákladů na ošetření se pohybuje okolo 60 % a lze říci, že svědčí o seriózním přístupu komunity k pobytu v ČR (ÚZIS 2014).

Při pohledu na situaci čerpání zdravotní péče migranty z údajů, jež nám poskytuje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR), vyhledalo v roce 2014 lékařskou péči v nemocnicích v České republice celkem 97 185 cizinců, z čehož bylo 49 341 osob mimo země Evropské unie. Nejčastěji ošetřovanými cizinci v Česku v roce 2014 byli Ukrajinci (10 769) a Vietnamci (6 228). Podle statistiky ÚZIS ČR (2014) si zdravotní péče poskytnutá cizincům v českých nemocnicích vyžádala náklady celkem 724 mil. Kč, z toho 42, 6 % (308 mil. Kč) představovaly náklady na pacienty mimo EU. Jedny z nejvyšších nákladů byly vynaloženy na Ukrajince (70 mil. Kč).

### 4.3 Teoretické koncepty

Tato část práce uvádí některé teoretické koncepty, kterými lze posuzovat studovanou problematiku. Je nutné si uvědomit, že otázka zdraví migrantů je velmi komplexní problematikou a lze na ni nahlížet z mnoha různých pohledů, proto jsou zde představeny pouze ty koncepty, které jsou odbornou literaturou nejčastěji diskutovány a mají přímou souvislost s tématem předložené práce.

Prvním konceptem, který souvisí se studovanou problematikou, je koncept akulturace. Jeho definici uvádí IOM (2004): „Postupné osvojování prvků nové kultury (myšlenek, slov, hodnot, norem, chování, institucí) jedinci, skupinami nebo třídami dané kultury. Částečná či úplná adaptace je způsobena kontaktem a interakcí mezi rozdílnými kulturami díky migraci a obchodním stykům“. V Česku je v sociálních vědách pojem akulturace poměrně jednotně definován, a to zpravidla jako „sociální proces, při němž dochází ke kulturním změnám trvalým stykem dvou i nebo více kultur“ (Průcha 2004). Dobiášová (2008) diskutuje tento koncept v souvislosti se zdravím migrantů a říká, že akulturace nemusí vždy vést ke zlepšení zdravotního stavu migrantů a odůvodňuje své tvrzení na faktu, že některé formy zdraví ohrožujícího chování (kouření, přejídání, konzumace alkoholu) jsou právě spojovány se „západní stylem života“.

Zdraví migrantů lze zkoumat i pomocí konceptu integrace. Rovný přístup ke zdravotní péči a informacím z oblasti zdraví, spolu se srovnatelnými zdravotními riziky u různých skupin migrantů a populace hostitelské země, to jsou dle Inglebyho (2005) znaky úspěšné integrace v oblasti zdraví. Efektivní poskytování zdraví je dle Dobiášové (2009), spolu s přístupem ke vzdělání a bydlení, jednou z významných podmínek pro úspěšnou integraci migrantů. Při poskytování zdravotnické péče sehrává integrace pozitivní roli, může za to lepší vzájemná komunikace spolu s porozuměním, jež v konečném výsledku usnadňují efektivní poskytnutí pomoci (Ingleby 2003 in Dobiášová (2009)).

Mezi další, odbornou literaturou diskutovaný koncept, patří koncept kvality života, jež Světová zdravotnická organizace (dále také jen WHO) definuje jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe. Schalock (2009) doplňuje a definuje individuální kvalitu života jako mnohostranný jev, jež je složen z faktorů, které jsou ovlivněny osobními vlastnostmi a zkušenostmi a faktory prostředí. Hodnocení oblasti kvality života je však založeno na kulturně podmíněných indikátorech. Na základě současných výzev, jako jsou například vysoké míry nezaměstnanosti, populační stárnutí či význam vzdělání a znalostí, vzniká nový koncept pro monitorování životních podmínek a kvality života v Evropě – European Foundation 2003, 2008 (Potůček 2012). Podle tohoto nového konceptu je kvalita života jednotlivce utvářena kombinací čtyř faktorů. Mezi tyto

faktory patří individuální možnosti, individuální podmínky a kolektivní možnosti. Právě faktor individuálních podmínek je založen na hodnocení zdravotního stavu. European Foundation sestavila žebříček tzv. „Domén kvality života“. V popředí tohoto žebříčku se nachází zdraví a zdravotní péče, zaměstnání a pracovní podmínky, ekonomické zdroje, vzdělání a vědění, rodiny a domácnosti a v neposlední řadě život v komunitě a sociální participace (Potůček 2012).

## **Kapitola 5**

### **Analýza zdraví migrantů v Česku**

Tato kapitola představuje hlavní výzkumnou část práce. V oddělených podkapitolách a oddílech jsou analyzovány přístupy migrantů z Ukrajiny a Vietnamu v Česku ke zdravotní péči.

První část kapitoly se soustředí na interpretaci dat z výzkumu Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Data byla v rámci zpracování této práce analyzována metodami statistické analýzy, které jsou v první podkapitole popsány.

Druhá část kapitoly uvádí závěry rozboru rozhovorů, které proběhly s odbornou veřejností. Cílem rozhovorů byl zejména pokus o objasnění závěrů zjištěných statistickou analýzou a odůvodnění jejich příčin odbornou veřejností.

Jednotlivé postupy analytické části práce jsou vztaženy ke stanoveným výzkumným hypotézám, které jsou jimi ověřovány.

#### **5.1 Statistická analýza dat výzkumu Přírodovědecké fakulty UK**

První část kapitoly se soustředí na analýzu dat z výzkumu Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Výzkum proběhl formou dotazníkového šetření. Na základě kvótního výběru (pohlaví, věk, region) se jej zúčastnilo 912 migrantů z Ukrajiny a Vietnamu.

Jednotlivé otázky, pokládané v dotazníku, se soustředily na situaci migrantů z Ukrajiny a Vietnamu v Česku. Pro účely předložené práce byla využita data, týkající se přímo studované problematiky – zdraví migrantů. Představení otázek, jež byly relevantní pro výzkum v této diplomové práci, představují dále uvedené tab. 2 a 3.

Tab. 2 – Vybrané otázky z výzkumu PŘF UK

<b>Otázka</b>				
<i>Možné odpovědi</i>				
<b>Jaké je v současné době Vaše státní občanství (státní příslušnost)?</b>				
<i>Ukrajina</i>		<i>Vietnam</i>		
<b>Pohlaví respondenta</b>				
<i>muž</i>		<i>žena</i>		
<b>Kolik je Vám let?</b>				
<i>vyplněno číslem</i>				
<b>Jaký máte v současné době pobyt v České republice?</b>				
<i>dlouhodobé vízum nebo dlouhodobý pobyt</i>		<i>trvalý pobyt nebo udělený azyl</i>		<i>jiný</i>
<b>Jaký je Váš rodinný stav?</b>				
<i>ženatý/vdaná – manžel/ka nežije v ČR</i>	<i>ženatý/vdaná – manžel/ka žije v ČR</i>	<i>svobodný, rozvedený, vdovec – má partnera mimo ČR</i>	<i>svobodný, rozvedený, vdovec – má partnera v ČR</i>	<i>svobodný, rozvedený, vdovec – bez partnera</i>
<b>Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?</b>				
<i>základní</i>	<i>střední bez státní zkoušky, maturity</i>	<i>střední se státní zkouškou, maturitou</i>	<i>vyšší</i>	<i>vysokoškolské</i>
<b>Jaké je Vaše postavení v práci?</b>				
<i>zaměstnanec podniku</i>	<i>zaměstnanec agentury nebo klient</i>	<i>podnikatel pracující v podniku na základě živnostenského listu</i>	<i>samostatný podnikatel bez zaměstnanců nebo se zaměstnanci</i>	<i>jiné postavení</i>
<b>Jak hodnotíte Váš zdravotní stav?</b>				
<i>velmi dobrý</i>	<i>dobrý</i>	<i>ani dobrý, ani špatný</i>	<i>špatný</i>	<i>velmi špatný</i>
<b>Jak máte v případě zdravotních problémů zajištěnu zdravotní péči v České republice?</b>				
<i>plně hrazenou z veřejného zdravotního pojištění</i>	<i>plně hrazenou ze smluvního (komerčního) zdravotního pojištění</i>	<i>částečně hrazenou ze smluvního (komerčního) zdravotního pojištění a částečně hrazenou z vlastních prostředků</i>	<i>nemám zdravotní pojištění, v případě nemoci hradím sám/sama</i>	

**Zdroj:** Výzkum PŘF UK ve spolupráci s CVVM (2013).

Tato část práce se pokouší ověřit výzkumné hypotézy:

H1: Migrant, kteří mají nárok být zařazeni v systému veřejného zdravotnictví, jeho péče nevyužívají, schopnost využívání veřejného zdravotního pojištění ovlivňují sledované faktory (věk, vzdělání respondenta apod.).

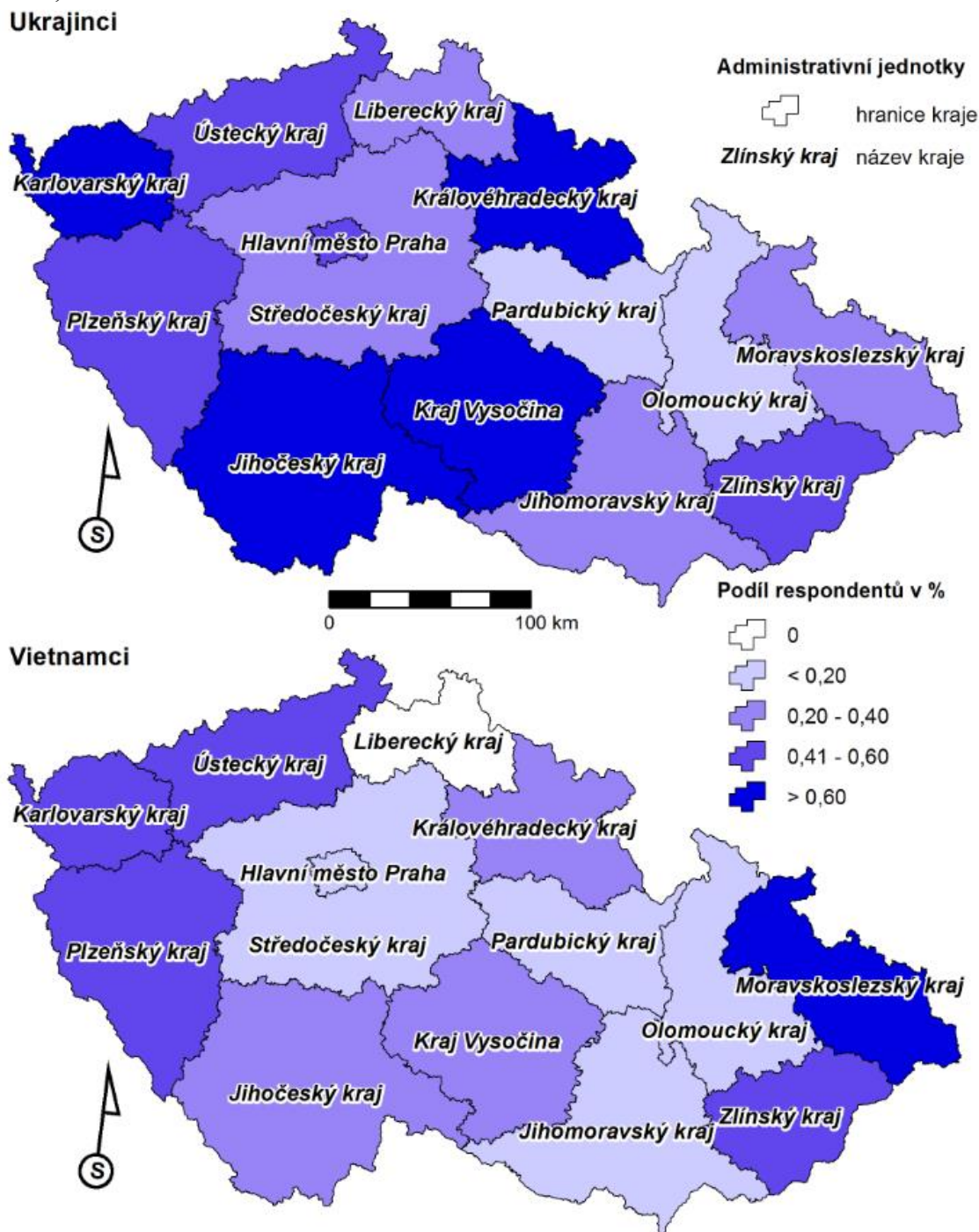
H2: Na území Česka neexistují územní nerovnosti v hodnocení vlastního zdravotního stavu a ve způsobu zajištění zdravotní péče (zdravotní pojištění) u migrantů, vzhledem k nastavení jednotných centrálních pravidel v českém systému zdravotnictví.

H3: Migrant s vyšším vzděláním budou více využívat zdravotní služby a zdravotní péči, vzhledem k jejich vyšší schopnosti orientovat se v systému veřejného zdravotnictví.

### 5.1.1 Charakteristika studované populace

Tato část práce se soustředí na představení základních demografických a socioekonomických charakteristik studované populace, jejich rozbor a zobrazení prostorového rozmístění respondentů v krajích Česka. Obr. 1 zobrazuje územní rozložení respondentů a jejich podíl na celkovému počtu migrantů z Ukrajiny a Vietnamu v jednotlivých krajích.

Obr. 1 – Podíl respondentů na celkovém počtu Ukrajinců a Vietnamců dle státního občanství, kraje Česka, 2013

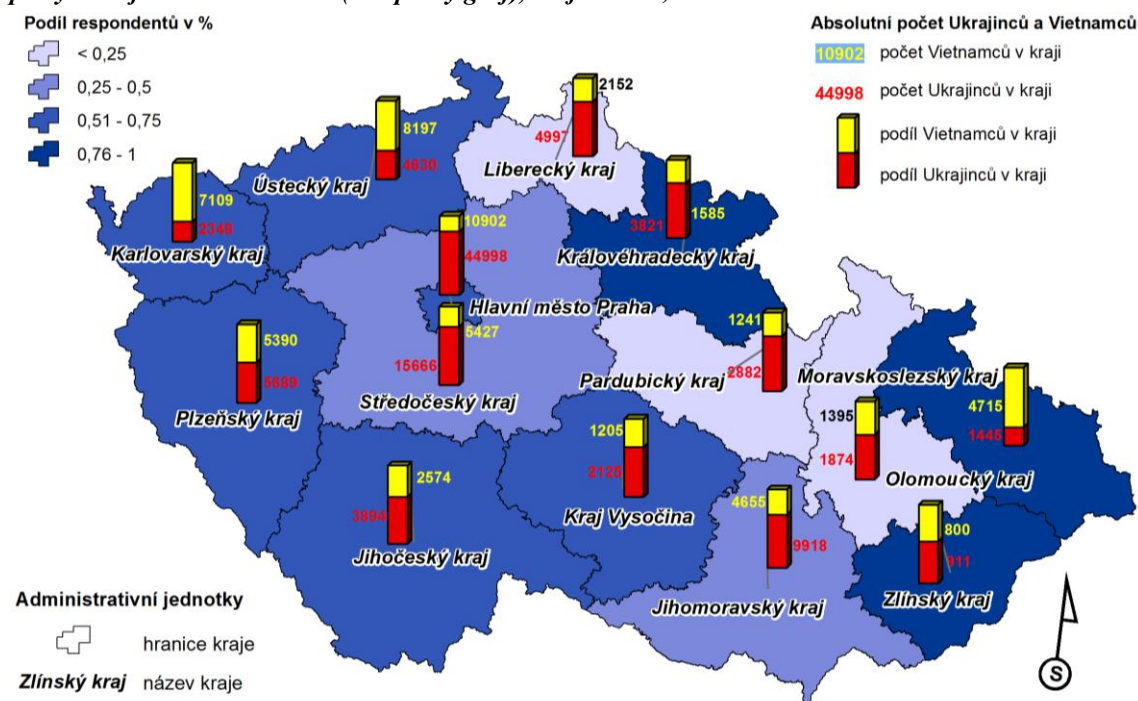


**Zdroj:** Výzkum PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013), ČSÚ (2016), ArcČR 500, v. 3.2, vlastní zpracování.

Z obr. 1 je patrná zejména výrazná nerovnoměrnost v zastoupení respondentů jednotlivých skupin sledovaných populací. Jejich poměr vůči celkovému počtu migrantů studovaných minorit v Česku i absolutní počet respondentů jsou silně prostorově diferencovanými faktory. Zjevná nerovnoměrnost v zastoupení respondentů z Ukrajiny a Vietnamu a absence dostatečného množství dat v některých regionech jsou hlavními důvody, proč je ke studovaným populacím dále přistupováno neodděleně. Práce tedy v následujících podkapitolách hodnotí přístup ke zdravotní péči Ukrajinců a Vietnamců dohromady, a to i z důvodu omezeného absolutního množství respondentů, jejichž počet v jednotlivých krajích dosahuje ve většině případů méně než 1 % z celkového počtu Ukrajinců, resp. Vietnamců v dané administrativní jednotce. Ke sloučení obou národnostních skupin pro následující části analýzy bylo přistoupeno i s ohledem na skladbu, respektive profil respondentů, jenž představuje tabulka 3 dále.

Níže uvedený obr. 2 znázorňuje formou kartogramu podíl respondentů (Vietnamci a Ukrajinci souhrnně), účastnících se výzkumu PřF UK, na celkovém počtu cizinců z Ukrajiny a Vietnamu v jednotlivých krajích Česka. Pro co nejpřesnější interpretaci a možnost srovnání byla využita data Českého statistického úřadu o počtech cizinců v jednotlivých krajích za rok 2013 (k 31. 12.), ve kterém proběhl rovněž výzkum PřF UK. Pomocí skládaného sloupcového grafu jsou v obr. 2 interpretovány absolutní počty cizinců z Vietnamu a Ukrajiny v krajích Česka.

**Obr. 2 – Podíl respondentů na celkovém počtu Ukrajinců a Vietnamců (plocha kartogramu), absolutní počty Ukrajinců a Vietnamců (sloupcový graf), kraje Česka, 2013**





**Zdroj:** Výzkum PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013), ČSÚ (2016), ArcČR 500, v.3.2, vlastní zpracování.





Z obr. 2 je patrné, že poměrově nejvyšší zastoupení respondentů bylo výzkumem získáno v krajích Moravskoslezském, Zlínském a Královéhradeckém. Naopak nejméně Vietnamců a Ukrajinců ve vztahu k jejich absolutnímu počtu v území se podařilo oslovit v Olomouckém, Pardubickém a Libereckém kraji. Zřejmý je rovněž poměr mezi absolutními počty zkoumaných populací, přičemž ve většině (11) krajích převažuje počet Ukrajinců nad počtem Vietnamců. Migrantů z Vietnamu lze naproti tomu pozorovat více pouze v Moravskoslezském, Karlovarském a Ústeckém kraji. Nejvýraznější převahu počtu Ukrajinců vůči Vietnamcům lze pozorovat v hlavním městě Praze a Středočeském kraji. Naopak počet Vietnamců výrazně převyšuje počet Ukrajinců v Moravskoslezském a Karlovarském kraji. Nejméně jsou studované minority zastoupeny ve Zlínském kraji (1 711) a v Kraji Vysočina (3 330). Naopak nejvíce Vietnamců a Ukrajinců se nachází v hlavním městě Praze (55 900) a ve Středočeském kraji (21 093).

Zatímco nejvyšší počet respondentů se podařilo získat v hlavním městě Praze (obr. 3), poměrově nejvyšší zastoupení dotázaných vůči skutečnému počtu cizinců z Vietnamu a Ukrajiny v ČR tomu neodpovídá. Lze však poukázat i na shodu v krajích Libereckém, Pardubickém a Olomouckém, v nichž nízký počet respondentů koreluje s jejich podílem na celkové populaci. Na nerovnoměrné rozložení respondentů je třeba brát zvláštní zřetel při interpretaci veškerých výsledků. Níže uvedená tabulka (tab. 3) zobrazuje základní data o studovaných populacích. Těmi jsou respondenti – cizinci z Ukrajiny a Vietnamu na území Česka – účastníci se výzkumu PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013). Tabulka zobrazuje podíly a absolutní počty respondentů z hlediska jednotlivých proměnných, resp. faktorů, se kterými bylo pracováno v analytické části. Jednotlivé sledované faktory jsou dále detailněji rozebírány formou doprovodných textů, grafů a kartogramů.

**Tab. 3 – Základní údaje o respondentech**

Sledované faktory	Kategorie	Počet resp.	%	Státní občanství	
					
státní občanství	Ukrajina	477	52,5	-	
	Vietnam	432	47,5		
pohlaví	muž	538	59,2	288	250
	žena	371	40,8	189	182
věk	15-29	311	34,4	131	180
	30-44	390	43,2	224	166
	45+	202	22,4	119	83
druh pobytu v Česku	dlouhodobé vízum, pobyt	471	51,8	297	174
	trvalý pobyt, azyl	387	42,6	147	240
	jiný	51	5,6	33	18
rodinný stav	ženatý/vdaná – manžel/ka nežije v ČR	135	14,9	88	47
	ženatý/vdaná – manžel/ka žije v ČR	334	36,9	140	194
	svobodný, rozvedený, vdovec – má partnera mimo ČR	75	8,3	45	30
	svobodný, rozvedený, vdovec – má partnera v ČR	109	12,0	65	44
	svobodný, rozvedený, vdovec – bez partnera	252	27,8	137	115

Sledované faktory	Kategorie	Počet resp.	%	Státní občanství	
					
vzdělání	základní	197	21,6	74	123
	střední bez státní zkoušky – maturity	276	30,3	149	127
	střední se státní zkouškou – maturitou	300	33,0	164	136
	vyšší	66	7,3	35	31
	vysokoškolské	71	7,8	56	15
výdělečná činnost	zaměstnanec podniku	257	37,6	214	43
	zaměstnanec agentury nebo klient	79	11,5	67	12
	podnikatel pracující v podniku na základě živnostenského listu	93	13,6	28	65
	samostatný podnikatel bez zaměstnanců nebo se zaměstnanci	190	27,8	30	160
	jiné postavení	65	9,5	25	40
hodnocení vlastního zdravotního stavu	velmi dobrý	322	35,4	147	175
	dobrý	426	46,8	245	181
	ani dobrý, ani špatný	152	16,7	79	73
	špatný	8	0,9	5	3
	velmi špatný	2	0,2	2	0
zajištění zdravotní péče	plně hrazenou z veřejného zdravotního pojištění	460	50,9	234	226
	plně hrazenou ze smluvního (komerčního) zdravotního pojištění	193	21,3	111	82
	částečně hrazenou ze smluvního (komerčního) zdravotního pojištění a částečně hrazenou z vlastních prostředků	143	15,8	74	69
	nemám zdravotní pojištění, v případě nemoci hradím sám/sama	108	11,9	56	52

**Zdroj:** Výzkum PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013), vlastní výpočty (SPSS).

Z tab. 3 je patrné, že profil studovaných jedinců se zásadně neliší a lze tak s jistou mírou opatrnosti studovat data bez rozdělení dle země původu. Sledované faktory, resp. analyzované proměnné jsou jednak *demografického* charakteru, tedy věk, pohlaví, vzdělání – a dále proměnné *sociokulturní*, představující znaky reprezentující společnost – například národnost.

### Státní občanství

Státní příslušnost lze z pohledu zastoupení ve sledovaném vzorku populace považovat za reprezentativní, a to s ohledem na skutečnost, že 47,5 % respondentů jsou Vietnamci a 52,5 % Ukrajinci. Rozdíl v zastoupení zkoumaných národnostních skupin migrantů tedy činí pouze 5 procentuálních bodů.

### Pohlaví

Dle pohlaví jsou početnější skupinou respondenti mužského pohlaví, kteří tvoří 59 % z celkového počtu respondentů. Podíl žen na celkovém počtu respondentů pak tvoří zbylých 41 %.

## Věk

Věkovou skladbu respondentů popisuje tabulka 4 a graf 1 níže.

**Tab. 4 – Věk respondentů**

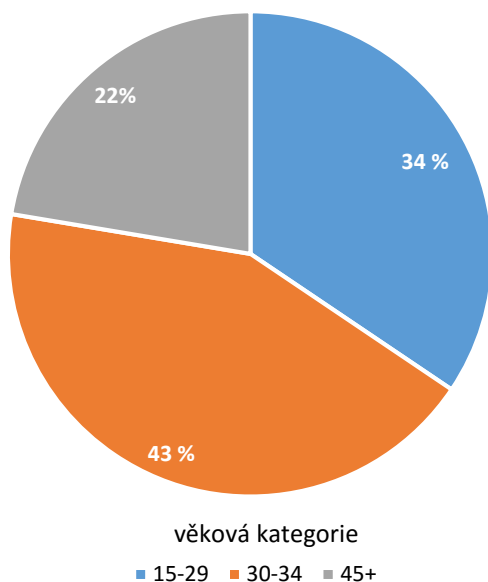
Státní občanství	průměr	medián	modus	minimum	maximum
Vietnam	33,36	32	28	15	65
Ukrajina	36,41	36	28	15	62
dohromady	34,96	34	28	15	65

**Zdroj:** Výzkum PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013), vlastní výpočty (SPSS).

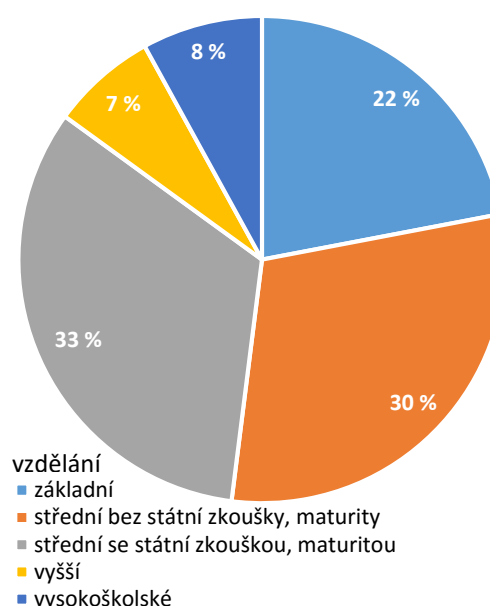
Z tab. 4 je zřejmé, že v průměru mladší populací jsou respondenti z Vietnamu. Mediánový věk činí u dotázaných z Ukrajiny 36 let, zatímco u Vietnamců 32 let. Nejčastěji jsou mezi respondenty zastoupeny osoby ve věku 28 let. Spodní hranice věkového rozmezí je dána požadavkem dotazníkového šetření (minimální věk 15 let).

Respondenti byli na základě dostupných dat pro přehlednost transformováni do tří věkových kategorií: 15–29 let, 30–44 let a 45 let a více. V celkovém pohledu je nejvíce zastoupena věková skupina 30–44 let (43,2 %). Naopak nejméně respondentů je starší 45 let (22,4 %). U dotázaných z Ukrajiny spadá 43 % do věkové kategorie 30–44 let. Vzorek vietnamské populace je mladšího věku, nejvíce respondentů spadá do věkové kategorie 15–29 let (42 %), také zde je však početně zastoupena kategorie 30–44 let (39 %).

**Graf 1 – Věkové rozložení respondentů**



**Graf 2 – Vzdělání respondentů**



**Zdroj:** Výzkum PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013), vlastní zpracování.

**Druh pobytu v Česku**

Většina z respondentů disponuje dlouhodobým pobytem či vízem (52 %), trvalý pobyt nebo azyl má téměř 43 % studované populace. Zbylá část dotázaných má jiný druh pobytu v Česku. Při detailnějším pohledu na jejich původ je zřejmé, že dlouhodobý pobyt výrazně převažuje u migrantů z Ukrajiny. Trvalým pobytem naopak značně častěji disponují Vietnamci.

**Vzdělání**

Strukturu respondentů dle vzdělanosti zobrazuje výše uvedený graf 2. Dominantní je střední vzdělání, přičemž 33 % dotázaných má dokončené střední vzdělání se státní zkouškou (maturitou) a 30 % bez státní zkoušky (maturity). Pouze základním vzděláním disponuje 22 % respondentů. Vyšší (7 %) a vysokoškolské (8 %) vzdělání je mezi migranty z Vietnamu a Ukrajiny zastoupeno méně.

**Rodinný stav**

Při pohledu na strukturu respondentů dle jejich rodinného stavu, lze upozornit na podobné rozložení migrantů sezdaných a svobodných. Nejčastěji se však dotázaní hlásili ke skupině ženatý/vdaná s partnerem, který žije v Česku.

**Výdělečná činnost**

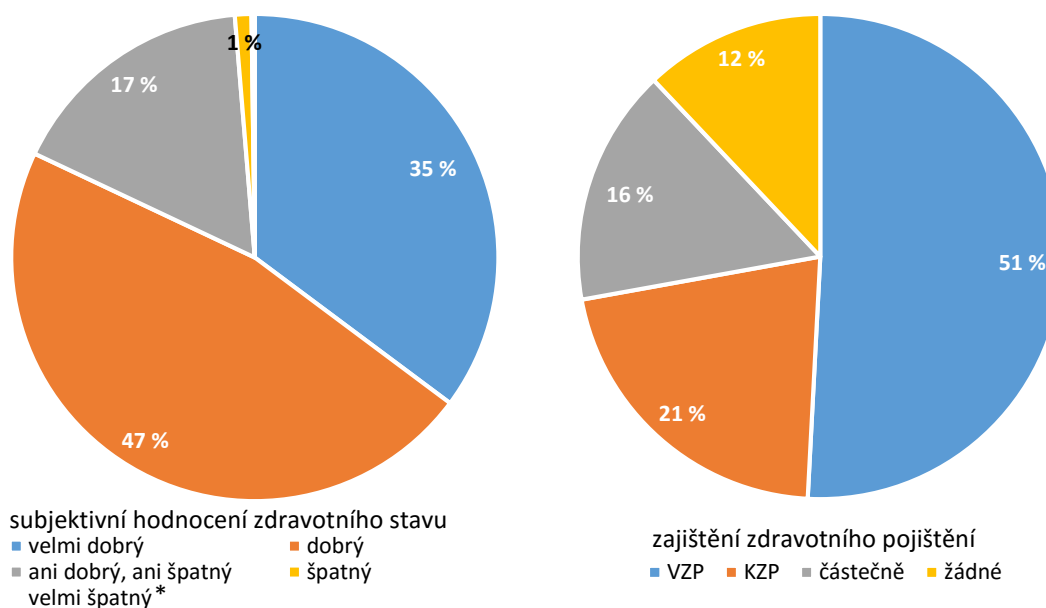
Respondenti se také v rámci dotazníku vyjadřovali ke svému zaměstnaneckému poměru. Migranti z Vietnamu se nejčastěji hlásili ke skupině „samostatný podnikatel bez zaměstnanců nebo se zaměstnanci“. Naopak migranti z Ukrajiny jsou v Česku nejčastěji v poměru „zaměstnanec podniku“.

### 5.1.2 Hodnocení vlastního zdravotního stavu a způsob zajištění zdravotní péče

Tato část práce se soustředí na analýzu subjektivního hodnocení zdravotního stavu migrantů a způsob, jakým mají zajištěnu zdravotní péči (zdravotní pojištění) v prostorových souvislostech.

Grafy 3 a 4 zobrazují základní informace o rozložení respondentů dle jejich subjektivního hodnocení vlastního zdravotního stavu a dle způsobu, jakým mají zajištěnu zdravotní péči (typ zdravotního pojištění).

**Graf 3 – Hodnocení vlastního zdravotního stavu**      **Graf 4 – Zajištění zdravotního pojištění**



**Pozn.:** \* možnost „velmi špatný“ zdravotní stav označilo pouze 0,2 % respondentů (graf nezobrazuje).

**Zdroj:** Výzkum PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013).

V celkovém pohledu hodnotí většina respondentů vlastní zdravotní stav jako *dobrý* (47 %) nebo *velmi dobrý* (35 %). Jako *špatný* vidí svůj zdravotní stav naopak pouze 1 % sledované populace (graf 3). Z výše uvedeného grafu 4 je zřejmé, že možnost zdravotního pojištění využívá 72 % dotázaných (653 respondentů), z nichž 51 % má zdravotní péči hrazenou plně z VZP a 21 % z KZP. Dalších 16 % je pojištěno alespoň částečně. Pouze 12 % (109 respondentů) naopak nevyužívá žádné zdravotní pojištění. Konkrétní údaje o způsobu zajištění zdravotní péče respondentů uvádí následující tabulka (tab. 5), spolu se zohledněním druhu pobytu v Česku a druhem výdělečné činnosti. Určujícími faktory, které nárokují právo migranta na užívání veřejného zdravotního pojištění, jsou status trvalého pobytu nebo azyl a zaměstnanecký poměr u zaměstnavatele se sídlem v Česku.

Tab. 5 – Zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění) u respondentů

Charakteristiky migranta		Zajištění zdravotní péče n (%)				Celkem
		plně hrazená z VZP	plně hrazená ze smluvního, KZP	částečně hrazená ze smluvního pojištění a částečně z vlastních prostředků	nemá zdravotní pojištění, vše hradí sám	
druh pobytu v Česku	dlouhodobé vízum, pobyt	180 (38,4)	120 (25,6)	94 (20,0)	75 (16,0)	469 (100)
	<b>trvalý pobyt, azyl</b>	<b>269 (70,1)</b>	<b>66 (17,2)</b>	<b>40 (10,4)</b>	<b>9 (2,3)</b>	<b>384 (100)</b>
	jiný	11 (21,6)	7 (13,7)	8 (15,7)	25 (49,0)	51 (100)
výdělečná činnost	<b>zaměstnanec podniku</b>	<b>146 (57,0)</b>	<b>49 (19,1)</b>	<b>39 (15,2)</b>	<b>22 (8,6)</b>	<b>256 (100)</b>
	<b>zaměstnanec agentury nebo klient</b>	<b>21 (26,6)</b>	<b>11 (13,9)</b>	<b>19 (24,1)</b>	<b>28 (35,4)</b>	<b>79 (100)</b>
	podnikatel pracující v podniku na živnostenský list	40 (43,5)	29 (31,5)	14 (15,2)	9 (9,8)	92 (100)
	samostatný podnikatel	98 (51,6)	40 (21,1)	40 (21,1)	12 (6,3)	190 (100)
	jiné postavení	24 (36,9)	14 (21,5)	7 (10,8)	20 (30,8)	65 (100)

**Pozn.:** Tučně jsou vyznačeny skupiny respondentů, kteří mají nárok na využívání VZP.

**Zdroj:** Výzkum PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013), vlastní výpočty (SPSS).

Z tab. 5 lze vyčíst, že existuje značné množství respondentů, jež mají právo využívat veřejné zdravotní pojištění (mají trvalý pobyt nebo mají statut zaměstnance ve firmě se sídlem v Česku), tento typ zajištění zdravotní péče nevyužívají. Téměř 30 % migrantů, kteří mají v Česku trvalý pobyt (29,9 %), veřejného zdravotního pojištění nevyužívá (mají zajištěnou zdravotní péči plně hrazenou z KZP; částečně hrazenou ze smluvního pojištění a částečně z vlastních prostředků; nemají zdravotní pojištění – vše si hradí sami). Poměr migrantů, kteří jsou zaměstnaní, a přesto nevyužívají VZP je dokonce více než 50 % (50,15 %).

Z tabulky 3 v úvodu podkapitoly je patrná odlišná skladba respondentů z Ukrajiny a Vietnamu dle typu jejich výdělečné činnosti. Z tohoto důvodu byla data týkající se využívání veřejného zdravotního pojištění u migrantů, jež na něj mají právo, podrobněji zkoumána. Celkem 47 % respondentů z Ukrajiny a 67 % z Vietnamu, kteří jsou vedeni jako zaměstnanci, veřejné zdravotní pojištění nevyužívá. Lze se domnívat, že tato skutečnost souvisí s vysokým zastoupením Ukrajinců v zaměstnaneckém poměru (77 %) a naopak značným podílem Vietnamců – podnikatelů (70,3 %). Dotázaní z Ukrajiny i Vietnamu, kteří mají v Česku trvalý pobyt nebo azyl, využívají veřejného zdravotního pojištění shodně ze 70 %.

Níže uvedená tabulka 6 uvádí využití VZP skupinami respondentů, kteří mají nárok být v systému veřejného zdravotního pojištění zařazeni v procentech dle vybraných charakteristik studované populace (státní příslušnost, pohlaví, věková skupina, vzdělání).

**Tab. 6 – Využívání veřejného zdravotního pojištění respondenty v %**

Charakteristika populace		Faktor určující možnost využívání VZP	
		trvalý pobyt, azyl	zaměstnanecký poměr
státní příslušnost	Ukrajina	70,1	53,4
	Vietnam	70,0	32,7
pohlaví	muž	67,7	49
	žena	73,3	51
věková skupina	15–29	75,8	44,2
	30–34	66,3	53,5
	45+	68,4	50,0
vzdělání	základní	81,7	46,9
	střední bez státní zkoušky, maturity	58,3	39,1
	střední se státní zkouškou, maturitou	71,2	49,6
	vyšší	63,6	85,0
	vysokoškolské	75,0	72,2

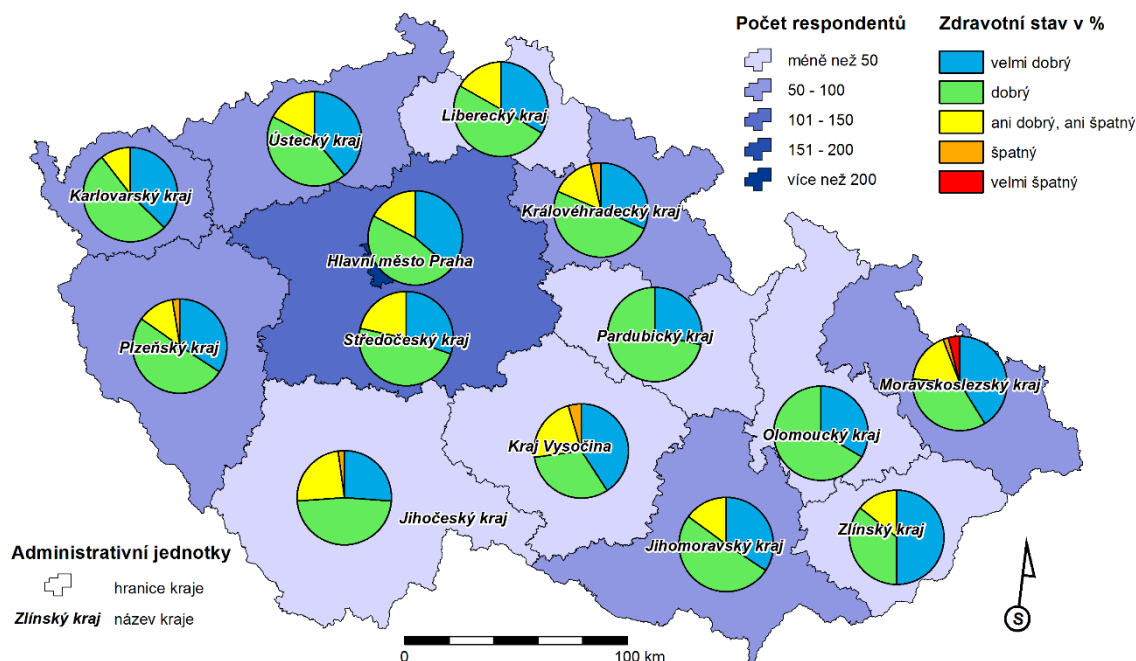
**Zdroj:** Výzkum PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013), vlastní výpočty (SPSS).

Z tab. 6 je zřejmé, že využívání veřejného zdravotního pojištění je u skupin respondentů, kteří na něj mají nárok odlišná v závislosti na sledovaných charakteristikách. Nejzřetelnější jsou rozdíly ve využívání VZP při zohlednění dosaženého vzdělání respondentů.

Respondenti s trvalým pobytem v Česku, jež mají nejvyšší dosažené vzdělání základní nebo vysokoškolské a respondenti, kteří mají dokončené vyšší nebo vysokoškolské vzdělání a jsou vedeni jako zaměstnanci, využívají veřejné zdravotní pojištění častěji. Zde lze tedy uvést, že vzdělanější respondenti, kteří jsou zaměstnanci firmy se sídlem v Česku, více využívají možnosti veřejného zdravotního pojištění nežli ti s nižším dosaženým vzděláním. Věk, se jako důležitý faktor ovlivňující využívání VZP ukázal naopak u respondentů s trvalým pobytem či azylem na území Česka. Můžeme se domnívat, že mladší část populace (15–29 let) lépe využívá možnosti veřejného zdravotního pojištění.

Následující obr. 3 znázorňuje formou kartogramu počet respondentů v jednotlivých krajích Česka a současně koláčovými grafy zobrazuje jejich subjektivní hodnocení vlastního zdravotního stavu.

Obr. 3 – Počet respondentů (plocha kartogramu) a jejich hodnocení vlastního zdravotního stavu (koláčový graf) v %, kraje Česka, 2013



**Zdroj:** Výzkum PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013), ArcČR 500, v.3.2, vlastní zpracování.

Nejvíce respondentů se účastnilo výzkumu PřF UK v hlavním městě Praze (297) a ve Středočeském kraji (103). Naopak nejméně dat je k dispozici z krajů Olomouckého (6 respondentů) a Pardubického (7 respondentů). Z důvodu značných nerovnoměrností v zastoupení respondentů v jednotlivých krajích je nutné k výsledkům prostorové deskripce přistupovat s opatrností.

Všeobecně lze pozorovat převahu pozitivního hodnocení svého zdravotního stavu u migrantů z Vietnamu a Ukrajiny (velmi dobrý, dobrý), přičemž nejčastější byla odpověď „dobrá“. Hodnocení „velmi špatný“ uvedli pouze respondenti v Moravskoslezském kraji (4 %). Díky uvedenému kartogramu (obr. 3) a uvedené tabulce 5 lze pozorovat odlišnosti ve vnímání vlastního zdravotního stavu v závislosti na místě pobytu respondentů v jednotlivých krajích Česka. Nejlépe svůj zdravotní stav vnímají respondenti žijící v kraji Karlovarském (hodnocení „velmi dobrý“ a „dobrá“ 89,5 %), Pardubickém (100 %) a Olomouckém (100 %). Výsledky u krajů Pardubického a Olomouckého však mohou být zkresleny nízkým absolutním počtem respondentů. Naopak častější neutrální až negativní postoj v hodnocení zdravotního stavu lze pozorovat v Jihočeském a Moravskoslezském kraji. Data, týkající se hodnocení vlastního zdravotního stavu respondentů v závislosti na místě jejich pobytu zobrazuje tabulka 7 níže.



Tab. 7 – Hodnocení vlastního zdravotního stavu respondenty, kraje Česka

Kraj	Hodnocení vlastního zdravotního stavu v n (%)				
	velmi dobrý	dobrý	ani dobrý, ani špatný	špatný	velmi špatný
Hlavní město Praha	107 (36,0)	137 (46,1)	51 (17,2)	2 (0,7)	0 (0,0)
Středočeský	31 (30,1)	49 (47,6)	22 (21,4)	1 (1,0)	0 (0,0)
Jihočeský	12 (26,1)	22 (47,8)	11 (23,9)	1 (2,2)	0 (0,0)
Plzeňský	27 (34,2)	40 (50,6)	10 (12,7)	2 (2,5)	0 (0,0)
Karlovarský	25 (37,3)	35 (52,2)	7 (10,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ústecký	34 (39,1)	38 (43,7)	15 (17,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
Liberecký	4 (33,3)	6 (50,0)	2 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Královéhradecký	17 (31,5)	27 (50,0)	8 (14,8)	2 (3,7)	0 (0,0)
Pardubický	2 (28,6)	5 (71,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Vysočina	9 (40,9)	7 (31,8)	5 (22,7)	1 (4,5)	0 (0,0)
Jihomoravský kraj	23 (34,3)	34 (50,7)	10 (14,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
Olomoucký	2 (33,3)	4 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Zlínský	7 (50,0)	5 (35,7)	2 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Moravskoslezský	21 (41,9)	18 (35,3)	9 (17,6)	1 (2,0)	2 (3,9)

**Zdroj:** Výzkum PŘF UK ve spolupráci s CVVM (2013), vlastní výpočty (SPSS).

Z obr. 3 a tab. 7 je patrné, že u studované populace převažuje spíše pozitivní hodnocení vlastního zdravotního stavu. Lze se domnívat, že migranti se v porovnání s domovskou populací cílové země cítí zdravější a tudíž méně navštěvují lékaře. Tento stav lze charakterizovat jako tzv. „efekt zdravého migranta“. Efekt však přetrvává pouze v prvních letech pobytu migranta mimo rodnou zemi, následně například z důvodu zvyšování stresové zátěže, změn chování a návyků mizí (Jelínková 2007). Cizinec, který přijíždí do Česka, a je oproti většinové populaci země pocitově „zdravější“, svou výhodu dle Jelínkové (2007) během několika let ztrácí a následně je na tom ve srovnání s většinovou populací země stejně, nebo jak uvádí Lucas (2003), dokonce hůře.

Pro prověření rozdílnosti, respektive shodnosti, vnímání vlastního zdravotního stavu respondenty v jednotlivých krajích Česka byla data analyzována pomocí analýzy rozptylu. Byla formulována nulová hypotéza  $H_0$ : *Mezi kraji nejsou rozdíly v hodnocení vlastního zdravotního stavu u respondentů výzkumu PŘF UK*. Výsledky provedené analýzou rozptylu uvádí tabulka 8 níže.

Tab. 8 – Výsledky analýzy rozptylu (závisle proměnná = zdravotní stav; faktor = kraje ČR)

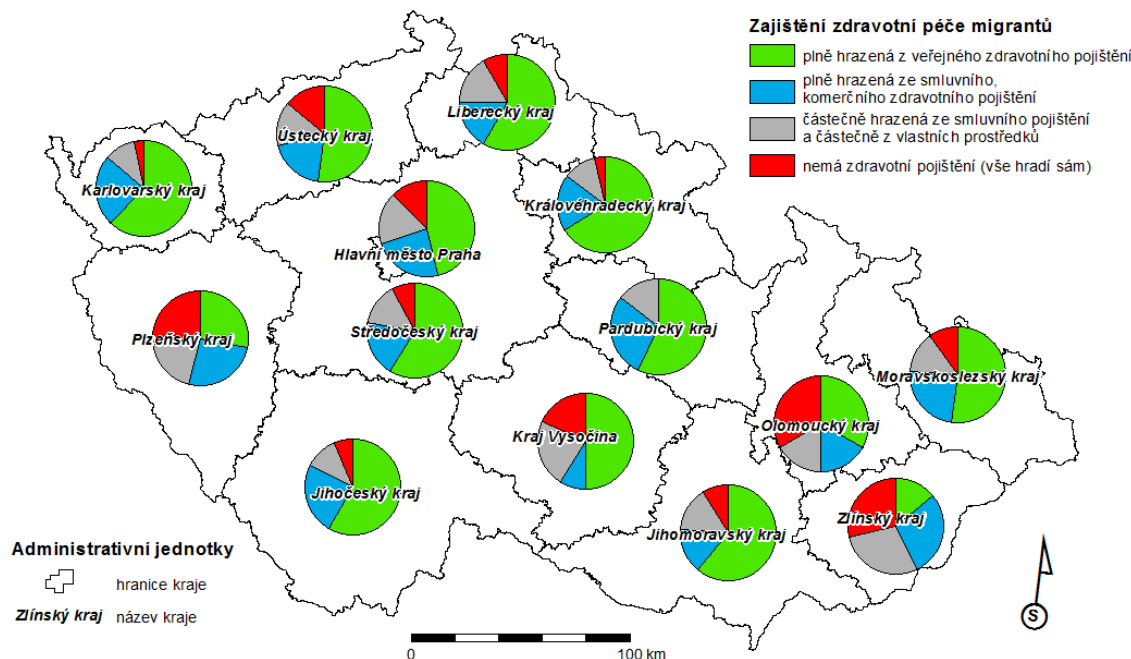
Variabilita	Součet čtverců	Stupně volnosti	Průměrný čtverec	F statistika	Sig.
průměrů tříd	4,659	13	0,358	0,651	0,812
reziduální	493,104	895	0,551		
celková	497,763	908			

**Zdroj:** Výzkum PŘF UK ve spolupráci s CVVM (2013), vlastní výpočty (SPSS).

Na základě výsledků, uvedených v tab. 8, lze přijmout nulovou hypotézu na 5% hladině významnosti ( $p > 0,05$ ) a uvést, že *neexistují statisticky významné rozdíly v hodnocení vlastního zdravotního stavu respondenty v jednotlivých krajích Česka*.

Níže uvedený obr. 4 znázorňuje způsob zajištění zdravotní péče respondenty v jednotlivých krajích Česka. Z obrázku je patrná zřetelná prostorová diferenciací zejména v zastoupení respondentů, kteří nemají žádné zdravotní pojištění (vše si hradí sami).

Obr. 4 – Zajištění zdravotní péče respondentů v % (koláčový graf), kraje Česka, 2013



**Zdroj:** Výzkum PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013), ArcČR 500, v.3.2, vlastní zpracování.

Nejvyšší poměr respondentů s nezajištěným zdravotním pojištěním se vyskytuje v krajích Olomouckém (33 %), Zlínském (29 %) a Plzeňském (27 %). Naopak vůbec nebo velmi málo jsou zastoupeni v kraji Karlovarském (3 %) a Královéhradeckém (4 %). Ve většině krajů převažuje zdravotní péče plně hrazená z veřejného zdravotního pojištění, nejvýrazněji v krajích Karlovarském, Královéhradeckém, Jihočeském, Jihomoravském, Libereckém, Pardubickém, Středočeském, Ústeckém a Moravskoslezském (více než 50 %). Výjimku lze najít ve Zlínském kraji, který je poměrně specifický. U respondentů převažuje zdravotní péče částečně hrazená ze smluvního pojištění a částečně z vlastních prostředků, značně je zde však zastoupena také plně hrazená zdravotní péče ze smluvního, KZP, přičemž – jak již bylo zmíněno – značný poměr respondentů nemá žádné zdravotní pojištění. K interpretaci výsledků ve Zlínském kraji je však třeba přistupovat opatrně, vzhledem k nízkému absolutnímu počtu respondentů a současně nízkému celkovému počtu migrantů z Ukrajiny a Vietnamu v této oblasti. Konkrétní data, týkající se zajištění zdravotní péče respondentů v závislosti na místě jejich pobytu zobrazuje tabulka 9 dále.

Tab. 9 – Zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění) respondenty, kraje Česka

Kraj	Zajištění zdravotní péče v n (%)			
	plně hrazená z VZP	plně hrazená ze smluvního, KZP	částečně hrazená ze smluvního pojištění a částečně z vlastních prostředků	nemá zdravotní pojištění, vše hradí sám
Hlavní město Praha	137 (46,3)	69 (23,3)	53 (17,9)	37 (12,5)
Středočeský	61 (58,7)	20 (19,2)	15 (14,4)	8 (7,7)
Jihočeský	27 (58,7)	11 (23,9)	5 (10,9)	3 (6,5)
Plzeňský	22 (28,2)	20 (25,6)	15 (19,2)	21 (26,9)
Karlovarský	41 (62,1)	16 (24,2)	7 (10,6)	2 (3,0)
Ústecký	45 (52,3)	16 (18,6)	13 (15,1)	12 (14,0)
Liberecký	7 (58,3)	2 (16,7)	2 (16,7)	1 (8,3)
Královéhradecký	35 (66,0)	10 (18,9)	6 (11,3)	2 (3,8)
Pardubický	4 (57,1)	2 (28,6)	1 (16,3)	0 (0,0)
Vysočina	11 (50,0)	2 (9,1)	5 (22,7)	4 (18,2)
Jihomoravský kraj	41 (61,2)	10 (14,9)	10 (14,9)	6 (9,0)
Olomoucký	2 (33,3)	1 (16,7)	1 (16,7)	2 (33,3)
Zlínský	2 (14,3)	4 (28,6)	4 (28,6)	4 (28,6)
Moravskoslezský	26 (52,0)	12 (24,0)	7 (14,0)	5 (10,0)

**Zdroj:** Výzkum PŘF UK ve spolupráci s CVVM (2013), vlastní výpočty (SPSS).

V celkovém pohledu jsou nejvíce zastoupeni respondenti, kteří mají zajištěnou zdravotní péči plně hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Nejvyšší procentuální zastoupení VZP lze sledovat u dotázaných v Královéhradeckém kraji (66 %), Karlovarském (62,1 %) a Jihomoravském (61,2 %). Naopak velmi málo se plně hrazená zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění vyskytuje mezi respondenty v Plzeňském kraji (28,2 %). Zde je zároveň jedno z největších zastoupení dotázaných, kteří nemají zajištěno žádné zdravotní pojištění a musí si veškerou zdravotní péči hradit sami.

Dle Hánové a Jelínkové (2010) je Plzeňsko oblastí, ve které se cizinci potýkají s množstvím problémů, vyplývajících z opatření, která zde byla v reakci na tzv. ekonomickou krizi v r. 2008 ze strany státu a plzeňské cizinecké policie nastavena. Autorky ve svém článku upozornily na špatné pracovní podmínky (dlouhá pracovní doba, absence ochranných zdravotních pomůcek aj.) a zároveň na fakt, že cizinci-podnikatelé jsou zde odkázáni zejména na nabídku českých komerčních zdravotních pojišťoven. Většinou však migranti platí zdravotní ošetření v hotovosti a následně musí vymáhat na asistentech pojišťoven proplácení léčebných výloh, které ale pojišťovny velmi často odmítají proplatit a migrant tak v důsledku platí zdravotní péči ze svých prostředků (Hánová, Jelínková 2010).

Územní nerovnosti ve způsobu zajištění zdravotní péče u respondentů (typ zdravotního pojištění) byly testovány za pomoci několika výpočtů metodou binární logistické regrese. Pro účely statistického testování zvolenou metodou byly vytvořeny 2 kategorie závisle proměnné: „zajištěné zdravotní pojištění“ a „nezajištěné zdravotní pojištění“. Ověřována byla souvislost mezi jednotlivými faktory (nezávisle proměnnými) a zajištěním zdravotního pojištění (závisle proměnnou). Testovány byly faktory (nezávisle proměnné), vytipované jako potenciálně ovlivňující způsob zajištění zdravotní péče (pohlaví, věk, kraje Česka, vzdělání, rodinný stav).

Níže uvedené oddíly představují jednotlivé výpočty binární logistické regrese, jež jsou pro přehlednost nazvány podle jednotlivých vstupujících nezávisle proměnných.

#### a) Kraj, věk a pohlaví

Nezávisle proměnné, jež vstupovaly do výpočtu binární logistické regrese, byly *kraj*, *věk* a *pohlaví*. Výsledky představuje níže uvedená tabulka (tab. 10).

**Tab. 10 – Pravděpodobnost zajištění zdravotního pojištění v porovnání s dalšími faktory – kraj, věk, pohlaví (standardizované OR jako výsledek logistické regrese; závisle proměnná v případě zajištění zdravotního pojištění = 0, v případě nezajištění zdravotního pojištění = 1; standardizováno na kraj, věk a pohlaví)**

	Nezávisle proměnné	OR	95% Interval spolehlivosti	
			Spodní	Horní
kraj	Hl. město Praha - REF	1	-	-
	Středočeský	0,573	0,256	1,286
	Jihočeský	0,491	0,145	1,667
	<b>Plzeňský</b>	<b>2,708</b>	<b>1,472</b>	<b>4,979</b>
	<b>Karlovarský</b>	<b>0,254</b>	<b>0,067</b>	<b>0,963</b>
	Ústecký	1,123	0,555	2,271
	Liberecký	0,537	0,049	5,833
	Královehradecký	0,334	0,084	1,332
	Pardubický	0,000	0,000	.
	Vysočina	1,632	0,513	5,186
	Jihomoravský	0,709	0,289	1,744
	Olomoucký	3,939	0,732	21,202
	Zlínský	2,839	0,853	9,451
	Moravskoslezský	0,846	0,324	2,207
věk	15–29	0,676	0,547	1,19
	30–44	0,728	0,523	0,907
	45+ - REF	1	-	-
pohlaví	<b>muž</b>	<b>1,010</b>	<b>0,045</b>	<b>1,569</b>
	žena - REF	1	-	-

**Pozn.:** Tučně jsou vyznačeny hodnoty s  $p < 0,05$ .

**Zdroj:** Výzkum PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013), vlastní výpočty (SPSS).

Výsledky testování prokázaly, že statisticky významné rozdíly ve využívání zdravotního pojištění se vyskytují v závislosti na proměnných *kraj* a *pohlaví* ( $p < 0,05$ ). Analýza odhalila téměř 3× vyšší pravděpodobnost nevyužívání zdravotního pojištění u migrantů v Plzeňském kraji oproti respondentům z hl. m. Prahy (OR = 2,708; 95% IS = 1,472–4,979). Lze se domnívat, že

situace v Plzeňském kraji souvisí s již zmíněnou problematickou situací ovlivněnou zásahy státu a plzeňské cizinecké policie v reakci na tzv. ekonomickou krizi v r. 2008 (viz oddíl 5.2.1).

U respondentů ze sousedního Karlovarského kraje byla naopak odhalena vyšší pravděpodobnost zajištění zdravotního pojištění ve srovnání s hlavním městem Prahou (OR = 0,254; 95% IS = 0,067–0,963). Nezávisle proměnná *pohlaví*, poukázala na vyšší pravděpodobnost zajištění zdravotní péče u žen než u mužů (OR = 1,010; 95% IS = 0,045–1,569). Do analýzy vstupovala také nezávisle proměnná *věk*, výsledky testování však nebyly statisticky významné ( $p > 0,05$ ).

#### b) Kraj, vzdělání, věk a pohlaví

Do této statistické analýzy vstoupily jako nezávisle proměnné *kraj*, *vzdělání*, *věk*, *pohlaví*. Standardizace kategorizovaných nezávisle proměnných probíhala podle kraje, vzdělání, věku a pohlaví. Výsledky uvádí níže uvedená tabulka (tab. 11).

**Tab. 11 – Pravděpodobnost zajištění zdravotního pojištění v porovnání s dalšími faktory – kraj, vzdělání, věk, pohlaví (standardizované OR jako výsledek logistické regrese; závisle proměnná v případě zajištění zdravotního pojištění = 0, v případě nezajištění zdravotního pojištění = 1; standardizováno na kraj, vzdělání, věk a pohlaví)**

Nezávisle proměnné		OR	95% Interval spolehlivosti	
			Spodní	Horní
kraj	Hl. město Praha - REF	1	-	-
	Středočeský	0,551	0,244	1,244
	Jihočeský	0,456	0,133	1,561
	<b>Plzeňský</b>	<b>2,401</b>	<b>1,287</b>	<b>4,482</b>
	<b>Karlovarský</b>	<b>0,214</b>	<b>0,056</b>	<b>0,816</b>
	Ústecký	1,032	0,506	2,106
	Liberecký	0,490	0,044	5,431
	Královehradecký	0,289	0,072	1,162
	Pardubický	0,000	0,000	.
	Vysočina	1,304	0,403	4,222
	Jihomoravský	0,727	0,294	1,801
	Olomoucký	3,245	0,589	17,875
	Zlínský	2,508	0,738	8,520
	Moravskoslezský	0,732	0,277	1,934
vzdělání	základní	3,391	0,999	11,510
	<b>střední bez státní zkoušky, maturity</b>	<b>4,192</b>	<b>1,276</b>	<b>13,767</b>
	střední se státní zkouškou, maturitou	1,826	0,541	6,167
	vyšší	2,895	0,720	11,651
	vysokoškolské - REF	1	-	-
věk	15–29	1,205	0,676	2,150
	30–44	0,901	0,516	1,571
	45+ - REF	1	-	-
pohlaví	muž	1,481	0,948	2,314
	žena - REF	1	-	-

**Pozn.:** Tučně jsou vyznačeny hodnoty s  $p < 0,05$ .

**Zdroj:** Výzkum PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013), vlastní výpočty (SPSS).

Výsledky testování prokázaly, že statisticky významné rozdíly ve využívání zdravotního pojištění se vyskytují v závislosti na proměnných *kraj* a *vzdělání* ( $p < 0,05$ ). Po vstupu nezávisle proměnné *vzdělání* je riziko nezajištění zdravotní péče migrantů v Plzeňském kraji 2,5× vyšší oproti migrantům žijícím v hl. m. Praze (OR = 2,401; 95% IS = 1,287–4,482). Současně analýza potvrdila vyšší pravděpodobnost zajištění zdravotní péče u migrantů žijících v Karlovarském kraji oproti migrantům žijícím v hl. m. Praze (OR = 0,214; 95% IS = 0,056–0,816). Migranti, jež dokončili střední školu bez státní zkoušky nebo maturity, mají více než 4× vyšší pravděpodobnost nezajištění zdravotní péče než vysokoškolsky vzdělaní migranti (OR = 4,192; 95% IS = 1,276–13,767). Stejně jako u předchozího výpočtu nebyl prokázán vliv věku na využívání zdravotního pojištění ( $p > 0,05$ ).

Lze se domnívat, že vyšší pravděpodobnost nezajištění zdravotního pojištění u migrantů, kteří mají nižší dosažený stupeň vzdělání, může souviset s omezenou schopností orientace v systému zdravotnictví v Česku, než je tomu u migrantů s vyšším dosaženým vzděláním.

### c) Kraj, vzdělání, věk, rodinný stav a pohlaví

Do binární logistické regrese vstoupily nezávisle proměnné *kraj*, *vzdělání*, *věk*, *rodinný stav*, *pohlaví*. Standardizace kategorizovaných nezávisle proměnných probíhala podle *kraje*, *vzdělání*, *věku*, *rodinného stavu* a *pohlaví*. Výsledky představuje níže uvedená tabulka (tab. 12).

**Tab. 12 – Pravděpodobnost zajištění zdravotního pojištění v porovnání s dalšími faktory – kraj, vzdělání, věk, rodinný stav, pohlaví (standardizované OR jako výsledek logistické regrese; závisle proměnná v případě zajištění zdravotního pojištění = 0, v případě nezajištění zdravotního pojištění = 1; standardizováno na kraj, vzdělání, věk, rodinný stav a pohlaví)**

Nezávisle proměnné		OR	95% Interval spolehlivosti	
			Spodní	Horní
kraj	Hl. město Praha - REF	1	-	-
	Středočeský	0,558	0,244	1,276
	Jihočeský	0,550	0,156	1,937
	<b>Plzeňský</b>	<b>2,580</b>	<b>1,340</b>	<b>4,966</b>
	<b>Karlovarský</b>	<b>0,245</b>	<b>0,063</b>	<b>0,952</b>
	Ústecký	1,380	0,658	2,895
	Liberecký	0,369	0,032	4,249
	Královehradecký	0,289	0,071	1,176
	Pardubický	0,000	0,000	.
	Vysočina	1,256	0,371	4,249
	Jihomoravský	0,727	0,274	1,932
	Olomoucký	3,431	0,565	20,823
	<b>Zlínský</b>	<b>4,175</b>	<b>1,119</b>	<b>15,579</b>
	Moravskoslezský	0,876	0,322	2,379
vzdělání	základní	3,214	0,930	11,112
	<b>střední bez státní zkoušky, maturity</b>	<b>4,399</b>	<b>1,316</b>	<b>14,708</b>
	střední se státní zkouškou, maturitou	2,105	0,612	7,238
	vyšší	3,720	0,876	15,806
	vysokoškolské - REF	1	-	-

Nezávisle proměnné		OR	95% Interval spolehlivosti	
			Spodní	Horní
věk	15 – 29	1,249	0,725	2,153
	30 – 44	1,445	0,749	2,790
	45 +/- REF	1	-	-
rodinný stav	ženatý/vdaná - manžel/ka nežije v ČR - REF	1	-	-
	<b>ženatý/vdaná - manžel/ka žije v ČR</b>	<b>0,230</b>	<b>0,108</b>	<b>0,488</b>
	svobodný, rozvedený, vdovec - má partnera mimo ČR	1,552	0,694	3,470
	svobodný, rozvedený, vdovec - má partnera v ČR	1,100	0,496	2,441
	svobodný, rozvedený, vdovec - bez partnera	1,424	0,737	2,748
pohlaví	muž	1,302	0,814	2,085
	žena – REF	1	-	-

**Pozn.:** Tučně jsou vyznačeny hodnoty s  $p < 0,05$ .

**Zdroj:** Výzkum PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013), vlastní výpočty (SPSS).

Výsledky testování prokázaly, že statisticky významné rozdíly ve využívání zdravotního pojištění se vyskytují v závislosti na proměnných *kraj*, *vzdělání* a *rodinný stav* ( $p < 0,05$ ). Po vstupu nezávisle proměnné *rodinný stav* do statistické analýzy bylo ve Zlínském kraji odhaleno 4× vyšší riziko nezajištění zdravotního pojištění oproti hl. m. Praze (OR = 4,175; 95% IS = 1,119–15,579). Obdobně jako v předchozích výpočtech se prokázala vyšší pravděpodobnost, že migranti z Plzeňského kraje nebudou ve srovnání s Prahou využívat zdravotní pojištění (OR = 2,580; 95% IS = 1,340–4,966), a že respondenti, žijící v sousedním Karlovarském kraji budou spíše pojištěni než migranti žijící v hl. m. Praze (OR = 0,245; 95% IS = 0,063–0,952). Migranti, jež dokončili střední školu bez státní zkoušky nebo maturity, mají 4× vyšší pravděpodobnost, že nebudou využívat zdravotní pojištění než migranti s dokončeným vysokoškolským vzděláním (OR = 4,399; 95% IS = 1,316–14,708). Analýza taktéž potvrdila vliv rodinného stavu na využívání zdravotního pojištění. Sezdaní migranti, jejichž partner žije v Česku, mají vyšší pravděpodobnost, že budou využívat zdravotní pojištění než sezdaní migranti s partnerem žijícím mimo území Česka (OR = 0,230; 95% IS = 0,108–0,488). Jako v předchozích analýzách se opět neprojevil vliv věku jako ovlivňujícího faktoru využívání či naopak nevyužívání zdravotního pojištění.

### 5.1.3 Využívání zdravotních služeb migranty

Souvislost mezi dosaženým vzděláním a četností návštěv lékaře byla statisticky analyzována za pomoci dvou výpočtů metodou ordinální logistické regrese.

Níže uvedené oddíly představují jednotlivé výpočty ordinální logistické regrese, které jsou pro přehlednost nazvány podle nezávisle proměnných vstupujících do jednotlivých analýz a dle závisle proměnné (četnost návštěvy u lékaře – praktického či specializovaného).

#### a) Četnost návštěv migrantů u praktického lékaře v souvislosti s jejich věkem, pohlavím a vzděláním

Do tohoto výpočtu ordinální logistické regrese vstoupily jako nezávisle proměnné *věk*, *pohlaví* a *vzdělání*. Závisle proměnnou zde představovala četnost návštěv respondentů u praktického lékaře. Výsledky představuje níže uvedená tabulka (tab. 13).

**Tab. 13 – Četnost využití zdravotních služeb u praktického lékaře v porovnání s dalšími faktory – věk, pohlaví, vzdělání (OR jako výsledek logistické regrese; závisle proměnná v případě, kdy nenavštívil praktického lékaře = 0, 1× navštívil praktického lékaře = 1, opakovaně navštívil praktického lékaře = 2; standardizováno na věk, pohlaví a vzdělání)**

Nezávislé proměnné		OR	95% Interval spolehlivosti	
			Spodní	Horní
věk	15–29	0,864	0,603	1,238
	30–44	0,936	0,668	1,310
	45+ - REF	1	-	-
pohlaví	<b>muž</b>	<b>0,741</b>	<b>0,568</b>	<b>0,966</b>
	žena - REF	1	-	-
vzdělání	základní	0,827	0,486	1,407
	střední bez státní zkoušky, maturity	0,953	0,575	1,580
	střední se státní zkouškou, maturitou	0,938	0,571	1,542
	vyšší	1,163	0,605	2,236
	vysokoškolské - REF	1	-	-

**Pozn.:** Tučně jsou vyznačeny hodnoty s  $p < 0,05$ .

**Zdroj:** Výzkum PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013), vlastní výpočty (SPSS).

Výsledky testování prokázaly, že statisticky významné rozdíly v četnosti návštěv u praktického lékaře se vyskytují v závislosti na proměnné *pohlaví* ( $p < 0,05$ ). Analýza odhalila nižší pravděpodobnost častějších návštěv praktického lékaře u mužů, nežli u žen (OR = 0,741; 95% IS = 0,568–0,966). Lze tedy říci, že ženy budou s vyšší pravděpodobností častěji navštěvovat praktického lékaře než muži. V analýze se neprojevil vliv věku a vzdělání jako ovlivňujícího faktoru četnosti návštěv u praktického lékaře.

#### b) Četnost návštěv migrantů u specializovaného lékaře v souvislosti s jejich věkem, pohlavím, vzděláním a s velikostí skupinou obce

Nezávisle proměnné, jež vstupovaly do analýzy, byly *věk*, *pohlaví*, *vzdělání* a *velikostní skupina obce*. Výsledky dokládá dále uvedená tabulka 14 a grafy 5–7.



**Tab. 14 – Četnost využití zdravotních služeb u specializovaného lékaře v porovnání s dalšími faktory – věk, pohlaví, vzdělání, velikostní skupina obce (OR jako výsledek logistické regrese; závisle proměnná v případě, kdy nenavštívil specializovaného lékaře = 0, 1× navštívil specializovaného lékaře = 1, opakovaně navštívil specializovaného lékaře = 2; standardizováno na věk, pohlaví, vzdělání a velikostní skupinu obce)**

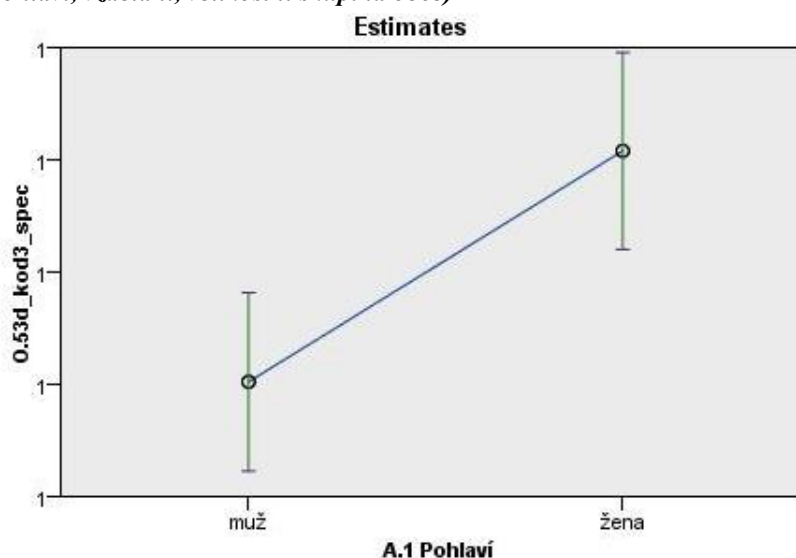
Nezávislé proměnné		OR	95% Interval spolehlivosti	
			Spodní	Horní
věk	15–29	1,190	0,819	1,730
	30–44	1,260	0,888	1,788
	45+ - REF	1	-	-
pohlaví	<b>Muž</b>	<b>0,606</b>	<b>0,462</b>	<b>0,796</b>
	žena - REF	1	-	-
vzdělání	<b>základní</b>	<b>0,536</b>	<b>0,311</b>	<b>0,924</b>
	střední bez státní zkoušky, maturity	0,740	0,444	1,236
	<b>střední se státní zkouškou, maturitou</b>	<b>0,588</b>	<b>0,355</b>	<b>0,975</b>
	Vyšší	0,859	0,443	1,668
	vysokoškolské - REF	1	-	-
velikostní skupina obce	méně než 5 000	1,001	0,595	1,683
	<b>5 000–29 999</b>	<b>1,656</b>	<b>1,163</b>	<b>2,358</b>
	<b>30 000–79 999</b>	<b>1,662</b>	<b>1,079</b>	<b>2,560</b>
	<b>80 000–999 999</b>	<b>1,645</b>	<b>1,114</b>	<b>2,430</b>
	1 000 000 a více - REF	1	-	-

**Pozn.:** Tučně jsou vyznačeny hodnoty s  $p < 0,05$ .

**Zdroj:** Výzkum PŘF UK ve spolupráci s CVVM (2013), vlastní výpočty (SPSS).

Testování prokázalo, že statisticky významné rozdíly v četnosti návštěv u specializovaného lékaře se vyskytují v závislosti na proměnných *pohlaví*, *vzdělání* a *velikostní skupina obce* ( $p < 0,05$ ). Analýza odhalila, že se tak jako v předchozí uvedené analýze, týkající se četnosti návštěv u praktického lékaře, vyskytuje riziko nižší četnosti návštěv specializovaného lékaře u mužů než u žen (OR = 0,606; 95% IS = 0,462–0,796) (graf 5).

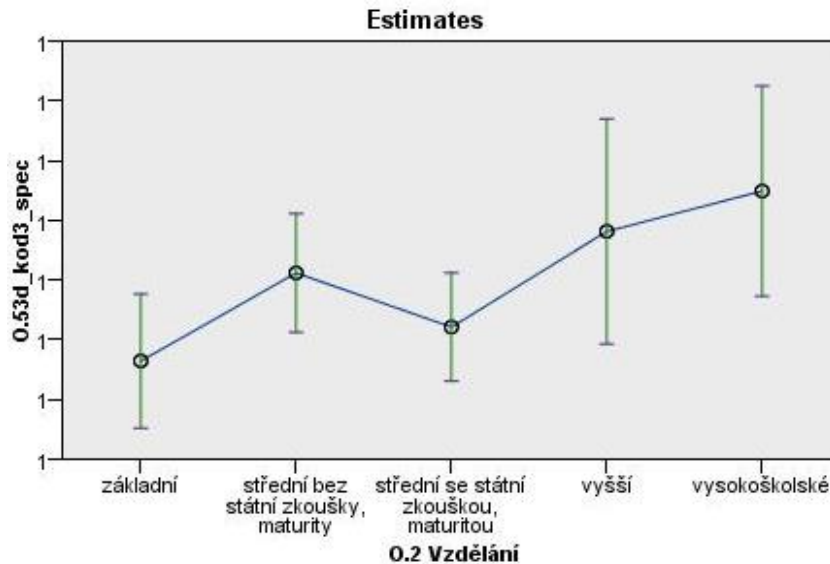
**Graf 5 – Pravděpodobnost četnosti návštěv specializovaného lékaře v závislosti na pohlaví (OR jako výsledek logistické regrese; standardizováno na věk, pohlaví, vzdělání, velikostní skupina obce)**



**Zdroj:** Výzkum PŘF UK ve spolupráci s CVVM (2013), vlastní výpočty (SPSS).

Výsledky analýzy ukázaly, že existují statisticky významné rozdíly v četnosti návštěv specializovaného lékaře v závislosti na dosaženém vzdělání (graf 6).

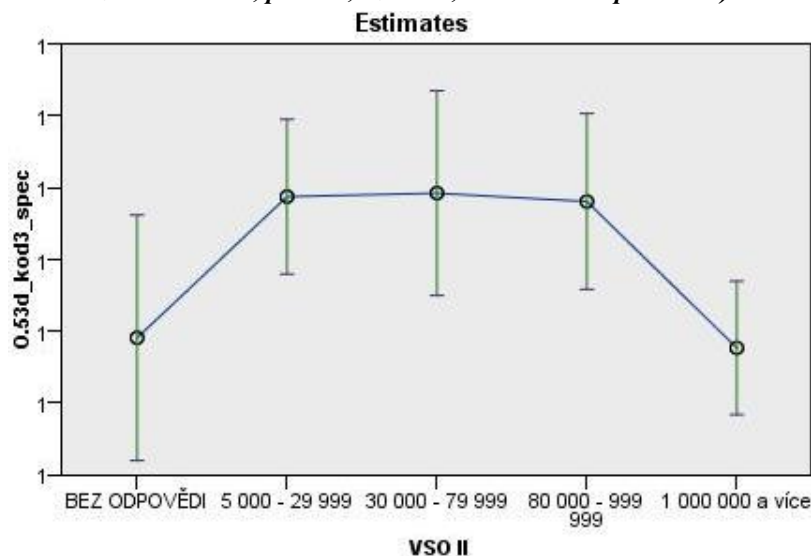
**Graf 6 – Pravděpodobnost četnosti návštěv specializovaného lékaře v závislosti na dosaženém vzdělání (OR jako výsledek logistické regrese; standardizováno na věk, pohlaví, vzdělání, velikostní skupina obce)**



**Zdroj:** Výzkum PŘF UK ve spolupráci s CVVM (2013), vlastní výpočty (SPSS).

Migranti se základním vzděláním, využívají služeb specializovaného lékaře méně často než respondenti vysokoškolsky vzdělaní (OR = 0,536; 95% IS = 0,311–0,924). Migranti, jež vystudovali střední školu se státní zkouškou nebo maturitou, vykazují vyšší pravděpodobnost méně častých návštěv u lékaře specialisty než migranti s vysokoškolským vzděláním (OR = 0,588; 95% IS = 0,355–0,975).

**Graf 7 – Pravděpodobnost četnosti návštěv specializovaného lékaře v závislosti na velikostní skupině obce (OR jako výsledek logistické regrese; standardizováno na věk, pohlaví, vzdělání, velikostní skupina obce)**



**Zdroj:** Výzkum PŘF UK ve spolupráci s CVVM (2013), vlastní výpočty (SPSS).

Výsledky analýzy ukázaly, že existují statisticky významné rozdíly v četnosti návštěv specializovaného lékaře v závislosti na velikostní skupině obce (graf 7). Migranti žijící v obcích s počtem obyvatel 5 000 až 29 999 mají vyšší pravděpodobnost, že budou častěji navštěvovat specializovaného lékaře než migranti žijící v hl. m. Praze (OR = 1,656; 95% IS = 1,163–2,358). Pravděpodobnost častějších návštěv u lékaře specialisty v porovnání se situací v Praze lze pozorovat i v obcích s počtem obyvatel od 30 000 do 79 999 (OR = 1,662; 95% IS = 1,079–2,560) a v obcích s 80 000 až 999 999 obyvateli (OR = 1,645; 95% IS = 1,114–2,430).

#### 5.1.4 Závěry statistického testování

Tato část práce se soustředí na vyhodnocení hypotéz H1, H2 a H3. Závěry vychází z provedené analýzy dat výzkumu PŘF UK.

**Hypotézu H1** („Migranti, kteří mají nárok být zařazeni v systému veřejného zdravotnictví, jeho péče nevyužívají, schopnost využívání veřejného zdravotního pojištění ovlivňují sledované faktory (věk, vzdělání respondenta apod.).“) lze na základě provedeného rozboru a interpretace dat **potvrdit**. Vysoké procento respondentů výzkumu PŘF UK, kteří mají právo čerpat v Česku veřejné zdravotní pojištění, tuto možnost nevyužívá. Konkrétně se jedná o 29,9 % respondentů s trvalým pobytem či azylem v Česku a 50,15 % dotázaných, kteří jsou zaměstnanci firmy se sídlem v Česku. Provedená analýza dat poskytla údaje o způsobech zajištění zdravotní péče respondentů a odhalila poměrně významný vliv faktorů – *státní občanství* (Ukrajinci více využívají VZP), *vzdělání* (respondenti s vyšším vzděláním více využívají VZP), *věk* (mladší část populace více využívá VZP) – na schopnost využívání veřejného zdravotního pojištění.

**Hypotézu H2** („Na území Česka neexistují územní nerovnosti v hodnocení vlastního zdravotního stavu a ve způsobu zajištění zdravotní péče (zdravotní pojištění) u migrantů, vzhledem k nastavení jednotných centrálních pravidel v českém systému zdravotnictví.“) lze na základě provedené analýzy **částečně potvrdit**. Výsledky analýzy rozptylu potvrdily, že na 5% hladině významnosti neexistují statisticky významné rozdíly v hodnocení vlastního zdravotního stavu respondenty v jednotlivých krajích Česka. Toto zjištění podpořilo rovněž prostorové znázornění (kartogram) sledovaného jevu. Provedená binární logistická regrese zároveň odhalila územní nerovnosti mezi jednotlivými kraji Česka ve způsobu zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění). Souvislost závisle proměnné (se zdravotním pojištěním, bez zdravotního pojištění) a nezávisle proměnných (věk, pohlaví apod.) byla v jednotlivých výpočtech prostorově diferencována (dle krajů ČR). Odhalena byla vyšší pravděpodobnost nezajištění zdravotní péče u migrantů v Plzeňském kraji a naopak vyšší pravděpodobnost zajištění zdravotního pojištění v sousedním Karlovarském kraji. Při zohlednění

rodinného stavu se pak vyskytla vyšší pravděpodobnost nezajištění zdravotního pojištění také v kraji Zlínském.

**Hypotézu H3** („Migranti s vyšším vzděláním budou více využívat zdravotní služby a zdravotní péči, vzhledem k jejich vyšší schopnosti orientovat se v systému veřejného zdravotnictví.“) lze na základě provedené analýzy **částečně potvrdit**. Výpočty ordinální logistické regrese odhalily souvislosti mezi dosaženým vzděláním respondenta a četností návštěv lékaře specialisty. Závisle proměnnou byla *četnost návštěv lékaře* (během posledních 12 měsíců). Při zohlednění nezávisle proměnných *věk, pohlaví, velikostní skupina obce a vzdělání* bylo prokázáno, že existují statisticky významné rozdíly v četnosti návštěv lékaře specialisty v závislosti na stupni vzdělání migrantů. Migranti se základním vzděláním a migranti, jež vystudovali střední školu se státní zkouškou nebo maturitou, vykazují vyšší riziko méně častých návštěv specializovaného lékaře, než je tomu u migrantů s vysokoškolským vzděláním. Ordinální logistická regrese odhalila také souvislost mezi návštěvností specializovaných lékařů a velikostní skupinou obce. V obcích s počtem obyvatel od 5 000 do 999 999 byla zjištěna vyšší pravděpodobnost častějších návštěv u specializovaného lékaře, než v hlavním městě Praze.

## 5.2 Pohled odborné veřejnosti na zdraví migrantů v Česku

Tato podkapitola se soustředí na druhou část analýzy. Její stěžejní částí je rozbor provedených expertních rozhovorů, které proběhly se zástupci odborné veřejnosti, jež byli identifikováni jako relevantní pro studované téma. Osloveni byli lékaři (specializovaní a praktičtí), zástupci zdravotnických organizací, představitelé neziskových organizací, zástupci zdravotních pojišťoven a některých ministerstev. Cílem rozhovorů bylo získání dat pro ověření stanovených výzkumných hypotéz H4 a H5 a pokus o identifikaci důvodů, které migranty vedou k jejich chování vůči vlastnímu zdraví ve smyslu subjektivního vnímání zdravotního stavu a způsobu pokrytí zdravotní péče v Česku.

Polostrukturovaný rozhovor, jenž byl hlavním výzkumným nástrojem této části analýzy, se podařilo uskutečnit s respondenty, jejichž strukturu podává dále uvedená tabulka (tab. 15).

**Tab. 15 – Respondenti expertních rozhovorů**

Respondent (odbornost)	oblast působnosti	jméno respondenta	způsob dotazování
Lékař – specialista	Praha	MUDr. H. D.	osobně
Lékař – všeobecný praktický lékař	Plzeňský kraj	MUDr. B. Č.	telefonicky
Lékař – specialista	Louny	MUDr. I. O.	telefonicky
Lékař – specialista	Ústí nad Labem	MUDr. H. V.	telefonicky
Lékař – vnitřní lékařství	Zlínský kraj	MUDr. M. P.	telefonicky
Prezidentka ČAS <sup>6</sup>	Praha	PhDr. Martina Šochmanová, MBA	osobně
Předseda Česko-vietnamské společnosti <sup>7</sup>	Praha	Marcel Winter	elektronickou poštou
Tajemník Ukrajinské iniciativy v ČR <sup>8</sup>	Praha	Bohdan Rajčinec	elektronickou poštou
Koordinátorka kampaně za zdravotní pojištění migrantů a migrantek v Konsorciu NNO <sup>9</sup>	Praha	A. L.	elektronickou poštou
Zástupce pojišťovny OZP <sup>10</sup>	Praha	M. P.	elektronickou poštou

**Pozn.:** respondenti, kteří si nepřáli být jmenováni, jsou představeni iniciálami.

**Zdroj:** autorské šetření – expertní rozhovory (2016).

<sup>6</sup> Česká asociace sester (ČAS) – odborná, stavovská dobrovolná, nezisková, nepolitická organizace s právní subjektivitou. Největší odborná profesní organizace sester a jiných odborných pracovníků (ČAS 2016).

<sup>7</sup> Česko-vietnamská společnost – nevládní nezisková organizace s cílem podpory česko-vietnamských vztahů, spolupráce a rozšiřování informovanosti o životě Vietnamců v Česku (ČVS 2016).

<sup>8</sup> Ukrajinská iniciativa v ČR – nezisková organizace, pracující dle národnostně-občanského principu se zaměřením na podporu a rozvoj ukrajinské kultury v českém a evropském společenství (UIČR 2016).

<sup>9</sup> Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty v ČR – Konsorcium zastřešuje a koordinuje nevládní organizace pracující s migranty v Česku a prosazuje migrační, azylovou a integrační politiku (Konsorcium NNO 2016).

<sup>10</sup> Oborová zdravotní pojišťovna (OZP) – veřejná zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, která je 3. největší zaměstnaneckou pojišťovnou v Česku (OZP 2016).

Tato část práce se pokouší ověřit výzkumné hypotézy:

H4: Odborná veřejnost předpokládá pro všechny migranty rovné podmínky v čerpání zdravotních služeb.

H5: Odborná veřejnost nepředpokládá u migrantů z Ukrajiny a Vietnamu územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb a ve způsobu zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění).

### 5.2.1 Rozbor expertních rozhovorů

Následující text shrnuje klíčové závěry expertních rozhovorů. Text je členěn dle výzkumných otázek.

#### 1. Mají migranti rovné podmínky v čerpání zdravotních služeb?

**Znění otázky: Předpokládáte rovné podmínky migrantů v čerpání zdravotních služeb?**

Oslovení lékaři nebyli často schopni ze své pozice situaci konkrétně zhodnotit, a to hlavně z důvodu malého počtu léčených migrantů z Ukrajiny a Vietnamu. Názory na rovné podmínky v čerpání zdravotní péče se přesto mezi oslovenými lékaři lišily. Specializovaní lékaři byli více přesvědčeni o rovných podmínkách. Praktický lékař (MUDr. B. Č.) naopak uvedl, že rovné podmínky nejsou, přičemž doplňuje: „Špatná čeština staví migranty do pozice neoblíbených pacientů.“ S jazykovou bariérou dále souvisí zhoršená možnost odběru anamnézy a následně se prodlužuje celé vyšetření.

Rovné podmínky v čerpání zdravotních služeb nepředpokládá také představitel Oborové zdravotní pojišťovny. Naopak prezidentka České asociace sester (PhDr. Martina Šochmanová, MBA) rovné podmínky předpokládá, když uvádí: „Pokud dojde ze strany migrantů ke splnění požadavků pro rovné podmínky, pak ano.“

Představitelé oslovených neziskových organizací mají na otázku rovných podmínek v čerpání zdravotních služeb konkrétnější odpovědi, které vycházejí ze zkušeností z jejich praxe. Marcel Winter z Česko-vietnamské společnosti věří, že v blízké budoucnosti budou pravidla nastavena rovně, ale pouze za předpokladu, že zde budou míněni migranti žít a pracovat. Bohdan Rajčinec z Ukrajinské iniciativy v ČR uvedl: „Podmínky nejsou zcela rovné, neboť pracující migranti při stejných daních, platí vyšší, tedy komerční pojištění.“ Problematiku shrnuje A. L. z Konsorcia nevládních organizací pracující s migranty v Česku, která podotýká, že v přístupu jako takovém, jsou podmínky nastaveny pro všechny osoby stejně, a to bez ohledu na státní občanství. V praxi však rozdíly existují, jelikož některé kategorie cizinců nemají ze zákona možnost vstoupit do systému veřejného zdravotního pojištění: „Migranti jsou pak nuceni uzavřít

pojištění soukromé (komerční), které jim bohužel v současné chvíli nezaručuje stejnou úroveň a možnosti v čerpání zdravotnických služeb.“

## **2. Existují v Česku územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb migrantům?**

**Znění otázky: Existují v Česku územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb migrantům?**

Dotázaní lékaři odpovídali na otázku shodně. Potvrzovali existenci územních nerovností v poskytování zdravotních služeb migrantům, přičemž byly diskutovány vlivy, jež mohou situaci v Česku ovlivňovat. Jmenovali vliv dostupnosti zdravotních služeb, kdy významnou roli hraje lepší dosažitelnost ke zdravotním službám ve větších městech než na venkově či v malých obcích. MUDr. H. D. v této otázce zdůraznil uplatnění zevních faktorů, jako je nucená migrace či opuštění rodiny. Vliv změny životní úrovně, která vždy nemusí odpovídat jejich vzdělání, pak může mít dopad na psychické zdraví migranta. Lékaři také zmiňovali rozdílnost v přijímání migrantů ve zdravotních službách a dávali do kontrastu hlavní město Prahu s velkými nemocnicemi, kde jsou na migranty zvyklí, s ambulancemi v menších městech, ve kterých mají často s těmito pacienty problém. S tímto tvrzením se ztotožňuje také představitel OZP, který upozorňuje na větší dostupnost zdravotních služeb ve městech.

Na otázku neměli ve většině případů konkrétní odpověď zástupci neziskových organizací, jelikož ze své pozice nedovedli tuto problematiku posoudit. Přesto bylo zmíněno, že územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb migrantům se nevyskytují. Uvedli také, že situace se nijak neliší od podmínek, jež mají čeští občané. Existenci územních nerovností v poskytování zdravotních služeb migrantům nepředpokládá ani prezidentka ČAS.

## **3. Jak migranti v Česku hodnotí vlastní zdravotní stav?**

**Znění otázky: Jak migranti subjektivně vnímají svůj zdravotní stav?**

Mezi lékaři se vyskytl názor, že nevidí rozdíl mezi subjektivním vnímáním zdraví migrantů a českých občanů, což potvrdila rovněž prezidentka ČAS, která současně uvádí: „Většina z nich má sjednané veřejné zdravotní pojištění pro cizince a pak je to otázka jednotlivců, stejně jako u občanů ČR.“ Oslovení lékaři zároveň diskutují o tom, že migranti si jsou pravděpodobně méně vědomi toho, na co mají z hlediska zdravotní péče právo. Tato nevědomost pak vyústí v časté vyhledávání lékařské pomoci až v akutních případech. Lze tedy říci, že migranti často neřeší zdravotní prevenci (MUDr. B. Č.). Konkrétní odpověď na otázku poskytl představitel OZP, který uvedl, že migranti často podceňují svůj zdravotní stav.

Zástupci neziskových organizací zdůraznili vliv individuality každého jedince, jak uvedl Marcel Winter: „Migranti vnímají svůj zdravotní stav stejně jako my. Někdo své zdraví sleduje více, jiný méně.“ Bohdan Rajčinec z Ukrajinské iniciativy v ČR zmínil, že sledování vlastního zdravotního stavu není pro většinu migrantů prioritou. A. L. dodala konkrétní příklad, kdy

migrantky z Ukrajiny i přes své zdravotní potíže nevyhledaly lékařskou pomoc, ačkoliv měly v Česku uzavřené zdravotní pojištění: „Čekají na návrat do své domovské země, kde plánují podstoupit veškeré lékařské prohlídky a některé zákroky.“ Důvody, které vedou k tomuto chování, jsou především špatné zkušenosti s českými lékaři nebo zde hraje významnou roli faktor jazykové bariéry.

**Znění podotázky: Existuje prostorová diferenciacie v jednotlivých krajích Česka? Pokud ano, kde dle Vašeho názoru převažuje pozitivní a kde negativní percepcie vlastního zdravotního stavu, a proč?**

Lékaři vnímají souvislost mezi vnímáním zdravotního stavu migrantů a životní úrovni a (ne)zaměstnaností v daných krajích Česka. Konkrétně pak byly jmenovány kraje s vysokou mírou nezaměstnanosti – Moravskoslezský a Ústecký v kontrastu s vyšší mírou zaměstnanosti a lepší životní úrovni například v Praze. Prezidentka České asociace sester pak připomíná důležitost velikosti sídla: „Obecně se udává, že lidé ve větších městech přistupují zodpovědněji ke svému zdraví a více se věnují prevenci než lidé v malých městech.“ Marcel Winter uvádí, že diferenciacie v jednotlivých krajích Česka souvisí se zkušenostmi, jež si migranti (ale i občané české národnosti) předávají a následně se podle nich chovají: „I my Češi máme různé informace o tom, kde se dělají nejlépe určité operace a pokud v čekárnách tyto zvěsti migranti slyší, tak si často utvářejí názor, *ála jedna paní povídala*.“

**Znění podotázky: Proč se pouze v Moravskoslezském kraji vyskytlo hodnocení vlastního zdravotního stavu jako „velmi špatné“?**

Na tuto otázku oslovení lékaři nedokázali ze své pozice ve většině případů odpovědět, avšak byl zmíněn vliv vysoké míry nezaměstnanosti v daném kraji.

Marcel Winter z neziskové organizace uvádí, že na špatné hodnocení vlastního zdravotního stavu ve zmíněném kraji má velký vliv faktor životního prostředí, což potvrdili i další respondenti, například A. L. z Konsorcia NNO: „Moravskoslezský kraj patří mezi chudší regiony se špatným životním prostředím, vyšší mírou nezaměstnanosti.“ Vliv (ne)zaměstnanosti dále komentuje také PhDr. Martina Šochmanová, MBA (ČAS), když uvádí: „Domnívám se, že to souvisí s menší vzdělaností populace a větší nezaměstnaností.“ Významným prvkem v nahlížení na hodnocení vlastního zdravotního stavu může být i způsob, jakým znečištěné životní prostředí komentují v médiích. Současně bylo zmíněno, že roli hraje samozřejmě i zdravotní stav migranta při příchodu do Česka.



#### 4. Existuje v jednotlivých krajích Česka územní nerovnost ve způsobu zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění) migranty?

**Znění otázky:** Existuje územní nerovnost ve způsobu zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění) mezi migranty v jednotlivých krajích Česka?

Lékaři na tuto otázku nebyli ve většině případech schopni ze své pozice odpovídat, avšak někteří byli přesvědčeni o stejném zajištění zdravotní péče ve všech krajích. MUDr. B. Č. uvedl, že se vyskytují situace, kdy více Vietnamců sdílí jedno zdravotní pojištění.

Marcel Winter z Česko-vietnamské společnosti komentuje územní nerovnosti v zajištění zdravotní péče především v souvislosti s informovaností jednotlivých skupin migrantů. Situaci Vietnamských migrantů komentuje: „My (pozn. Česko-vietnamská společnost) jsme spolu s Pojišťovnou VZP 8 roků prováděli osvětovou kampaň u Vietnamců a Vietnamci od nás dostávali pravdivé informační materiály ve vietnamštině, ve kterých jsme zdůrazňovali, že se vždy musí zajímat o to, jaké má jim nabízené zdravotní pojištění plnění.“ Uvádí však i rozdílnou situaci u migrantů z Ukrajiny: „Ukrajinci již mnoho let využívají zdravotní pojištění tzv. Strachovky, což je pojištění z Ukrajiny, které však u nás nemá žádné plnění, ale stát toto nedostatečné zdravotní pojištění uznával a možná ještě uznává.“

A. L. z Konsorcia NNO uvádí, že územní nerovnosti v zajištění zdravotní péče migranty může také souviset s pracovními možnostmi v daných krajích. Plně hrazenou zdravotní péči mohou mít migranti pravděpodobněji v regionech, kde sídlí významný zaměstnavatel, který zaměstnává cizince (migrant bude zahrnut do systému veřejného zdravotního pojištění), dále v regionech kde je dlouhodobě ustálená komunita cizinců, jež mají trvalý pobyt (jsou zahrnuti do systému veřejného zdravotního pojištění) či se jedná o region, ve kterém jsou umístěna pobytová střediska pro žadatele o mezinárodní ochranu.

Prezidentka ČAS se domnívá, že územní nerovnosti ve způsobu zajištění zdravotní péče migranty v jednotlivých krajích Česka není. Představitel OZP naopak uvádí konkrétní případ, kdy má kraj Vysočina horší dostupnost zdravotní péče, zatímco Zlínský kraj má podmínky dobré.

**Znění podotázky:** Proč dle Vašeho názoru vysoké procento respondentů (výzkum PŘF UK) v Olomouckém (33 %), Zlínském (29 %) a Plzeňském (27 %) kraji nemá zdravotní pojištění?

Lékaři na tuto otázku nebyli schopni ze své pozice odpovídat. Marcel Winter z Česko-vietnamské společnosti uvádí, že za vysoké procento migrantů bez zdravotního pojištění ve zmíněných krajích může především nedostačená informační kampaň pro Vietnamce a dále dodává, že tato situace může být zapříčiněna i malou kontrolou státních orgánů při prodlužování pobytu u nás. Martina Šochmanová (ČAS) upozorňuje na možnou souvislost s mírou nezaměstnanosti a současně na neochotu platit pojištění pro cizince.

## 5. Co nejvíce ovlivňuje přístup migrantů k využívání zdravotní péče?

**Znění otázky:** Jsou věk a vzdělání faktory, které ovlivňují přístup migranta k využívání zdravotní péče?

Oslovení lékaři shodně potvrdili vliv věku a vzdělání na přístup migranta ve využívání zdravotní péče. Bylo zmíněno: „Větší morbidita starších osob vede k častějšímu užívání zdravotní péče.“ Faktor vzdělání pak souvisí zejména s jazykovými schopnostmi, kdy jazyková bariéra může být významnou překážkou ve vyhledání neakutní péče. Lékaři také potvrdili, že migranti s vyšším vzděláním se pravděpodobně obrátí přímo na lékaře specialistu. Taktéž z rozhovorů vyplynulo, že migranti s vyšším vzděláním mohou mít větší povědomí o možných příčinách obtíží a na základě toho vyhledat odbornou pomoc u lékaře. Mezi další zmiňované faktory, jež mají pozitivní vliv na využívání zdravotní péče, jsou kontakty s osobami české národnosti, které migranty poučí o možnostech a zdravotních službách placených z veřejného zdravotnictví. Velkou roli také hraje slušný zaměstnavatel, který migranty poučí o jejich možnostech a může zajistit dobrého lékaře.

Představitel neziskové organizace Marcel Winter přikládá těmto faktorům (vzdělání a věk) významnou roli a dodává, že vysokoškolsky vzdělaní lidé jsou pravděpodobně důslednější a mají i větší přehled o nabízených službách a možnostech čerpání zdravotní péče. Tito migranti budou tedy více využívat kvalitní zdravotní pojištění s vysokým plněním. Důležitost dosaženého vzdělání potvrzuje také představitel OZP, když uvádí: „Vzdělání o sebe budou více pečovat.“ Prezidentka ČAS doplňuje, že migranti s nižším dosaženým vzděláním budou navštěvovat specializované lékaře méně často.

Důležitým zmiňovaným faktorem je také vliv dosavadních zkušeností migrantů s lékařskými službami, ať už z domovské země tak zejména z českého zdravotnictví. Další proměnné jež mohou ovlivňovat přístup migranta k využívání zdravotní péče, jsou přítomnost komunity nebo nevládní organizace pracující s migranty. Tato organizace pak může migranta informovat o jeho možnostech či ho přímo doprovodit do lékařského zařízení (A. L.).

### 5.2.2 Závěry expertních rozhovorů

Následující tabulka (tab. 16) představuje závěry provedených expertních rozhovorů a hodnotí je v souvislosti se stanovenými výzkumnými otázkami. Odpovědi respondentů jsou pro přehlednost transformovány do jednotného vzorce (ano × ne).

Tab. 16 – Závěry expertních rozhovorů

Odbornost respondenta	Jméno respondenta	Výzkumná otázka / odpověď				
		1*	2*	3*	4*	5*
Lékař – specialista	MUDr. H. D.	ANO	ANO	X	-	ANO
Lékař – specialista	MUDr. I. O.	ANO	-	-	-	ANO
Lékař – všeobecné lékařství	MUDr. B. Č.	NE	ANO	X	-	ANO
Lékař – specialista	MUDr. H. V.	ANO	ANO	X	ANO	ANO
Lékař – vnitřní lékařství	MUDr. M. P.	NE	ANO	X	ANO	ANO
ČAS – prezidentka	PhDr. Martina Šochmanová, MBA	ANO	NE	X	ANO	ANO
Česko-vietnamská společnost – předseda	Marcel Winter	ANO	NE	X	ANO	ANO
Ukrajinská iniciativa v ČR - tajemník	Bohdan Rajčinec	NE	-	X	-	ANO
Koordinátorka kampaně za zdravotní pojištění migrantů a migrantek v Konsorciu NNO	A. L.	NE	-	X	ANO	ANO
Zástupce pojišťovny OZP	M. P.	NE	ANO	X	ANO	ANO

**Vysvětlivky k tabulce:** - ... nezodpovězeno (respondent uvedl, že neví nebo nechtěl odpovědět);  
X ... jiná neurčitá odpověď.

**Pozn.:** respondenti, kteří si nepřáli být jmenováni, jsou představeni iniciály.

\*1 Předpokládáte rovné podmínky všech migrantů v čerpání zdravotních služeb?

\*2 Existují v Česku územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb migrantům?

\*3 Jak migranti subjektivně vnímají svůj zdravotní stav?

\*4 Existuje územní nerovnost v zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění) migranty v jednotlivých krajích Česka?

\*5 Jsou věk a vzdělání faktory, které ovlivňují přístup migranta k využívání zdravotní péče?

**Zdroj:** autorské šetření – expertní rozhovory (2016).

**Hypotézu H4** („Odborná veřejnost předpokládá pro všechny migranty rovné podmínky v čerpání zdravotních služeb.“) **nelze** na základě provedených expertních rozhovorů **potvrdit ani zamítnout**. Z výsledků expertních rozhovorů (tab. 16) je zřejmé, že nelze jednoznačně potvrdit či zamítnout hypotézu. Názory na rovné podmínky v čerpání zdravotní péče se mezi dotázanými respondenty lišily. Specializovaní lékaři byli více přesvědčeni o rovných podmínkách než praktický lékař, který zmínil faktor jazykové bariéry v souvislosti se zhoršeným průběhem vyšetření. Prezidentka České asociace sester (PhDr. Martina Šochmanová, MBA) rovné podmínky očekává, ale pouze za předpokladu splnění požadavků pro rovné podmínky ze strany

migrantů. Představitelé neziskových organizací uvádějí, že rovné podmínky v čerpání zdravotních služeb v praxi nastaveny nejsou.

**Hypotézu H5** („Odborná veřejnost nepředpokládá u migrantů z Ukrajiny a Vietnamu územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb a ve způsobu zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění).“) lze na základě provedených expertních rozhovorů **zamítnout**. Dotázaní lékaři a představitel Oborové zdravotní pojišťovny shodně uvedli, že existují územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb migrantům. Zároveň se všichni, kteří odpověděli na otázku územní nerovnosti ve způsobu zajištění zdravotní péče, domnívají, že existuje prostorová diferenciací v zajištění typu zdravotního pojištění u migrantů. Odborná veřejnost potvrdila, že věk a dosažený stupeň vzdělání jsou klíčovými faktory, které ovlivňují přístup migranta k využívání zdravotní péče a ke způsobu zajištění zdravotního pojištění. Dalšími faktory, které byly zmiňovány, jsou rodinný stav či přítomnost blízké osoby. Celkově je dle respondentů slabá informovanost často důvodem nedostatečného zajištění zdravotní péče u migrantů studované populace. Respondenty byly uváděny rovněž specifické příklady pojištění (sdílení jednoho pojištění mezi více migranty; pojištění Strachovka).

## **Kapitola 6**

### **Závěr**

Předložená diplomová práce zkoumá zdraví migrantů z Ukrajiny a Vietnamu v Česku v politickém a prostorovém kontextu. Na základě analýzy statistických dat výzkumu PřF UK a autorského šetření expertními rozhovory se její výzkumná část snaží o rozebrání postoje migrantů k zajištění vlastní zdravotní péče a zdraví samotnému. Dále se práce pokouší o nalezení odůvodnění pro zjištěné závěry. Již v úvodu je čtenář seznámen s cílem diplomové práce. Následně je představeno review odborné literatury, zabývající se studovaným tématem, jež podalo základ stanoveným výzkumným hypotézám. Ty byly v analytické části práce ověřovány metodami kvantitativního i kvalitativního výzkumu. Kapitola, soustředící se na teoretické zařámování studované problematiky, poskytuje vhléd do souvislosti studované problematiky a politického prostředí ve výzkumné oblasti – v Česku. Konkrétně kapitola představuje integrační politiku, způsoby, jimiž mohou mít migranti v Česku zajištěné zdravotní pojištění, a základní teoretické koncepty, související s tématem zdraví migrantů.

Stěžejní část práce představuje její výzkumná, respektive analytická kapitola, jež je členěna dle jednotlivých postupů, jimiž byly ověřovány stanovené výzkumné hypotézy. První část analýzy se soustředí na shrnutí zjištění, vyplývajících ze statistické analýzy dat výzkumu PřF UK ve spolupráci s CVVM, jenž byl pro diplomovou práci důležitým podkladem. V rámci výzkumu byla dotázána studovaná populace – migranti z Ukrajiny a Vietnamu v Česku – komplexním rozsáhlým dotazníkovým šetřením, z jehož výsledků byla pro tuto práci využita data, týkající se studované problematiky. Ve statistické analýze dat byly využity metody deskriptivní statistiky a logistické regrese (binární a ordinální), jejichž účelem bylo zjistit souvislosti mezi přístupem migrantů k zajištění zdravotní péče a ke zdraví obecně a nastavením politických pravidel, respektive prostorovému rozmístění. Jejich interpretaci napomohly grafické výstupy – znázornění formou kartogramů či grafů.

Druhá podkapitola analytické části práce se soustředí na shrnutí poznatků z expertního šetření. To bylo prováděno formou polostrukturovaných rozhovorů s odbornou veřejností. Osnova rozhovoru byla vytvořena dle výzkumných otázek, které vyplynuly ze stanovených hypotéz. Cílem expertního šetření, které probíhalo v první polovině roku 2016, bylo nalezení odůvodnění pro závěry, zjištěné v první (statistické) části analýzy. Během šetření byli dotázáni experti, kteří se dle autora mohou relevantně vyjádřit ke studované problematice. Osloveni byli lékaři (praktičtí i specializovaní), představitelé neziskových organizací, zástupci zdravotních pojišťoven, ministerstev a zdravotnických organizací.

Šetření bylo zajímavé již při samotném oslovování potenciálních respondentů. Mezi jednotlivými skupinami dotázaných byl zjevný rozdíl v ochotě účastnit se výzkumu. Zatímco lékaři téměř bezvýhradně souhlasili se zapojením do výzkumu (avšak s podmínkou zmínit jen jejich iniciály), představitelé zdravotních pojišťoven a ministerstev se často nepodařilo oslovit, přestože na výzvu reagovali. Ve většině případů nebyli ochotni podstoupit rozhovor, což odůvodňovali nezájmem či nedostatečnou konkrétností pokládaných otázek. Na úrovni, na níž bylo téma práce studováno, však nebylo vhodné ani žádoucí otázky více specifikovat. Celkem se podařilo úspěšně oslovit 10 respondentů z řad odborné veřejnosti – 5 lékařů (4 specialisté, 1 praktický lékař), 1 představitel zdravotnické organizace (Česká asociace sester), 3 zástupci neziskových organizací (Česko-vietnamská společnost, Ukrajinská iniciativa v ČR, Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty v ČR) a 1 zástupce zdravotní pojišťovny (Oborová zdravotní pojišťovna). Nejčastěji rozhovor proběhl telefonickou formou (4 respondenti) a emailovou korespondencí (4 respondenti). Jak již bylo nastíněno, bohužel se přes značnou snahu nepodařilo oslovit větší počet zástupců zdravotních pojišťoven a ministerstev, což ovlivnilo skladbu respondentů. Po rozhovorech proběhla transkripce jejich zvukového záznamu (Přílohy 2–7) a jejich následný rozbor, případně byly analyzovány elektronické korespondence s respondenty (Přílohy 8–11).

Stanovené hypotézy, které byly ve výzkumné části práce ověřovány, vyplývají především ze studia odborné literatury, zabývající se problematikou. Přesné znění stanovených výzkumných hypotéz je obsahem kapitoly 2.1 (Výzkumné hypotézy). Na základě závěrů výzkumu (statistická analýza dat a expertní rozhovory s odborníky) lze hypotézy vyhodnotit následujícím způsobem:

**První hypotézu (H1)**, předpokládající, že migranti, kteří mají nárok být zařazeni v systému veřejného zdravotnictví, jeho péče nevyužívají, přičemž schopnost využívání veřejného zdravotního pojištění ovlivňují sledované faktory (věk, vzdělání respondenta apod.) **lze potvrdit**. Během analyzování dat z výzkumu PŘF UK bylo odhaleno, že vysoké procento respondentů, kteří mají nárok být zařazeni v systému veřejného zdravotního pojištění, tuto možnost nevyužívají.

Konkrétně se jedná o 29,9 % respondentů s trvalým pobytem či azylem v Česku a 50,15 % dotázaných, kteří jsou zaměstnanci firmy se sídlem v Česku. Provedená analýza poskytla údaje o způsobech zajištění zdravotní péče u respondentů a odhalila poměrně významný vliv zkoumaných faktorů. Konkrétně se jedná o faktory – *státní občanství* (Ukrajinci více využívají VZP), *vzdělání* (respondenti s vyšším vzděláním více využívají VZP) a *věk* (mladší část populace více využívá VZP). Přesto lze v celkovém pohledu konstatovat, že většina respondentů má zajištěno (nebo částečně zajištěno) zdravotní pojištění. Při autorském šetření expertními rozhovory s odbornou veřejností se vliv sledovaných faktorů potvrdil. Dotázaní – zejm. lékaři – označili právě *věk* a *dosažené vzdělání*, a dále například *jazykové schopnosti migranta*, jako klíčové pro orientaci v oblasti zajištění zdravotní péče v Česku. Dle dotázaných právě nízká informovanost migrantů přispívá k nedostatečnému zajištění zdravotní péče.

**Druhou hypotézu** (H2), uvádějící, že na území Česka neexistují územní nerovnosti v hodnocení vlastního zdravotního stavu a ve způsobu zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění) u migrantů, lze **částečně potvrdit**. Výsledky analýzy rozptylu ukázaly, že na 5% hladině významnosti neexistují statisticky významné rozdíly v hodnocení vlastního zdravotního stavu respondenty v jednotlivých krajích Česka. Tento výsledek podpořila rovněž grafická interpretace dat formou kartogramu, ze které bylo například zřejmé, že ačkoliv se v některých krajích vyskytuje negativní hodnocení vlastního zdravotního stavu (Moravskoslezský), v jiných nikoliv, v celkovém pohledu převažuje hodnocení pozitivní. Územní (ne)rovnost ve způsobu zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění) u respondentů byla testována metodou binární logistické regrese, která odhalila územní nerovnosti mezi jednotlivými kraji Česka. Souvislost testovaných proměnných byla v jednotlivých výpočtech prostorově diferencována a odhaleno bylo například vyšší riziko nezajištěné zdravotní péče u migrantů v Plzeňském kraji.

**Třetí hypotézu** (H3), jež předpokládá, že migranti s vyšším vzděláním budou více využívat zdravotní služby a zdravotní péči, lze **částečně potvrdit**. Výpočty ordinální logistické regrese odhalily souvislost mezi úrovní vzdělání respondenta a četností návštěv lékaře specialisty. Bylo prokázáno, že existují statisticky významné rozdíly v četnosti návštěv lékaře specialisty v závislosti na úrovni vzdělání respondenta. Migranti se základním vzděláním a migranti, jež vystudovali střední školu se státní zkouškou nebo maturitou, vykazují vyšší riziko méně častých návštěv specializovaného lékaře než u migrantů s vysokoškolským vzděláním. Ordinální logistická regrese také odhalila souvislost mezi četností návštěv specializovaných lékařů a velikostí skupinou obce. V obcích s počtem obyvatel od 5 000 do 999 999 byla zjištěna vyšší pravděpodobnost častějších návštěv specializovaného lékaře, než v hlavním městě Praze. Souvislost mezi četností návštěv praktického lékaře a stupněm dosaženého vzdělání se však neprokázala.

Je vhodné zdůraznit, že hodnocení prvních tří hypotéz je ovlivněno omezeným vzorkem respondentů, kteří se účastnili dotazníkového šetření v rámci výzkumu PřF UK v roce 2013, přičemž jejich zastoupení v jednotlivých krajích Česka je silně nerovnoměrné. V diplomové práci byla snaha tuto nerovnoměrnost eliminovat váženými průměry (vůči absolutnímu počtu respondentů, vůči celkovému počtu migrantů studované populace v kraji apod. – podrobněji viz kapitola 5) a dále sloučením respondentů studovaných národností do jedné skupiny (Vietnamci + Ukrajinci). Přesto je nutné konstatovat, že s rozsáhlejším vzorkem, případně rovnoměrnějším zastoupením respondentů v jednotlivých krajích, by výsledky mohly nabývat odlišných hodnot. Přesto závěry analýzy v mnoha případech potvrzují zjištění vyplývající z odborné literatury a ze studie, jež analyzovaná data rovněž hodnotila – *Immigrants' Access to Health Insurance: No Equality without Awareness* (Dzúrová, Winkler, Drbohlav 2014).

**Čtvrtou hypotézu (H4)**, uvádějící, že odborná veřejnost předpokládá pro všechny migranty rovné podmínky v čerpání zdravotních služeb, **nelze potvrdit ani zamítnout**. Z výsledků expertních rozhovorů vyplývá, že názory se mezi dotázanými lišily, přičemž nepřevažoval souhlasný ani zamítavý postoj respondentů. Zatímco specializovaní lékaři byli jednotně přesvědčeni o rovných podmínkách, představitelé neziskových organizací uváděli, že rovné podmínky v čerpání zdravotních služeb v praxi nastaveny nejsou. Několikrát byl zmíněn faktor jazykové bariéry, který migrantům brání v adekvátním využívání zdravotních služeb.

**Pátou hypotézu (H5)**, která uvádí, že odborná veřejnost nepředpokládá u migrantů z Ukrajiny a Vietnamu územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb a ve způsobu zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění) lze **zamítnout**. Dotázaní lékaři a představitel Oborové zdravotní pojišťovny shodně uvedli, že existují územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb migrantům. Zároveň se dotázaní domnívají, že existuje prostorová diferenciací v zajištění typu zdravotního pojištění u migrantů. Dotazovaní experti potvrdili, že *věk a dosažené vzdělání* jsou klíčovými faktory, které ovlivňují přístup migranta k využívání zdravotní péče a ke způsobu zajištění zdravotního pojištění. Dalšími faktory, které byly jmenovány, jsou rodinný stav či přítomnost blízké osoby v Česku. Celkově je dle názoru části respondentů důvodem nedostatečného zajištění zdravotní péče u migrantů jejich slabá informovanost. Respondenti odhalili také některé specifické způsoby zajištění zdravotní péče u sledované populace (sdílení jednoho pojištění mezi více migranty; pojištění Strachovka).

Zejména při vyhodnocení H4 a H5 je nutné zdůraznit, že s odlišnou skladbou nebo rozsáhlejším vzorkem respondentů, mezi nimiž by byli například více zastoupeni zástupci zdravotních pojišťoven a ministerstev, by dosažené výsledky, a tedy i vyhodnocení hypotézy, mohlo nabývat jiných hodnot. Získané závěry však poskytly některá odůvodnění pro dílčí výsledky statistické analýzy dat. V neposlední řadě autorské šetření expertními rozhovory



poodhalilo některá nová zjištění a postřehy. Lze zmínit například tvrzení lékaře, který uvedl, že v prostředí Česka se vyskytují případy, kdy více migrantů z Vietnamu sdílí jedno zdravotní pojištění (více viz analytická část práce – kapitola 5). Zjištění z jednotlivých částí analýzy zároveň poskytují hlubší vhled do studované problematiky. Statistická analýza dat výzkumu PřF UK ukazuje možné alternativní zpracování získaných dat z dotazníkového šetření, poskytuje souvislosti mezi zkoumanými znaky – např. mezi dosaženým vzděláním respondenta a četností návštěv lékaře specialisty či praktického lékaře a další.

Praktické využití této diplomové práce lze nalézt také v identifikovaných klíčových faktorech, které přispívají k rozdílnému přístupu migranta ke zdravotní péči a zajištění zdravotního pojištění. V kontextu politického rámce, respektive postulátu nastavení centrálních pravidel ve využívání zdravotní péče v Česku, se jako základní ukazuje zjištění, že se mezi respondenty dotazníkového šetření projevila prostorová diferenciacie. Studovaná populace přistupovala ke zdraví – subjektivní hodnocení vlastního zdravotního stavu, způsob zajištění zdravotní péče (zdravotní pojištění), návštěva lékaře specialisty/praktika aj. – odlišně v závislosti na místě pobytu migranta. Analýza tak prokázala rozdílné podmínky v kontextu zdraví migrantů v jednotlivých částech Česka. Toto zjištění může poskytnout prostor pro detailnější analýzu vyspělosti jednotlivých krajů ve smyslu například kvality poskytovaných zdravotnických služeb či jejich propagace, přičemž bylo autorským šetřením expertními rozhovory s odbornou veřejností zjištěno, že často nedostatečná informovanost migrantů o jejich možnostech je důvodem nedostatečného zajištění jejich zdravotní péče na území Česka.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DATOVÝCH ZDROJŮ

- ARCDATA. 2015. *ArcČR 500*. Databáze digitálních geografických dat pro území Česka. Dostupné online z WWW: <<http://www.arcdata.cz/produkty-a-sluzby/geograficka-data/arccr-500/>>.
- CUADRA, C. B. 2012. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *The European Journal of Public Health*, 2012, 22.2: 267-271.
- ČAS. 2016. *Česká asociace sester* [online]. Oficiální internetová stránka České asociace sester. [cit. 2016-04-01]. Dostupné z WWW: <[www.cnaa.cz](http://www.cnaa.cz)>.
- ČSÚ 2008. *Cizinci v ČR (Foreigners in the Czech Republic)* [online]. Český statistický úřad, 2008. [cit. 2016-02-10] Dostupné online z WWW: <[www.czso.cz](http://www.czso.cz)>.
- ČSÚ 2016. *Cizinci podle státního občanství k 31. 12. 2013 – územní srovnání* [online]. Veřejná databáze Českého statistického úřadu. [cit. 2016-02-16] Dostupné online z WWW: <[www.vdb.czso.cz](http://www.vdb.czso.cz)>.
- ČVS. 2016. *Česko-vietnamská společnost* [online]. Oficiální internetová stránka Česko-vietnamské společnosti. [cit. 2016-04-01]. Dostupné z WWW: <[www.cvs-praha.cz](http://www.cvs-praha.cz)>.
- DEROSE, K., P., ESCARCE, J., J., LURIE, N. 2007. Immigrants and health care: sources of vulnerability. *Health affairs*, 2007, 26.5: 1258-1268.
- DOBIÁŠOVÁ, K. 2009. *Migrace a zdraví*. Praha, 2009. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze; s. 1-22.
- DOBIÁŠOVÁ, K., HNILICOVÁ, H. 2010. Migranti a zdravotní politika v ČR. *Zdravotnictví v České republice*. Prosinec 2010. s. 122-128. Dostupné také online z WWW: <<http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-4-2010.pdf>>.
- DOBIÁŠOVÁ, K., KŘEČKOVÁ, TŮMOVÁ, N., ANGELOVSKÁ, O. 2005. *Zdravotní péče o děti cizinců v ČR*. Realita a zkušenost. IZPE, Kostelec nad Černými lesy.
- DWYER, J. 2004. *Illegal immigrants, health care, and social responsibility*. Hastings Center Report, 34(1), pp. 34-41.

- DURDISOVÁ, J. 2005. *Ekonomika zdraví*. Oeconomica, 2007.
- DZÚROVÁ, D., WINKLER, P., DRBOHLAV, D. 2014. Immigrants' access to health insurance: no equality without awareness. *International journal of environmental research and public health*, 2014, 11.7: 7144-7153.
- EDWARD, J. 2014. Undocumented immigrants and access to health care: making a case for policy reform. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 2014, 1527154414532694.
- EDWARD, J., HINES-MARTIN, V. 2015. Exploring the providers perspective of health and social service availability for immigrants and refugees in a southern urban community. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 2015, 17.4: 1185-1191.
- HÁNOVÁ, M., JELÍNKOVÁ, M. 2010. *Současná situace migrantů na Plzeňsku* [online]. E-knihovna Migraceonline.cz. [cit. 2016-02-20]. Dostupné online z www: <<http://migraceonline.cz/cz/e-knihovna/soucasna-situace-migrantu-na-plzensku>>.
- HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- HENDL, J. 2009. *Přehled statistických metod zpracování dat*. 3. vydání. Praha: Portál, 2009. 696 s. ISBN 978-80-7367-482-3.
- HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K. 2009a. *Zdravotní pojištění cizinců v ČR* [online]. E-knihovna Migraceonline.cz. [cit. 2016-02-15]. Dostupné online z WWW: <<http://www.migraceonline.cz/cz/e-knihovna/zdravotni-pojisteni-cizincu-v-cr>>.
- HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K. 2009b. *Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR*. Středisko vzdělávání ve zdravotní péči o občany třetích zemí, Praha, 18 s.
- HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K. 2011. Migrants' Health And Access To Healthcare In The Czech Republic. *Central European journal of public health*, 2011, 19.3: 134.
- HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K., ČIŽINSKÝ, P., STUDENÝ, L., JURÁNEK, J. 2012. *Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců*. Výbor pro práva cizinců, 17. října 2012.
- INGLEBY, D. a kol. 2003. *Good practices in mental health and social care for asylum seekers and refugees*. Final Report of the project for the European Commission (European Refugee Fund). Canterbury: University of Kent, 2003, 344 pp.
- INGLEBY, D. a kol. 2005. *Social integration and mobility: education, housing and health. IMISCOE Cluster B5 State of the art report*. Estudos para o Planeamento Regional e Urbano, Lisbon: Centro de Estudos Geográficos 2005, 67: pp. 89-119.
- IOM. 2004. *International migration law: glossary on migration*. International Organization for Migration, 2004. Retrieved August 23, 2007

- JANSKÁ, E. 2006. Ukrajinec – symbol levné pracovní síly v Česku, nebo zdroj investic na Ukrajině? *Geografické rozhledy*; 16 (5), 2-4 s.
- JELÍNKOVÁ, M. 2007. *Přístup (ne)legálních migrantů ke zdravotní péči*. [online]. E-knihovna Migraceonline.cz. [cit. 2015-08-15]. Dostupné online z WWW: <<http://www.migraceonline.cz/e-knihovna>>.
- KONSORCIUM NNO. 2016. *Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty v ČR* [online]. Oficiální internetová stránka Konsorcia nevládních organizací pracujících s migranty v ČR. [cit. 2016-04-01]. Dostupné z WWW: <[www.konsorcium-nno.cz](http://www.konsorcium-nno.cz)>.
- KREBS, V. a kol. 2007. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: ASPI, a. s., 2007, 504 s. ISBN 978-80-7357-276-1.
- KREJČOVÁ, S. 2010. *Zdravotní politika v ČR a ve vybraných zemích*. Praha, 2010. 64 s. Bakalářská práce (Bc.). Bankovní institut vysoká škola Praha, Katedra práva.
- KU, L., MATANI, S. 2001. Left out: immigrants' access to health care and insurance. *Health Affairs*, 2001, 20.1: 247-256.
- LEPORELO. 2015. *Výkladový slovník pojmů* [online]. Internetová stránka. [cit. 2015-11-10]. Dostupné online z WWW: <<https://leporelo.info/kvotni-vyber>>.
- LUCAS, R. 2003. The economic well-being of movers and stayers: Assimilation, impacts, links and proximity. In: *Conference on African Migration in Comparative Perspective*, Johannesburg, South Africa. 2003. p. 4-7.
- MALMUSI, D. 2014. *Immigrants' health and health inequality by type of integration policies in European countries*. The European Journal of Public Health, 2014, cku156.
- MALMUSI, D., DRBOHLAV, D., DZÚROVÁ, D., PALÈNCIA, L., BORRELL, C. 2014. Inequalities in healthcare access by type of visa in a context of restrictive health insurance policy: the case of Ukrainians in Czechia. *International journal of public health*, 2014, 59.5: 715.
- MLADOVSKY, P. 2007. Research Note: Migration and health in the EU. London School of Economics, 2007. In DOBIÁŠOVÁ, K., HNILICOVÁ, H. 2010. Migrant a zdravotní politika v ČR. *Zdravotnictví v České republice*. Prosinec 2010. s. 122-128. Dostupné také online z WWW: <<http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-4-2010.pdf>>.
- MLADOVSKY, P. 2007. *Migration and health in the EU. Research note for EC Directorate-General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities*. UNIT E1 – Social and Demographic Analysis, 2007. Dostupné online z www: <<http://ec.europa.eu/social/keyDocuments.jsp?advSearchKey=migration+and+health+in+the+EU&mode=advancedSubmit&langId=en&policyArea=&type=0&country=0&year=2007>>.

- MLADOVSKY, P., INGLEBY, D., McKEE, M., RECHEL, B. 2012. *Good practices in migrant health: the European experience*. Clinical Medicine, 2012, 12.3: 248-252.
- MV ČR. 2015a. *Terminologický slovník* [online]. Oficiální internetová stránka Ministerstva vnitra České republiky. [cit. 6. 10. 2015] Dostupné online z WWW: <<http://www.mvcr.cz/clanek/terminologicky-slovník.aspx>>.
- MV ČR. 2015b. *Ministerstvo vnitra české republiky* [online]. Oficiální internetová stránka. [cit. 6. 10. 2015] Dostupné online z WWW: <[www.mvcr.cz](http://www.mvcr.cz)>.
- MV ČR. 2015c. *Koncepce integrace cizinců – Ve vzájemném respektu*. Aktualizovaná koncepce pro schůzi Vlády České republiky, č.j. MV-165 768-15/OAM-2015. Dostupné také online z WWW: <<http://www.mvcr.cz/soubor/aktualizovana-kic-a-postup-pri-realizaci-usneseni-vlady-cr-c-26.aspx>>.
- OUŘEDNÍČEK, M., TEMELOVÁ, J., POSPÍŠILOVÁ, L. 2011. *Atlas sociálně prostorové diferenciace České republiky*. Univerzita Karlova v Praze, 2011.
- OLIŠAROVÁ, V., TÓTHOVÁ, V., BRABCOVÁ, I. 2014. *Determinanty zdraví imigrantů*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Kontakt 1, s. 3-11.
- OPU 2015. *Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců*. Organizace pro pomoc uprchlíkům, z.s. 30/11/2015, 23 s.
- OZP. 2016. *Oborová zdravotní pojišťovna* [online]. Oficiální internetová stránka Oborové zdravotní pojišťovny. [cit. 2016-04-01]. Dostupné z WWW: <[www.ozp.cz](http://www.ozp.cz)>.
- PIKHART, H., DRBOHLAV, D., DZÚROVA, D. 2010. The self-reported health of legal and illegal/irregular immigrants in the Czech Republic. *International journal of public health*, 2010, 55.5: 401-411.
- POTŮČEK, M. 2012. *Kvalita a udržitelnosti života jako kritérium vizí a strategií*. Beseda Společnosti pro trvale udržitelný život „Česko hledá budoucnost“. Praha, 7. února 2012. CESES FSV UK Praha, Česká republika. Dostupné z WWW: <<http://martinpotucek.cz>>.
- PRŮCHA, J. 2004. *Interkulturní psychologie: sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů*. Praha: Portál.
- REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- ŘEHÁKOVÁ, B. 2000. Nebojte se logistické regrese. *Sociologický časopis*, 36, č. 4, s. 475-492.
- SCHALOCK, R., L. 2009. *Koncept „Kvalita života“: Minulost, současnost a budoucnost*. Konference Pro změnu, 1. – 2. říjen, 2009. Praha.
- URRLAB. 2016. *Sociálně prostorová diferenciace obyvatelstva a její vliv na kvalitu života ve městech a obcích České republiky*. Internetová stránka Urbánní a regionální laboratoře.

- Představení projektu, poskytovatel: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. [cit. 2016-01-14] Dostupné online z WWW: <<http://urrlab.cz/cs/projekt/socialne-prostorova-diferenciace-obyvatelstva-jeji-vliv-na-kvalitu-zivota-ve-mestech-obcich>>.
- UIČR. 2016. *Ukrajinská iniciativa v České republice* [online]. Oficiální internetová stránka Ukrajinské iniciativy v České republice. [cit. 2016-04-01]. Dostupné z WWW: <[www.ukrajinci.cz](http://www.ukrajinci.cz)>.
- ÚZIS ČR 2015. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky*. Praha: 2015 (4). 4 s.
- WHO. 2010. *Health of Migrants – The Way Forward*. Report of a global consultation, Madrid, Spain, 3–5, March 2010. Geneva: World Health Organization.
- ZIMMERMAN, C., KISS, L., HOSSIAN, M. 2011. *Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making*. PLoS Med, 2011, 8.5: e1001034.

## ZÁKONY

- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
- Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů
- Zákon č. 379/2007 Sb. kterým se mění zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 325/1999 Sb., o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů, (zákon o azylu), ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony
- Zákon č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví

## PŘÍLOHY

Příloha 1	Osnova pro rozhovory s odborníky z oblasti zdravotnictví.....	80
Příloha 2	Transkripce rozhovoru s lékařem (MUDr. H. D.) .....	82
Příloha 3	Transkripce rozhovoru s lékařem (MUDr. B. Č.).....	84
Příloha 4	Transkripce rozhovoru s lékařem (MUDr. I. O.).....	85
Příloha 5	Transkripce rozhovoru s lékařem (MUDr. H. V.) .....	86
Příloha 6	Transkripce rozhovoru s lékařem (MUDr. M. P.) .....	88
Příloha 7	Transkripce rozhovoru s prezidentkou České asociace sester (PhDr. Martina Šochmanová, MBA) .....	90
Příloha 8	Výpis z elektronické komunikace s předsedou Česko-vietnamské společnosti (Marcel Winter) .....	92
Příloha 9	Výpis z elektronické komunikace s tajemníkem Ukrajinské iniciativy v ČR (Bohdan Rajčinec) .....	94
Příloha 10	Výpis z elektronické komunikace s koordinátorkou kampaně za zdravotní pojištění migrantů a migrantek v Konsorciu nevládních organizací pracujících s migranty v ČR (A. L.).....	95
Příloha 10	Výpis z elektronické komunikace se zástupcem OZP (M. P.).....	97

## Příloha 1 – Osnova expertních rozhovorů s odbornou veřejností

Str.1/2

Zdraví migrantů v Česku – politický a prostorový rámec

osnova řízených rozhovorů

Následující otázky se vztahují k populaci migrantů z Ukrajiny a Vietnamu v Česku

1. Českou politikou jsou nastavena jednotná centrální pravidla ve veřejném zdravotnictví, předpokládáte tedy rovné podmínky migrantů v čerpání zdravotních služeb?

2. Existují v Česku územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb migrantům?

*Např. město × venkov, sever × jih, západ × východ*

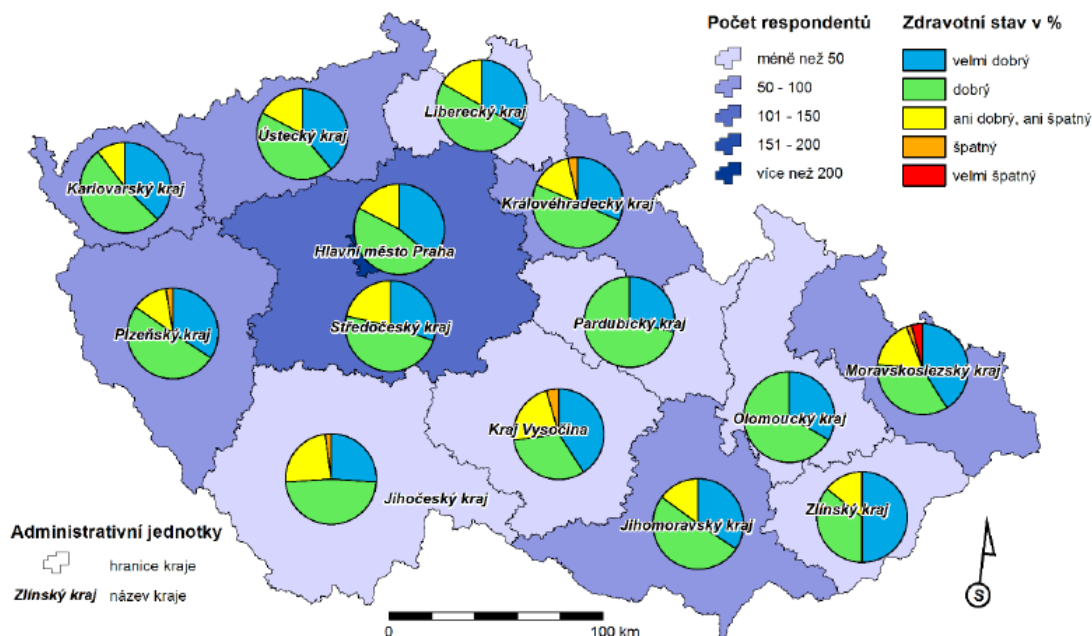
*Uveďte prosím případně konkrétní případ odlišnosti (např. na úrovni krajů)*

3. Jak myslíte, že migranti z Ukrajiny a Vietnamu v Česku subjektivně vnímají svůj zdravotní stav?

- Existuje prostorová diferenciací v jednotlivých krajích Česka? Pokud ano, kde dle Vašeho názoru převažuje pozitivní a kde (kraj) negativní percepce vlastního zdravotního stavu, a proč?

Z výzkumu PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013) vplynuly závěry, které interpretuje níže uvedený kartogram. Komentujte prosím výsledky.

Obr. – Počet respondentů (plocha kartogramu) a jejich vnímání vlastního zdravotního stavu (koláčový graf) v %, kraje Česka, 2013



Zdroj: Výzkum PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013), ArcČR 500, v. 3.2, vlastní zpracování.



## Zdraví migrantů v Česku – politický a prostorový rámeček

## osnova řízených rozhovorů

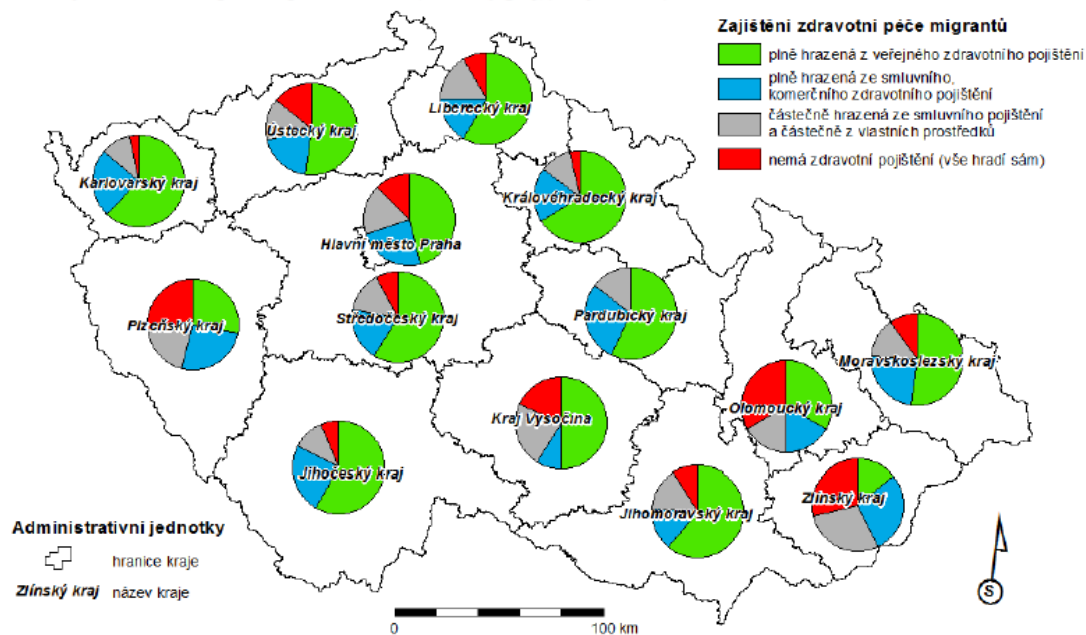
- Proč se dle Vašeho názoru pouze v Moravskoslezském kraji vyskytlo hodnocení vlastního zdravotního stavu jako „velmi špatné“?

- Proč nejlépe hodnotí vlastní zdravotní stav respondenti ve Zlínském, Pardubickém a Olomouckém kraji?

#### 4. Existuje územní nerovnost ve způsobu zajištění zdravotní péče (typ zdravotního pojištění) mezi migranty z Ukrajiny a Vietnamu v jednotlivých krajích Česka?

Z výzkumu PĚF UK ve spolupráci s CVVM (2013) vyplynuly závěry, které interpretuje níže uvedený kartogram. Komentujte prosím výsledky.

Obr. – Zajištění zdravotní péče respondentů v % (koláčový graf), kraje Česka, 2013



Zdroj: Výzkum PĚF UK ve spolupráci s CVVM (2013), ArcČR 500, v. 3.2, ArcČR 500, v. 3.2, vlastní zpracování.

- Proč dle Vašeho názoru vysoké procento respondentů v Olomouckém (33 %), Zlínském (29 %) a Plzeňském (27 %) kraji nemá zdravotní pojištění?

#### 5. Myslíte si, že věk a vzdělání jsou faktory, ovlivňující přístup migranta k využívání zdravotní péče? Napadají Vás další faktory, které by mohly mít vliv na využívání zdravotní péče migranty?

Zdroj: autorské zpracování.

**Příloha 2 – Transkripce rozhovoru s lékařem (MUDr. H. D.)****Respondent: MUDr. H. D.**

- Expert v oblasti: lékař – specialista – psychiatrie
- Místo pracoviště: Praha (nemocnice)
- Způsob rozhovoru: osobně

výpověď tazatele  
výpověď respondenta  
(poznámka)

*části rozhovoru využité v analytické části diplomové práce*

---

(Před započítáním rozhovoru respondent svolil k jeho záznamu.)

Takže můžeme začít?

*Určitě.*

Tak nejdříve bych ráda... Českou politikou jsou nastavena centrální pravidla ve veřejném zdravotnictví – předpokládáte vy, jako specialista, rovné podmínky pro všechny migranty v čerpání zdravotních služeb?

*Hm. Ted' nevím úplně, jak to myslíte.*

No, jako že vlastně podle právního rámce a tak obecně by všichni migranti měli mít stejné podmínky k možnosti využití zdravotní... zdravotních služeb.

*Jo takhle... No musím se zamyslet... Upřímně to nedokážu ze své pozice úplně hodnotit. Nevím, jak tomu je třeba jinde nebo v jiných oborech. Nicméně já ze své pozice a zkušenosti... I když těch Ukrajinců a Vietnamců, které zkoumáte, jsem moc neléčila, tak si myslím... myslím, že ano.*

Rozumím, děkuji. A... myslíte si, že existují v Česku územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb migrantům? Například, že existují nerovnosti ve smyslu město versus venkov, sever versus jih, západ – východ?

*No tak to s tím souvisí. Ale tak určitě. Stejně jako pro občany české národnosti... Vliv bude mít zejména dostupnost zdravotnických služeb. Myslím to tak, že lepší dostupnost péče bude pro lidi spíše ve městech než na venkově nebo v malých obcích.*

Hmm... děkuju. A dovedla byste mi říct konkrétní případ odlišnosti? Třeba na úrovni krajů?

*Hmmm. Tak to může souviset i s důvody, proč žijí v České republice, ne? Může se uplatňovat spousta zevních faktorů. Třeba nucená migrace nebo opuštění rodiny. Nebo taky může mít vliv změna životní úrovně, která třeba úplně neodpovídá jejich vzdělání. Hmm... pak s dopadem na psychické zdraví...*

Děkuji. Jak myslíte, že migranti z Ukrajiny a Vietnamu v Česku, subjektivně vnímají svůj zdravotní stav? Existuje prostorová diferenciací v jednotlivých krajích Česka? Pokud ano, kde by se dle Vašeho názoru objevovala negativní a kde pozitivní percepce jejich zdravotního stavu, případně proč?

*No takhle... To může souviset s životní úrovní v tom kterém kraji. Třeba vysoká nezaměstnanost v Moravskoslezském a Ústeckém. Oproti tomu stojí vyšší zaměstnanost a tím vlastně i životní úroveň v Praze.*

Mmmm. Když se podíváte tady na tu mapu... (kartogram subjektivního vnímání vlastního zdravotního stavu respondenty výzkumu PřF UK), proč se podle Vás v Moravskoslezském kraji vyskytlo hodnocení jako velmi špatné?

*No... to už sem asi naznačila. Řekla bych, že to bude **vlivem vysoké nezaměstnanosti**.*

Děkuju. Ještě se vrátím k obrázku. Proč naopak hodnotí vlastní zdravotní stav ve Zlínském, Pardubickém a Olomouckém kraji nejlépe?

*Hmm. Pro to vysvětlení asi nemám... Nicméně nemůže to být třeba **počtem dotazovaným**? Jako já nevím, nakolik je to **porovnatelné**.*

Ještě poslední otázka k mapě. Proč se v Jihočeském a Moravskoslezském kraji, a ještě v kraji Vysočina častěji vyskytuje neutrální až negativní názor?

(respondent delší dobu zkoumá mapu) *No... opět za to může asi **vliv nezaměstnanosti**, bych řekla. Pravděpodobně i **dostupnost zdravotních služeb**. Nicméně když se tak zamýšlím, může tady rozhodovat i **počet zdravotnických zařízení**.*

Dobře. Děkuji. Další otázka... Existuje územní nerovnost v zajištění zdravotní péče?

*Nevím, co úplně myslíte.*

Myslím tím v zajištění druhů zdravotního pojištění migrantů z Ukrajiny a Vietnamu v jednotlivých krajích Česka...

*No... na to asi nedokážu odpovědět, nezlobte se... Nevím...*

Když se podíváte tady na mapu (kartogram způsobů zajištění zdravotní péče respondenty výzkumu PřF UK)... Proč dle Vašeho názoru vysoké procento migrantů v Olomouckém, Zlínském, Plzeňském nemá zdravotní pojištění?

*Tak to taky nevím... To netuším.*

Dobře... tak přistoupíme k poslední otázce. Myslíte si, že věk a dosažené vzdělání jsou faktory, které ovlivňují přístup migranta k využívání zdravotní péče? Napadají Vás případně další faktory, které by měly vliv na využívání zdravotní péče migranty?

*Hmmm. Tak asi **věk určitě**. **Větší morbidita starších lidí**, a to bez ohledu na národnost, vede k **častějšímu užívání zdravotní péče**. Dalším faktorem bude asi to **vzdělání**. S tím souvisí zejména **jazykové znalosti**, protože **jazyková bariéra** může být **překážkou ve vyhledání zejména neakutní péče**. Myslím si, že je možné, že lidé s **vyšším vzděláním** se obrátí přímo na **specialistu**. Můžou mít **větší povědomí o možných příčinách obtíží**.*

Dobře, to je vše. Moc Vám děkuji za rozhovor.

*No není zač.*

**Zdroj:** autorské šetření – expertní rozhovory (2016).

**Příloha 3 – Transkripce rozhovoru s lékařem (MUDr. B. Č.)****Respondent: MUDr. B. Č.**

- Expert v oblasti: lékař – všeobecné lékařství
- Místo pracoviště: Plzeňský kraj – okres Rokycany (soukromá ordinace)
- Způsob rozhovoru: telefonicky

výpověď tazatele  
výpověď respondenta  
(poznámka)

*části rozhovoru využité v analytické části diplomové práce*

(Před započítáním rozhovoru respondent svolil k jeho záznamu.)

První otázka... Českou politikou jsou nastavena centrální pravidla ve veřejném zdravotnictví, předpokládáte tedy rovné podmínky pro všechny migranty v čerpání zdravotních služeb?

*No rovné nejsou. Už jenom to, že většinou špatná čeština je staví do pozice neoblíbených pacientů, zhoršená možnost odběru anamnézy, prodloužené vyšetření, často problémy s pobyttem a pojištěním v Čechách, to ovlivňují...*

Děkuji. Existují podle Vás v Česku územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb migrantům? Například město – venkov, sever – jih, západ – východ? A dovedla byste mi případně říct konkrétní případ odlišnosti? Třeba na úrovni krajů?

*Asi nejmenší problém bude v Praze, kde jsou na cizince zvyklí. Také jsou tam velké nemocnice. Zato ambulantní specialisté v menších městech mají s těmito pacienty problémy. Z mé praxe je častý případ, že více Vietnamců má jedno pojištění.*

Moc děkuju. Další otázka. Jak myslíte, že migranti z Ukrajiny a Vietnamu v Česku, subjektivně vnímají svůj stav?

*Asi stejně jako my, jen jsou si méně vědomi toho, na co mají právo a tak většinou chodí pouze s akutními problémy. Prevence je nezajímá nebo o ní ani nevědí.*

Děkuji. Máte před sebou osnovu, kterou jsem Vám posílala mailem?

*Jojo, mám, ale bohužel na ty otázky k mapám nedokážu odpovědět.*

To je v pořádku (smích). Děkuji. Dobře. Existuje územní nerovnost v zajištění zdravotní péče migrantů, ve smyslu druhu zdravotního pojištění?

*Netuším, nezlobte se...*

Dobře... tak přejdeme k poslední otázce. Myslíte si, že věk a dosažené vzdělání jsou faktory, které ovlivňují přístup migranta k využívání zdravotní péče? Napadají Vás případně další faktory, které by měly vliv na využívání zdravotní péče migranty?

*Hmm... Myslím si, že nejlepší situace bude u migrantů s dobrou znalostí češtiny a u těch, kteří mají blízké přátele Čechy, kteří je poučí o možnostech služeb placeného z veřejného zdravotnictví. Také velkou roli hraje slušný zaměstnavatel, který zajistí dobrého lékaře poskytující závodní péči, ten často pak tyto migranty sám poučí.*

Děkuji. Tak to je vše, moc Vám děkuju.

*Není zač. Mějte se pěkně.*

**Zdroj:** autorské šetření – expertní rozhovory (2016).

**Příloha 4 – Transkripce rozhovoru s lékařem (MUDr. I. O.)**

**Respondent: MUDr. I. O.**

- Expert v oblasti: lékař – specialista – psychiatrie
- Místo pracoviště: Louny (nemocnice)
- Způsob rozhovoru: telefonicky

výpověď tazatele  
výpověď respondenta  
(poznámka)

*části rozhovoru využité v analytické části diplomové práce*

---

(Před započítáním rozhovoru respondent svolil k jeho záznamu.)

*Tak já jsem přečetla ty Vaše otázky a upřímně na ně většinou neumím odpovědět. Takže proto volám, nemá asi smysl, abychom se potkaly osobně. Úplně Vám tím asi nepomůžu, ale řekla bych pouze to, že **zdravotní péče je ve všech krajích stejná a dále to, že dosažené vzdělání určitě ovlivňuje zdravotní péči o sebe samého.** Jinak ty odpovědi tedy bohužel nevím.*

Děkuju mnohokrát, i tak jste mi moc pomohla.

*No opravdu není zač.*

Na shledanou.

*Nashle.*

**Zdroj:** autorské šetření – expertní rozhovory (2016).

**Příloha 5 – Transkripce rozhovoru s lékařem (MUDr. H. V.)****Respondent: MUDr. H. V.**

- Expert v oblasti: lékař – specialista – psychiatrie
- Místo pracoviště: Ústí nad Labem (soukromá ordinace)
- Způsob rozhovoru: telefonicky

výpověď tazatele  
výpověď respondenta  
(poznámka)

*části rozhovoru využité v analytické části diplomové práce*

---

(Před započítáním rozhovoru respondent svolil k jeho záznamu.)

Takže můžu začít, slyšíte mě dobře?

*Jo. Klidně.*

Tak první otázka... Českou politikou jsou nastavena centrální pravidla ve veřejném zdravotnictví – předpokládáte tedy vy, jako specialista, rovné podmínky pro všechny migranty v čerpání zdravotnických služeb?

*No to asi nedokážu říct. Ale... ale myslím si, že ano.*

Děkuji. Myslíte si, že existují v Česku územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb migrantům? Existují například nerovnosti město – venkov, sever – jih, západ – východ? A dovedla byste mi říct konkrétní případ odlišnosti? Třeba na úrovni krajů?

*Jo, určitě. Řekla bych, že vliv bude mít dostupnost... služeb... Ve městech to bude asi jiné, než na vesnicích a v malých obcích.*

Děkuji. Jak myslíte, že migranti z Ukrajiny a Vietnamu v Česku, subjektivně vnímají svůj stav? Existuje prostorová diferenciací v jednotlivých krajích Česka? Za předpokladu, že ano, kde by se dle Vašeho názoru objevovala negativní a kde pozitivní percepce jejich zdravotního stavu, případně proč?

*Tak mezi kraji to bude asi různé. Ovlivní to třeba nezaměstnanost. Ta je asi jiná na Moravě než v Praze. Ale to asi víte vy jako geografka spíš než já...*

Děkuji. Máte před sebou ten dokument s otázkama, který jsem Vám posílala mailem?

*Jojo, koukám do toho.*

Když se podíváte na tu první mapu... (kartogram subjektivního vnímání vlastního zdravotního stavu respondenty výzkumu PŘF UK) proč se podle Vás v Moravskoslezském kraji vyskytlo hodnocení jako velmi špatné?

*Úplně to asi neposoudím, ale možná to bude zase tou nezaměstnaností, kterou vnímám třeba tady v Ústí...*

Děkuju. A proč naopak hodnotí vlastní zdravotní stav ve Zlínském, Pardubickém a Olomouckém kraji nejlépe?

*Tak to opravdu neposoudím. Neznám nikoho, kdo by mi řekl, jak to tam vypadá... takže nevím.*

Poslední otázka k mapě. Proč se v Jihočeském a Moravskoslezském kraji a ještě v kraji Vysočina častěji vyskytuje neutrální až negativní názor?

*To bude třeba počtem nemocnic a ordinací vůbec. Nejenom ordinací... Samozřejmě tu budou asi hrát roli zase nějaký pracovní příležitosti.*

Dobře. Existuje územní nerovnost v zajištění zdravotní péče?

(smích) *Netuším... možná sem odpověděla předchozí otázkou...*

Když se podíváte na tu druhou mapu (kartogram způsobů zajištění zdravotní péče respondenty výzkumu PřF UK), tak proč dle Vás hodně imigrantů v Olomouckém, Zlínském, Plzeňském nemá zdravotní pojištění?

*Protože se v těch oblastech nepohybuju, tak nevím. Nežlobte se.*

Dobře... tak na závěr, už Vás nebudu zdržovat... Myslíte si, že věk a dosažené vzdělání jsou faktory, které ovlivňují přístup migranta k využívání zdravotní péče? Napadají Vás případně další faktory, které by měly vliv na využívání zdravotní péče migranty?

*Jo tak ten věk i vzdělání, o kterých mluvíte, vliv mít budou. To jo. Protože asi lépe vzdělání se lépe orientují v možnostech čerpání té zdravotnické péče. No a věk... s tím souvisí, že starší lidé jsou častěji nemocní, že jo. Možná, že i to, jestli tu už někoho mají a znají, ty migranti, tak v tom budou umět lépe chodit... Takže asi tak...*

Rozumím. Tak to je vše. Moc jste mi pomohla. Děkuji.

*Za málo. Ať se daří.*

**Zdroj:** autorské šetření – expertní rozhovory (2016).



**Příloha 6 – Transkripce rozhovoru s lékařem (MUDr. M. P.)****Respondent: MUDr. M. P.**

- Expert v oblasti: lékař – vnitřní lékařství
- Místo pracoviště: Zlínský kraj
- Způsob rozhovoru: telefonicky

**výpověď tazatele**  
výpověď respondenta  
(poznámka)

*části rozhovoru využité v analytické části diplomové práce*

---

(Před započítáním rozhovoru respondent svolil k jeho záznamu.)

Můžeme začít, slyšíte mě dobře?

*Určitě, povídejte.*

Dobře. První otázka... Českou politikou jsou nastavena centrální pravidla ve veřejném zdravotnictví – předpokládáte tedy rovné podmínky pro všechny migranty v čerpání zdravotních služeb?

*... spíš nepředpokládám.*

... a myslíte si, že existují v Česku územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb migrantům? Například: existují nějaké územní nerovnosti?

*No, ... řekla bych, že pravděpodobně asi existují. Myslím, že tomu tak bude hlavně, když se podíváme na situaci ve městě a na venkově... ale to se týká nejen migrantů, že jo.*

Děkuji... budu pokračovat dále... Jak myslíte, že migranti z Ukrajiny a Vietnamu v Česku, subjektivně vnímají svůj zdravotní stav? Existuje prostorová diferenciací v jednotlivých krajích Česka?

*No k té první otázce, myslím si, že je to otázka individuality jedince. Jestli jsou rozdíly v krajích, to nevím.*

Hmm... Máte před sebou ten dokument s otázkami, který jsem Vám posílala mailem?

*Ano, mám.*

Když se podíváte na tu první mapu... (kartogram subjektivního vnímání vlastního zdravotního stavu respondenty výzkumu PŘF UK) proč se podle Vás v Moravskoslezském kraji vyskytlo hodnocení jako velmi špatné?

*No. Souhrou náhod (smích).*

Dobře, mám další otázku týkající se mapy, proč naopak hodnotí vlastní zdravotní stav ve Zlínském, Pardubickém a Olomouckém kraji nejlépe?

*K tomu nemám žádné vysvětlení.*

Poslední otázka k mapě. Proč se v Jihočeském a Moravskoslezském kraji a ještě v kraji Vysočina častěji vyskytuje neutrální až negativní názor?

*Jak říkám, nemůžu tohle úplně posoudit.*

Dobře. Existuje územní nerovnost v zajištění zdravotní péče v jednotlivých krajích?

*To existuje, ale nejen u migrantů...*



Když se podíváte na tu druhou mapu (kartogram způsobů zajištění zdravotní péče respondenty výzkumu PřF UK), tak proč dle Vás hodně imigrantů v Olomouckém, Zlínském, Plzeňském nemá zdravotní pojištění?

...to *nevím*. Nenapadá mě, proč tomu tak je.

Děkuji. Poslední otázka. Myslíte si, že věk a dosažené vzdělání jsou faktory, které ovlivňují přístup migranta k využívání zdravotní péče?

... *určitě ovlivňují*. Je tomu *stejně jako u českých občanů*. Nicméně, myslím si, že migrant, který bude *bez znalosti českého jazyka* ... tak ten bude pravděpodobně *využívat jakýchkoliv služeb*. Nejen lékařských ... *méně*.

To je všechno. Moc Vám děkuji za Váš čas.

*V pořádku.*

**Zdroj:** autorské šetření – expertní rozhovory (2016).

**Příloha 7 – Transkripce rozhovoru s prezidentkou ČAS (PhDr. Martina Šochmanová, MBA)****Respondent: PhDr. Martina Šochmanová, MBA**

- Expert v oblasti: prezidentka ČAS (Česká asociace sester)
- Místo pracoviště: Praha
- Způsob rozhovoru: osobně

**výpověď tazatele**  
výpověď respondenta  
(poznámka)

*části rozhovoru využité v analytické části diplomové práce*

(Před započítáním rozhovoru respondent svolil k jeho záznamu.)

První otázka se týká nastavení Českého politického systému... Českou politikou jsou nastavena centrální pravidla ve veřejném zdravotnictví – předpokládáte tedy vy, jako člověk se zkušenostmi z oboru, rovné podmínky pro všechny migranty v čerpání zdravotnických služeb?

*Myslím si, že pokud dojde z jejich strany (ze strany migrantů) ke splnění požadavků pro rovné podmínky, pak ano.*

Hmm, rozumím. Děkuji. Další otázka. Existují podle Vašeho názoru v Česku územní nerovnosti v poskytování zdravotnických služeb migrantům? Například nerovnosti ve smyslu město – venkov a tak podobně?

*Nedomnívám se, že by k tomuto docházelo.*

Děkuju. Jak si myslíte, že migranti z Ukrajiny a Vietnamu v Česku subjektivně vnímají svůj stav?

*Hmmm, jak to myslíte?*

Jako jestli se cítí zdravotně dobře, velmi dobře, jako to bylo v té mapě, jak jsem Vám posílala tu osnovu...

*Jo. No většina z nich má sjednané veřejné zdravotní pojištění pro cizince, ty podmínky jsou jednotné. To je pak otázka jednotlivců, stejně jako u občanů České republiky.*

Hmm, děkuju... a existuje prostorová diferenciací v jednotlivých krajích Česka? Kde by se dle Vašeho názoru objevovala negativní a kde pozitivní vnímání jejich zdravotního stavu, případně proč?

*No obecně se udává, že lidé ve větších městech přistupují ke svému zdraví zodpovědněji. Více se věnují prevenci než lidé v malých městech a na vesnicích.*

Děkuji, děkuju moc. Když se podíváme tady na tu první mapu (kartogram subjektivního vnímání vlastního zdravotního stavu respondenty výzkumu PŘF UK), proč se podle Vás vyskytlo hodnocení jako velmi špatné právě v Moravskoslezském kraji?

*To se domnívám, že to souvisí s menší vzdělaností populace... a větší nezaměstnaností...*

A proč naopak nejlépe hodnotí vlastní zdravotní stav imigranti ve Zlínském, Pardubickém a Olomouckém kraji?

*No to asi souvisí s tou předchozí otázkou. Jedná se patrně o větší města.*

Hmm, rozumím. Poslední otázka k této mapě: V Jihočeském a Moravskoslezském kraji a ještě v kraji Vysočina se častěji vyskytuje neutrální až negativní názor, napadá Vás důvod?

*Budu se opakovat. Opět se domnívám, že to souvisí se vzdělaností a nezaměstnaností.*

Dobře, moc Vám děkuji. Další otázka: Existuje v Česku územní nerovnost v zajištění zdravotní péče?

*Ne, to si myslím, že ne.*

Aha. A když se tady zastavíme u té druhé mapy, která zobrazuje způsob pojištění migrantů, proč podle Vás vysoké procento migrantů v Olomouckém, Zlínském a Plzeňském kraji nemá zdravotní pojištění?

*No to opět může být v souvislosti s nezaměstnaností. A tedy s neochotou platit pojištění pro zaměstnance.*

Hmmm, moc děkuju. A jsme u poslední otázky. Asi navážeme na to, co už jsme řešily. Myslíte si, že věk a dosažené vzdělání jsou faktory, které ovlivňují přístup migranta k využívání zdravotní péče? Bude například migrant s nižším dosaženým vzděláním méně navštěvovat specialisty nebo obecně méně využívat zdravotní služby?

*Ano, ano. Jak už jsem předeslala, jednoznačně to s tím souvisí. Domnívám se proto, že tito lidé budou méně navštěvovat specialisty.*

Rozumím. Tak to je vše. Moc jste mi pomohla. Děkuji.

*Za málo. Ať se daří.*

**Zdroj:** autorské šetření – expertní rozhovory (2016).

**Příloha 8 – Výpis z elektronické komunikace s předsedou Česko-vietnamské společnosti (Marcel Winter)****Respondent: Marcel Winter**

- Expert v oblasti: předseda Česko-vietnamské společnosti, kandidát do Senátu PČR
- Místo pracoviště: Praha
- Způsob rozhovoru: elektronická pošta

K osobnímu setkání ani telefonickému rozhovoru s respondentem nedošlo. Respondent na otázky odpovídal elektronickou poštou, když reagoval na zasloupanou osnovu rozhovoru.

Výpis z elektronické korespondence s respondentem (zkráceně):

otázka  
odpověď respondenta

*části korespondence využité v analytické části diplomové práce*

Následující otázky se vztahují k populaci imigrantů z Ukrajiny a Vietnamu v Česku

1. Českou politikou jsou nastavena centrální pravidla ve veřejném zdravotnictví, předpokládáte tedy rovné podmínky migrantů v čerpání zdravotních služeb?

*V blízké budoucnosti ano, pokud tito migranti žijí a pracují u nás.*

2. Existují v Česku územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb migrantům?

Např. město × venkov, sever × jih, západ × východ.

*Ne, je to stejné jako u Čechů.*

3. Jak myslíte, že migranti z Ukrajiny a Vietnamu v Česku subjektivně vnímají svůj zdravotní stav?

Existuje prostorová diferenciaci v jednotlivých krajích Česka? Pokud ano, kde dle Vašeho názoru převažuje pozitivní a kde (kraj) negativní percepce vlastního zdravotního stavu, a proč?

*Stejně jako my. Někdo své zdraví sleduje více, jiný méně.*

Z výzkumu PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013) vyplynuly závěry, které interpretuje níže uvedená mapa. Komentujte prosím výsledky?

Proč se dle Vašeho názoru v Moravskoslezském kraji vyskytlo hodnocení vlastního zdravotního stavu jako „velmi špatné“?

*Velký vliv má také životní prostředí a jak toto znečištěné životní prostředí komentují v médiích i zdravotní stav migranta při příchodu do ČR.*

Proč nejlépe hodnotí vlastní zdravotní stav imigranti ve Zlínském, Pardubickém a Olomouckém kraji?

Proč se v Jihočeském, Moravskoslezském kraji a v kraji Vysočina častěji vyskytuje neutrální až negativní názor?

*Cítí se u nás dobře a to je dobře. I my Češi máme různé informace o tom, kde se dělají nejlépe určité operace a pokud v čekárnách tyto zvěsti migranti slyší, tak si často utvářejí názor „a la jedna paní povídala“.*

4. Existuje územní nerovnost v zajištění zdravotní péče (druh zdravotního pojištění) migrantů z Ukrajiny a Vietnamu v jednotlivých krajích Česka?

*My jsme spolu s Pojišťovnou VZP 8 roků prováděli osvětovou kampaň u Vietnamců a Vietnamci dostávali od nás pravdivé informační materiály ve vietnamštině, ve kterých jsme*

zdůrazňovali, že se vždy musí zajímat o to, jaké má jim nabízené zdravotní pojištění plnění. Ukrajinci již mnoho let používají při zdravotním pojištění tzv. Strachovky, což je pojištění z Ukrajiny, které však u nás nemá žádné plnění (!!!), ale stát toto nedostatečné zdravotní pojištění uznával a možná ještě uznává.

Z výzkumu PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013) vyplynuly závěry, které interpretuje níže uvedená mapa. Komentujte prosím výsledky?

Proč dle Vašeho názoru vysoké procento imigrantů v Olomouckém (33 %), Zlínském (29 %) a Plzeňském (27 %) kraji nemá zdravotní pojištění?

*Není prováděna dostatečná informační kampaň pro Vietnamce v těchto regionech a také malá kontrola státních orgánů při prodlužování pobytu u nás.*

5. Myslíte si, že věk a dosažené vzdělání jsou faktory, ovlivňující přístup migranta k využívání zdravotní péče? Napadají Vás další faktory, které by mohli mít vliv na využívání zdravotní péče migranty?

*Hodně záleží na jeho rodičích. Vysokoškoláci jsou důslednější a mají větší přehled. Proto budou více využívat kvalitní zdravotní pojištění s vysokým plněním. Nejvíce si také uvědomují, že zdraví je to nejcennější, co člověk má.*

**Zdroj:** autorské šetření – expertní rozhovory (2016).

**Příloha 9 – Výpis z elektronické komunikace s tajemníkem Ukrajinské iniciativy v ČR (Bohdan Rajčinec)****Respondent: Bohdan Rajčinec**

- Expert v oblasti: tajemník Ukrajinské iniciativy v ČR
- Místo pracoviště: Praha
- Způsob rozhovoru: elektronická pošta

K osobnímu setkání ani telefonickému rozhovoru s respondentem nedošlo. Respondent na otázky odpověděl elektronickou poštou, když reagoval na zasloupanou osnovu rozhovoru.

Výpis z elektronické korespondence s respondentem (zkráceně):

otázka  
odpověď respondenta

*části korespondence využité v analytické části diplomové práce*

---

Následující otázky se vztahují k populaci imigrantů z Ukrajiny a Vietnamu v Česku

1. Českou politikou jsou nastavena centrální pravidla ve veřejném zdravotnictví, předpokládáte tedy rovné podmínky migrantů v čerpání zdravotních služeb?

*Patrně nejsou zcela rovné, neboť pracující migranti (spíše cizinci v tomto významu, z pohledu české legislativy) při stejných daních, platí vyšší, komerční pojištění.*

2. Existují v Česku územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb migrantům?

Např. město × venkov, sever × jih, západ × východ.

*Nemůžeme určit.*

3. Jak myslíte, že migranti z Ukrajiny a Vietnamu v Česku subjektivně vnímají svůj zdravotní stav?

*Spíše není jejich prioritou sledovat vlastní zdravotní stav. Dále nemůžeme určit.*

4. Existuje územní nerovnost v zajištění zdravotní péče (druh zdravotního pojištění) migrantů z Ukrajiny a Vietnamu v jednotlivých krajích Česka?

Z výzkumu PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013) vyplynuly závěry, které interpretuje níže uvedená mapa. Komentujte prosím výsledky?

Proč dle Vašeho názoru vysoké procento imigrantů v Olomouckém (33 %), Zlínském (29 %) a Plzeňském (27 %) kraji nemá zdravotní pojištění?

*Nemůžeme komentovat.*

5. Myslíte si, že věk a dosažené vzdělání jsou faktory, ovlivňující přístup migranta k využívání zdravotní péče? Napadají Vás další faktory, které by mohli mít vliv na využívání zdravotní péče migranty?

Bude například migrant s vyšším dosaženým vzděláním více využívat zdravotní služby?

*Spíše ano.*

**Zdroj:** autorské šetření – expertní rozhovory (2016).

**Příloha 10 – Výpis z elektronické komunikace s koordinátorkou kampaně za zdravotní pojištění migrantů a migrantek v Konsorciu nevládních organizací pracujících s migranty v ČR (A. L.)**

**Respondent: A. L.**

- Expert v oblasti: Koordinátorka kampaně za zdravotní pojištění migrantů a migrantek v Konsorciu nevládních organizací pracujících s migranty v ČR
- Místo pracoviště: Praha
- Způsob rozhovoru: elektronická pošta

K osobnímu setkání ani telefonickému rozhovoru s respondentem nedošlo. Respondent na otázky odpovídal elektronickou poštou, když reagoval na zasloupanou osnovu rozhovoru.

Výpis z elektronické korespondence s respondentem (zkráceně):

otázka  
odpověď respondenta

*části korespondence využité v analytické části diplomové práce*

Následující otázky se vztahují k populaci imigrantů z Ukrajiny a Vietnamu v Česku

1. Českou politikou jsou nastavena centrální pravidla ve veřejném zdravotnictví, předpokládáte tedy rovné podmínky migrantů v čerpání zdravotních služeb?

*V přístupu k lékařské péči jako takové jsou podmínky nastaveny pro všechny stejně bez hledu na státní občanství pacientů. V praxi ovšem existují rozdíly v možnostech čerpání zdravotnických služeb, protože některé kategorie cizinců nemají ze zákona možnost vstoupit do systému veřejného zdravotního pojištění a jsou nuceni uzavřít pojištění soukromé (komerční). Soukromé pojištění jim bohužel v současné chvíli nezaručuje stejnou úroveň a možnosti v čerpání zdravotnických služeb.*

2. Existují v Česku územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb migrantům?

Např. město × venkov, sever × jih, západ × východ.

*Nemohu odpovědět, nejsem k tomu kompetentní*

3. Jak myslíte, že migranti z Ukrajiny a Vietnamu v Česku subjektivně vnímají svůj zdravotní stav?

Existuje prostorová diferenciaci v jednotlivých krajích Česka? Pokud ano, kde dle Vašeho názoru převažuje pozitivní a kde (kraj) negativní percepce vlastního zdravotního stavu, a proč?

*Z vyjádření některých žen-migrantek z Ukrajiny vím, že často čekají na návrat do své domovské země, kde plánují podstoupit veškeré lékařské prohlídky a některé zákroky, a to přesto, že v České republice mají uzavřeno komerční pojištění. Dříve již měly špatné zkušenosti s českými lékaři, měly problém se dorozumět, popř. měly problémy s pojištěním apod. Dávají tedy přednost ošetření „doma“.*

*V listopadu 2015 OPU pořádalo veřejnou debatu, která se týkala komerčního pojištění cizinců. Na této debatě vystoupilo několik žen z Ukrajiny, které se podělily o svoje zkušenosti. Jména bohužel nevím, pro více informací doporučuji kontaktovat OPU.*

Z výzkumu PřF UK ve spolupráci s CVVM (2013) vyplynuly závěry, které interpretuje níže uvedená mapa. Komentujte prosím výsledky?

Proč se dle Vašeho názoru v Moravskoslezském kraji vyskytlo hodnocení vlastního zdravotního stavu jako „velmi špatné“?

*Mohu si pouze troufnout odhadnout důvody. Moravskoslezský kraj patří mezi chudší regiony se špatným životním prostředím, vyšší mírou nezaměstnanosti. Věřím, že se tyto podmínky mohou odrazit i v subjektivním vnímání vlastního zdravotního stavu.*

Proč nejlépe hodnotí vlastní zdravotní stav imigranti ve Zlínském, Pardubickém a Olomouckém kraji?

*Nevím.*

Proč se v Jihočeském, Moravskoslezském kraji a v kraji Vysočina častěji vyskytuje neutrální až negativní názor?

*Nevím.*

4. Existuje územní nerovnost v zajištění zdravotní péče (druh zdravotního pojištění) migrantů z Ukrajiny a Vietnamu v jednotlivých krajích Česka?

*Plně hrazená z veřejného zdravotního pojištění - může se jednat o region, kde sídlí významný zaměstnavatel (automobilka apod.), která zaměstnává cizince. Zaměstnaný cizinec je v systému veřejného zdravotního pojištění. Také se může jednat o region, kde již jsou dlouhodobě ustálené komunity cizinců, kteří mají trvalý pobyt – opět cizinci s trvalým pobytem spadají do systému veřejného zdravotního pojištění. Totéž platí i regiony, ve kterých jsou umístěny pobytová střediska pro žadatele o mezinárodní ochranu.*

Z výzkumu PŘF UK ve spolupráci s CVVM (2013) vyplynuly závěry, které interpretuje níže uvedená mapa. Komentujte prosím výsledky?

Proč dle Vašeho názoru vysoké procento imigrantů v Olomouckém (33 %), Zlínském (29 %) a Plzeňském (27 %) kraji nemá zdravotní pojištění?

*Nevím.*

5. Myslíte si, že věk a dosažené vzdělání jsou faktory, ovlivňující přístup migranta k využívání zdravotní péče? Napadají Vás další faktory, které by mohli mít vliv na využívání zdravotní péče migranty?

*Ano, domnívám se, že vzdělání a věk opravdu hrají významnou roli. Dalším významným faktorem jsou dosavadní zkušenosti cizinců s lékařskými službami, ať už z domovské země, tak zejména zkušenosti s českým zdravotnictvím. Dalším faktorem může být i přítomnost komunity popř. nevládní organizace pracující s migranty, která cizinci může poskytnout informace, doprovod apod.*

**Zdroj:** autorské šetření – expertní rozhovory (2016).



**Příloha 11 – Výpis z elektronické komunikace se zástupcem OZP (M. P.)****Respondent: M. P.**

- Expert v oblasti: zástupce OZP (Oborová zdravotní pojišťovna)
- Místo pracoviště: Praha
- Způsob rozhovoru: elektronická pošta

K osobnímu setkání ani telefonickému rozhovoru s respondentem nedošlo. Respondent na otázky odpovídal elektronickou poštou, když reagoval na zaslanoú osnovu rozhovoru.

Výpis z elektronické korespondence s respondentem (zkráceně):

otázka  
odpověď respondenta

*části korespondence využité v analytické části diplomové práce*

---

Následující otázky se vztahují k populaci imigrantů z Ukrajiny a Vietnamu v Česku

1. Českou politikou jsou nastavena centrální pravidla ve veřejném zdravotnictví, předpokládáte tedy rovné podmínky migrantů v čerpání zdravotních služeb?

*Ne.*

2. Existují v Česku územní nerovnosti v poskytování zdravotních služeb migrantům?

Např. město × venkov, sever × jih, západ × východ.

*Ano, větší dostupnost ve městě.*

3. Jak myslíte, že migranti z Ukrajiny a Vietnamu v Česku subjektivně vnímají svůj zdravotní stav?

*Podceňují zdraví.*

4. Existuje územní nerovnost v zajištění zdravotní péče (druh zdravotního pojištění) migrantů z Ukrajiny a Vietnamu v jednotlivých krajích Česka?

*Kraj Vysočina má horší dostupnost zdravotní péče. Zlín má dobré podmínky.*

5. Myslíte si, že věk a dosažené vzdělání jsou faktory, ovlivňující přístup migranta k využívání zdravotní péče? Napadají Vás další faktory, které by mohli mít vliv na využívání zdravotní péče migranty?

*Ano, vzdělání o sebe budou více pečovat.*

**Zdroj:** autorské šetření – expertní rozhovory (2016).