

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta sociálních věd

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky



**Dostupnost zdravotní péče pro migranty ze
třetích zemí v České republice**

Rigorózní práce

2017

Karolína Dobiášová

Jedná se o disertační práci, u níž je žádáno o uznání za práci rigorózní.

Autorka práce: **Karolína Dobiášová**

Vedoucí práce: **MUDr. Petr Háva, CSc.**

Rok obhajoby: **2016**

Bibliografický záznam

DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Dostupnost zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí v České republice*. Disertační práce. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, 2014, 192 s. Vedoucí disertační práce MUDr. Petr Háva, CSc.

Abstrakt

Předkládaná práce se zabývá vývojem a současným stavem dostupnosti zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí v České republice.

Z hlediska metodologického je zvolen kvalitativní přístup. Výzkumným designem je historická případová studie. V práci je využívána kombinace studia dokumentů a vlastního empirického šetření formou 56 hloubkových polostrukturovaných rozhovorů s migranty, poskytovateli zdravotní péče a odborníky, kteří v rámci své práce přicházejí s migranty do styku.

Autorka na základě přístupu historického institucionalismu vysvětluje vývoj politiky zdravotního pojištění pro migranty v České republice od roku 1993 po současnost, identifikuje klíčové události a roli jednotlivých aktérů v rámci politického subsystému.

Práce zároveň optikou samotných migrantů a poskytovatelů zdravotní péče ukazuje, jak se současné institucionální nastavení systému zdravotního pojištění migrantů promítá do jejich faktického přístupu ke zdravotní péči, identifikuje hlavní bariéry dostupnosti a důsledky případné nedostupnosti zdravotní péče.

Klíčová slova: Migranti, dostupnost zdravotní péče, zdravotní pojištění, historický institucionalismus, bariéry přístupu ke zdravotní péči

Abstract

This Ph.D. thesis discusses the evolution and current situation regarding availability of healthcare for third countries migrants in the Czech Republic.

In terms of methodology, the author has chosen a qualitative approach. The research design is a historical case study. The thesis uses a combination of "desk research" and empirical survey based on 56 in-depth interviews with

migrants, healthcare providers and experts who come into contact with migrants during the course of their work.

Based on the approach of historical institutionalism, the author is explaining policy of migrants' health insurance evolution in Czech Republic since 1993 till today. The author identifies the key events and the roles of particular actors within the observed „sub-system“ of public policy.

From the viewpoint of migrants and healthcare providers, the thesis also presents how the current institutionalised set-up of migrants' health policy transfers into the real access to healthcare for migrants. It also identifies the main barriers to health care accessibility and the consequences of possible health care unavailability.

Key words: migrants, health care availability, health insurance, historical institutionalism, barriers to health care access

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně s použitím uvedených pramenů a literatury.

Souhlasím s tím, aby byla práce zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 24. dubna 2016

Mgr. Karolína Dobiášová

Poděkování

Na tomto místě bych především ráda poděkovala své dlouholeté kolegyni a spolupracovnici na tématu zdraví a zdravotní péče pro migranty PhDr. Heleně Hnilicové, Ph.D. za její odbornou i lidskou podporu a motivaci nejenom k sepsání této práce, ale i k dalšímu vědeckému bádání. Velký dík patří mému školiteli MUDr. Petru Hávovi, CSc. za dlouhodobou spolupráci, cenné připomínky, podněty a doporučení. Děkuji také za velkou psychickou podporu své kolegyni Mgr. Miriam Kotrusové, PhD., za pomoc a podporu PhDr. Věře Tomandlové, za podporu a velkou inspiraci Prof. PhDr. Martinovi Potůčkovi, CSc. MSc. a za řadu námětů a doporučení také všem svým milým kolegům a kolegyním z Katedry veřejné a sociální politiky.

Ráda bych poděkovala také své rodině za pochopení a trpělivost při finalizování této práce.

Můj závěrečný dík patří všem respondentkám a respondentům, bez jejichž vstřícnosti a otevřenosti by tato práce nemohla být napsána.

Obsah

Seznam tabulek, grafů a schémat	11
Úvod	13
1. Cíle a výzkumné otázky disertační práce	15
2. Konceptuální rámec disertační práce	16
2.1 Nerovnosti ve zdraví	16
2.1.1 Socioekonomické nerovnosti ve zdraví a sociální determinanty	18
2.1.2 Zdraví, nerovnosti ve zdraví a etnicita	23
2.2 Lidská práva se vztahem ke zdraví v kontextu mezinárodní migrace	27
2.3 Historický institucionalismus	31
3. Charakteristika a zdůvodnění užitých metod	40
3.1 Vymezení cílové skupiny	42
3.2 Zdroje dat	42
3.2.1 Sekundární data	42
3.3 Metody sběru primárních dat a složení výběrového vzorku	43
3.3.1 Rozhovory s migranty	44
3.3.2 Rozhovory s poskytovateli zdravotní péče	46
3.3.3 Expertní rozhovory	48
3.4 Analýza primárních dat	50
3.5 Kvalita výzkumu	51
3.6 Institucionální analýza	51
4. Cílová skupina migrantů ze třetích zemí v datech	59
4.1 Obecná charakteristika cílové populace migrantů ze třetích zemí	60
4.2 Zdravotní stav a čerpání zdravotní péče migrantů (ze třetích zemí)	64
4.2.1 Infekční nemoci a psychiatrická onemocnění	66
4.2.2 Čerpání zdravotní péče cizinci v nemocnicích a hrazení zdravotní péče	67
4.2.3 Zdravotní stav, determinanty zdraví a spotřeba zdravotní péče migrantů ve světle výzkumných šetření	71
4.2.4 Pracovní úrazy migrantů	74

5. Dostupnost zdravotní péče (pro migranty)	75
5.1 Právní nárok na zdravotní péči pro migranty ze třetích zemí v ČR	78
5.2 Vstřícná zdravotní péče pro migranty v ČR v mezinárodním kontextu.....	86
5.3 Studie MIPEX pro oblast zdravotní péče	91
6. Institucionální vývoj zdravotního pojištění pro migranty ze třetích zemí v ČR	94
6.1 Aktéři veřejné politiky v oblasti zdravotního pojištění pro migranty ze třetích zemí	94
6.2 Institucionální analýza vývoje komerčního zdravotního pojištění migrantů ze třetích zemí	107
6.3 Diskuse institucionálního vývoje zdravotního pojištění pro migranty v ČR perspektivou historického institucionalismu	127
7. Dostupnost zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí v ČR pohledem z praxe	130
7.1 Dostupnost zdravotní péče pro migranty perspektivou cílové skupiny migrantů ze třetích zemí	130
7.1.1 Zdravotní stav migrantů a využívání zdravotní péče	131
7.1.2 Zkušenosti s veřejným zdravotním pojištěním	132
7.1.3 Zkušenosti migrantů s komerčním zdravotním pojištěním	133
7.1.4 Výběr komerční pojišťovny	136
7.1.5 Bariéry v přístupu ke zdravotní péči u pojištěnců s komerčním zdravotním pojištěním.....	138
7.1.5.1 Nedostatečná síť smluvních zařízení	138
7.1.5.2 Finanční náročnost.....	139
7.1.5.3 Výluky z pojištění	139
7.1.5.4 Nejistota ohledně uhrazení péče a nutnost hradit péči předem v hotovosti	140
7.1.5.5 Nesrozumitelnost pojistných podmínek.....	141
7.1.5.6 Nedostatečné informování při uzavírání pojištění	142
7.1.5.7 Ne/informovanost a nedůvěra zdravotníků ve vztahu ke komerčnímu zdravotnímu pojištění	143
7.1.5.8 Zajištění pojištění pro děti	144
7.1.6 Komunikační bariéra, kulturní rozdíly a diskriminace.....	145
7.1.7 Strategie migrantů k zajištění zdraví	148
7.1.7.1 Platby v hotovosti.....	148

7.1.7.2 Odkládání péče a čekání na vstup do veřejného zdravotního pojištění.....	148
7.1.7.3 Samoléčba.....	149
7.1.7.4 Využívání zdravotní péče v zemi původu.....	151
7.1.7.5 Využívání známých lékařů	151
7.1.7.6 Využívání specializovaných zdravotnických zařízení pro cizince	152
7.2 Dostupnost zdravotní péče pro migranty perspektivou poskytovatelů zdravotní péče	153
7.2.1 Financování zdravotní péče migrantům	154
7.2.2 Nedostatečná informovanost cizinců	161
7.2.3 Jazyková bariéra.....	162
7.2.4 Ochrana veřejného zdraví	165
7.2.5 Odlišnosti související s etnickým původem	166
7.2.6 Nedostatečná informovanost zdravotníků	168
7.3 Závěrečná diskuse výsledků empirického šetření dostupnosti zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí pohledem z praxe	168
Závěr	172
Summary	175
Použitá literatura	176
Příloha	190

Seznam tabulek, grafů a schémat

Seznam tabulek

Tabulka č. 1	Vztah teorií ke zkoumané problematice.....	16
Tabulka č. 2	Typy institucionálních změn.....	36
Tabulka č. 3	Kontextuální a institucionální zdroje institucionální změny.....	39
Tabulka č. 4	Vzorek respondentů - migrantů ze třetích zemí.....	45
Tabulka č. 5	Vzorek respondentů - poskytovatelé zdravotní péče	47
Tabulka č. 6	Vzorek respondentů - experti	49
Tabulka č. 7	Formalizovaní a neformalizovaní aktéři a instituce ve veřejné politice	55
Tabulka č. 8	Dvacet nejpočetněji zastoupených zemí původu mezi migranty ze třetích zemí v ČR	62
Tabulka č. 9	Věková struktura migrantů ze třetích zemí v ČR.....	63
Tabulka č. 10	Notifikace TBC v ČR v letech 2006-2014 včetně podílu cizinců.....	66
Tabulka č. 11	Vývoj čerpání péče migranty ze třetích zemí v nemocnicích v období 2004 až 2014	68
Tabulka č. 12	Celkové náklady na zdravotní péči cizinců ze třetích zemí v nemocniční péči podle způsobu úhrady ve vybraných letech v období 2004-2014	70
Tabulka č. 13	Způsob hrazení zdravotní péče poskytnuté cizincům ze třetích zemí v nemocnicích v období 2004-2014.....	70
Tabulka č. 14	Počet pojištěnců ze třetích zemí pojištěných u PVZP, a.s. a podíl pojištěnců čerpajících péči.....	71
Tabulka č. 15	Dimenze přístupu ke zdravotní péči	76
Tabulka č. 16	Počty migrantů na území ČR a migrantů pojištěných v rámci veřejného a smluvního zdravotního pojištění v letech 2001-2003	113
Tabulka č. 17	Dividendy vyplacené VZP ČR - jedinému akcionáři PVZP, a.s., v tisících Kč.....	114
Tabulka č. 18	Aktivity v oblasti zdravotního pojištění migrantů od roku 1993	126
Tabulka č. 19	Základní témata související s dostupností zdravotní péče pohledem migrantů	130
Tabulka č. 20	Základní problémové oblasti a podoblasti identifikované zdravotníky při poskytování zdravotní péče migrantům	154

Seznam grafů

Graf č. 1 Vývoj počtu cizinců v ČR dle pobytu	59
Graf č. 2 Celkový počet cizinců ze třetích zemí žijících dlouhodobě v ČR	60
Graf č. 3 Účely dlouhodobých pobytů u migrantů ze třetích zemí v ČR	61
Graf č. 4 Cizinci podle vzdělání k 26. 3. 2011 (v %)	63
Graf č. 5 Podnikatelská činnost cizinců ze třetích zemí	64
Graf č. 6 Výsledky studie MIPEX v ČR v roce 2014	92
Graf č. 7 Výsledky studie MIPEX v oblasti zdravotní péče 2014.....	93
Graf č. 8 Počet pojištěnců smluvního zdravotního pojištění VZP ČR.....	113

Seznam schémat

Schéma č. 1 „Duhový“ model Dahlgrena a Whiteheadové	21
Schéma č. 2 Konceptuální rámec sociálních determinant zdraví.....	23
Schéma č. 3 Stronkovské výkladový model vztahu mezi etnicitou a zdravím	24
Schéma č. 4 Závislost etnicity, socioekonomického postavení a zdraví/ nemoci	25
Schéma č. 5 Aspekty, které mohou mít vliv na zdraví migrantů v různých fázích migrace	27
Schéma č. 6 Příklady vazeb mezi zdravím a lidskými právy.....	29
Schéma č. 7 Obsah a rozsah lidských práv se vřahem ke zdraví dle Obecných připomínek č. 14 k Mezinárodnímu paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech (ICESCR)	31
Schéma č. 8 Instituce jako režim	33
Schéma č. 9 Vztah charakteru institucí a politického kontextu k agentům změny	37
Schéma č. 10 Jednotlivé úrovně institucionální analýzy	52
Schéma č. 11 Politický prostor a politický subsystém	54
Schéma č. 12 Základní prvky teoretického rámce ACI.....	57
Schéma č. 13 Přístup ke zdravotnímu pojištění v závislosti na typu pobytu migrantů v ČR	79
Schéma č. 14 Seskupení aktérů dle jejich orientace	107
Schéma č. 15 Vývoj komerčního zdravotního pojištění migrantů v ČR.....	108

Úvod

Migrace je celosvětový fenomén. Odhaduje se, že na mezinárodní úrovni se každý rok za prací a lepším životem stěhuje více než 232 milionů lidí, z nichž okolo 30-40 milionů tvoří ilegální migranti. Tito lidé opouštějí své domovy z různých příčin, jako jsou válečné a politické konflikty, přírodní katastrofy, devastace životního prostředí, politické pronásledování, chudoba, diskriminace, nedostatečný přístup k základním službám, ale i hledání nových příležitostí zejména v oblasti práce a vzdělávání (WHO, 2013). Pokud bychom mezinárodní migranty dohromady brali jako jednu národnostní populaci, tvořili by pátý největší národ světa (Gushulak, Weekers and MacPherson, 2009).

Zdravotní otázky související s mezinárodní migrací jsou proto Světovou zdravotnickou organizací pokládány pro oblast veřejného zdraví a zdravotní politiku za zásadní téma, které vlády a celé společnosti řeší a budou řešit (WHO, 2008). Migranti mohou být terčem různých forem diskriminace, násilí a zneužívání, což má vliv na jejich fyzické i duševní zdraví. Kromě toho mohou mít migranti zdravotní problémy, které nejsou v cílové zemi běžné, nebo se vůbec nevyskytují. K těmto problémům se často přidávají právní a socioekonomické překážky bránící migrantům v přístupu ke zdravotní péči. Společnosti s vysokým zastoupením migrantů čelí takovým výzvám, jako je zvyšující se diverzita a související změny v kulturním profilu a zdravotních potřebách pacientů, což následně ovlivňuje i každodenní práci zdravotnických pracovníků (WHO, 2013).

Migrace je proto pokládána také za jednu z nejdůležitějších sociálních determinant zdraví ve 21. století, kdy zdraví migrantů je klíčovým faktorem k udržení sociální soudržnosti v současných společnostech. Z tohoto důvodu přístup migrantů ke zdravotní péči a jeho zakotvení v rámci zdravotnických systémů a veřejných programů zacílených na snižování nerovností ve zdraví nabývá prvořadého významu (Ghent, 2008).

Také v České republice tvoří migranti již nezanedbatelný podíl populace (4,3 %) a jejich počty stále narůstají (ČSÚ, 2015). Zároveň již více než 15 let je dostupnost zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí (tj. ze zemí mimo Evropskou unii) v České republice kritizována řadou aktérů na národní i mezinárodní úrovni.

Cílem této práce je zjistit, jak je institucionálně ukotvena dostupnost zdravotní péče pro migranty v ČR, jak se vyvíjelo toto institucionální nastavení v čase a jaké má dopady do praxe perspektivou samotných migrantů a poskytovatelů zdravotní péče.

Logické uspořádání práce je následující. Nejprve se věnuji vymezení cílů a výzkumných otázek této práce. Následuje konceptuální rámec práce, kdy využívám k ukotvení celé práce teorii nerovností ve zdraví a sociálních determinant zdraví a koncept lidských práv se vztahem ke zdraví. Pro vysvětlení institucionálního vývoje zdravotního pojištění pracuji s teorií historického institucionalismu. Doplňujícím teoretickým rámcem pro empirické šetření mezi migranty a poskytovateli zdravotní péče je koncept etnicity ve zdraví.

Pokračuji charakteristikou a zdůvodněním v práci užitých metod a popisem cílové skupiny migrantů ze třetích zemí (mimo EU) v datech a ve světle výzkumných studií s ohledem na sledovanou oblast.

Dále vymezuji dostupnost zdravotní péče jak na teoretické úrovni, tak i faktickou dostupnost zdravotní péče pro migranty v České republice. Zaměřuji se přitom zejména na právní nárok a koncept tzv. k migrantům vstřícné péče.

Institucionálnímu vývoji zdravotního pojištění pro migranty a klíčovým aktérům této oblasti veřejné politiky je věnována další kapitola.

Práci uzavírají výsledky kvalitativního výzkumu zaměřeného na dostupnost zdravotní péče pro migranty v praxi jejich vlastní perspektivou a perspektivou poskytovatelů zdravotní péče (zejména zdravotníků).

1. Cíle a výzkumné otázky disertační práce

Hlavním cílem této disertační práce je vysvětlit současné institucionální nastavení zdravotního pojištění pro migranty ze třetích zemí v České republice a jeho institucionální vývoj a identifikovat důsledky tohoto institucionálního nastavení na dostupnost zdravotní péče pro migranty z pohledu samotných migrantů a poskytovatelů zdravotních služeb.

Tento hlavní cíl je pro realizaci rozdělen do dílčích operativních cílů:

- Vysvětlit vývoj institucionálního nastavení zdravotního pojištění pro migranty ze třetích zemí v ČR od roku 1993 a identifikovat události, které sehrály klíčovou roli pro současný stav.
- Identifikovat klíčové aktéry ve vývoji zdravotního pojištění pro migranty ze třetích zemí a vysvětlit jejich roli ve vývoji institucionálního nastavení zdravotního pojištění pro migranty ze třetích zemí.
- Zjistit jaká je dostupnost zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí v praxi pohledem migrantů včetně identifikace klíčových problémů a případných důsledků nedostupnosti.
- Zjistit jaká je dostupnost zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí v praxi pohledem poskytovatelů zdravotních služeb včetně identifikace klíčových problémů a případných důsledků nedostupnosti.

Vzhledem k tomu, že se ve své disertační práci zaměřuji na poznání a vysvětlení dosud neprobádané oblasti, nemám předem stanoveny hypotézy, ale vycházím z níže uvedených výzkumných otázek formulovaných na základě cílů své práce:

- Jak se vyvíjelo institucionální nastavení zdravotního pojištění pro migranty ze třetích zemí v ČR po roce 1993?
- Které události byly pro formování současného nastavení klíčové?
- Kteří aktéři utvářeli institucionální rámec zdravotního pojištění pro migranty ze třetích zemí po roce 1993 v České republice?
- Jaká je faktická dostupnost zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí v České republice perspektivou migrantů?
- Jaká je faktická dostupnost zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí v České republice perspektivou poskytovatelů zdravotní péče?
- Jaké jsou důsledky případné nedostupnosti zdravotní péče pro migranty?

2. Konceptuální rámec disertační práce

Ve své práci se opírám v jejích jednotlivých částech (viz tabulka č. 1) o následující teorie a koncepty: nerovnosti ve zdraví a sociální determinanty zdraví, zdraví a etnicita, lidská práva se vztahem ke zdraví a historický institucionalismus.

Tabulka č. 1 **Vztah teorií ke zkoumané problematice**

Teorie	Vztah ke zkoumané problematice
Nerovnosti ve zdraví a sociální determinanty zdraví	Ukotvuje celé téma disertační práce
Lidská práva se vztahem ke zdraví	Ukotvuje celé téma disertační práce
Zdraví a etnicita	Dostupnost zdravotní péče pohledem z praxe
Historický institucionalismus	Vývoj institucionálního nastavení zdravotního pojištění pro migranty ze třetích zemí.

Zdroj: autorka

2.1 Nerovnosti ve zdraví

Teorii nerovností ve zdraví a sociálních determinant zdraví jsem zvolila pro teoretické ukotvení své disertační práce zejména proto, že ve většině vyspělých zemí s veřejně financovanými zdravotnickými systémy je nedostatečná dostupnost kvalitní zdravotní péče chápána jako jeden z faktorů ovlivňujících nárůst zdravotních nerovností u znevýhodněných skupin, mezi které jsou řazeni i migranti (Plug, 2012). Proto se tento teoretický koncept jako červená nit prolíná celou předkládanou prací.

Nerovnosti (inequalities) ve zdraví jsou definovány jako systematické odlišnosti ve zdravotním stavu mezi jednotlivci a populačními skupinami. Nerovnosti ve zdraví a rovnost (equality) ve zdraví jsou považovány za dimenzionální koncept vycházející striktně z měřitelných veličin. (Gakidou, Murray, Frenk, 2000)

Ačkoli je termín nerovnosti ve zdraví široce používán vědeckou obcí i politiky, nemůžeme hovořit o jeho univerzálním použití. Tento termín je spjat spíše s evropským výzkumným a politickým diskursem, zatímco v USA je v odborné literatuře častěji používán termín zdravotní rozdíly (health disparities), který byl původně vztahován zejména k rozdílům ve zdraví a zdravotní péči mezi rasovými / etnickými skupinami (Graham, 2009; Braveman, 2006).

Již na počátku je vhodné nerovnosti ve zdraví vymezit vůči etickému a politickému konceptu nespravedlnosti (inequity) a ekvity (equity) ve zdraví, který v sobě zahrnuje i morální závazek sociální spravedlnosti. Podstata rozdílu mezi rovností (equality) a ekvitou spočívá v tom, zda identifikace nerovností ve zdraví v sobě zahrnuje i normativní soudy vystavené na teoriích spravedlnosti, teoriích rozdělení společnosti a úvahách o genezi zdravotních nerovností. Optikou ekvity jsou zdravotní rozdíly považovány za neopodstatněné a nespravedlivé nebo za důsledek některé formy nespravedlnosti (Whitehead, Dahlgren 2007). Ne všechny nerovnosti ve zdraví je však možno považovat za nespravedlivé (například rozdíly mezi věkovými skupinami nebo některé rozdíly vyplývající z odlišností pohlaví) (Kawachi et al., 2002).

Existují dva odlišné přístupy k měření nerovností ve zdraví, které do jisté míry odrážejí zmíněný rozdíl mezi nerovnostmi ve zdraví a nespravedlností ve zdraví (Kawachi et al., 2002). Častěji je využíváno měření rozdílů ve zdraví mezi jednotlivými předem vymezenými sociálními skupinami (např. sociální třídy, majoritní populace vs. migranti). Tento přístup předpokládá existenci sociálních skupin, které nějakým způsobem odrážejí nerovnoměrnou distribuci zdrojů a životních příležitostí společnosti. Druhý způsob je založen na měření rozložení zdravotního stavu mezi jednotlivci v populaci, analogicky k měření příjmových nerovností. Argumentem pro tento druhý typ měření je, že eliminuje dilemata spojená s výběrem proměnných nutných pro měření rozdílů mezi sociálními skupinami, kdy již samotný výběr proměnných, jako je např. sociální třída, v sobě zahrnuje určitý normativní postoj. Tento způsob měření je také vhodnější pro komparaci nerovností z hlediska místa a času, kdy např. srovnávání nerovností ve zdraví mezi jednotlivými zeměmi není zatíženo kulturními rozdíly v chápání sociálních tříd. Na druhou stranu odpůrci tohoto přístupu argumentují, že popis nerovností ve zdraví zbavený sociálních souvislostí postrádá smysl a nezohledňuje socioekonomické determinanty zdraví (Kawachi et al., 2002; Braveman 2006). Jinými slovy není schopen sledovat nerovnosti ve zdraví a zdravotní péči mezi bohatými a chudými, mezi více a méně privilegovanými rasovými/ etnickými skupinami či srovnávat dle pohlaví, což jsou nezbytné údaje pro realizaci cílených intervencí a efektivní distribuci zdrojů v rámci veřejné (zdravotní) politiky (Braveman, Gruskin, 2003).

2.1.1 Socioekonomické nerovnosti ve zdraví a sociální determinanty

Ve své práci vycházím z následující Mackenbachovy definice socioekonomických nerovností ve zdraví, kdy tyto jsou chápány jako systematické rozdíly v nemocnosti a úmrtnosti mezi jednotlivci s vyšším a nižším socioekonomickým postavením, které jsou považovány za nespravedlivé (Mackenbach, 2004). Přestože chápání ne/spravedlnosti je silně kulturně a historicky podmíněno, jako podstatné kritérium určení toho, co je a není spravedlivé, může být míra kontroly nad okolnostmi, které ovlivňují zdraví. Pokud některé konkrétní znevýhodněné skupiny nemají možnost se vyhnout rizikovým pracovním podmínkám, nekvalitnímu a nezdravému bydlení, nedostupnosti zdravotní péče apod., pak z toho vyplývající zdravotní důsledky je možno považovat za nespravedlivé (Whitehead, 1990 dle Madarasová Gecková, 2005).

Pro definování socioekonomických nerovností ve zdraví je důležité zmínit i existenci socioekonomického gradientu, kdy nerovnosti ve zdraví nejsou otázkou rozdílu mezi chudými a zbytkem společnosti, ale kdy lidé na nižších příčkách socio-ekonomického postavení, měřeno např. příjmem, pracovní pozicí nebo dosaženým vzděláním, vykazují horší zdravotní stav než osoby z relativně vyšších socio-ekonomických skupin (Kawachi et al., 2002).

V odborné literatuře existuje řada teorií zaměřujících se na vysvětlení socio-ekonomických nerovností ve zdraví (Mackenbach, 2004).

Jednou z těchto vysvětlujících teorií je tzv. teorie selekce (Mackenbach, 2004), kterou někteří autoři nazývají též teorie výběru zdravím (West, 1991). Tato teorie je založena na předpokladu, že zdravotní stav ovlivňuje socioekonomickou mobilitu jedinců (Mackenbach, 2004). Radikálnější směr této teorie tvrdí, že zdravotní stav určuje socioekonomické postavení člověka, nikoliv naopak. Mírnější varianta této teorie zdůrazňuje ekonomické důsledky horšího zdraví, které mohou ovlivnit postavení jedince ve společnosti (Mackenbach, 2004). Přestože tato teorie má svůj význam při vysvětlování socioekonomických nerovností ve zdraví, většina autorů se shoduje, že k jejich plnému objasnění nepostačuje (West, 1991).

Zcela jinou perspektivu přináší teorie sociální příčinnosti, nazývaná též teorií „specifických determinant“ (Mackenbach, 2004), dle které některé pozice ve společnosti jsou pro zdraví méně výhodné než jiné. Tento "kauzální" efekt socioekonomického postavení na zdraví se projevuje především nepřímo prostřednictvím řady dalších specifických zdravotních determinant, které jsou distribuovány napříč socioekonomickými skupinami. Jedná se zejména o

materiální a psychosociální faktory a životní styl (Mackenbach, 2004). Například jedinci z níže postavených socioekonomických skupin, disponující nižšími příjmy, si nemohou dovolit stejný životní standard jako jedinci z vyšších socioekonomických vrstev a mají také menší kontrolu nad svým životem a jsou více vystaveni stresu (Hertzman, 2001 dle Madarasová Gecková, 2005).

Materiální faktory, některými autory též nazývané životními podmínkami (live conditions) nebo životními okolnostmi (living circumstances), zahrnují řadu proměnných, jako jsou pracovní podmínky, nezaměstnanost, kvalita bydlení, příjem a také přístup ke zdravotním službám (Madarasová Grecková, 2005). Výklad socioekonomických nerovností prostřednictvím psychosociálních faktorů vychází z předpokladu, že samotné nízké socioekonomické postavení je psychosociální stresor, který biologickou a behaviorální cestou může způsobovat poškození zdraví (Kawachi et al., 2002; Mackenbach, 2004). Je například již vědecky dokázáno, že psychosociální faktory související s organizací práce, jako je např. pracovní napětí, hrají při vysvětlování socioekonomických nerovností ve zdraví významnou roli (Marmot, M., Brunner, 1999). Mezi faktory životního stylu je tradičně zahrnováno např. stravování, kouření, konzumace alkoholu, cvičení, kdy data o konzumaci alkoholu či o kouření ukazují, že lidé z nižších socioekonomických pozic ve větší míře konzumují alkohol a více kouří (Mackenbach, 2004).

Vysvětlení nerovností ve zdraví podává i teorie perspektivy životního cyklu, která využívá k vysvětlení nerovností dimenze času (Kawachi et al., 2002). Nemoc se obvykle vyskytuje jako výsledek dlouhodobého působení rizikových faktorů, přičemž může být i vyústěním určité životní historie konkrétního jedince. Socioekonomický status v dětství (například rodiče pracující v manuálních profesích) určuje socioekonomický status v dospělosti, kdy i přes sociální mobilitu, mnozí jedinci mají nakonec stejný sociální status, jako jejich rodiče. Z hlediska zdraví bylo prokázáno, že celoživotní expozice nízkého socioekonomického postavení s sebou přináší vyšší rizika poškození zdraví než takováto expozice pouze v jedné fázi života. Perspektiva životního cyklu se projevuje i u rizikového chování ve vztahu ke zdraví (např. špatné stravování, kouření), které má své kořeny většinou v dětství a dospívání. Tato teorie přichází také s poznáním, že v životě lidí se vyskytují tzv. „okna náchylnosti/citlivosti“ (windows of susceptibility), což znamená, že v určitých obdobích života je jedinec více náchylný na účinky některých expozic (podvýživa a infekce během fetálního období, citové strádání během dětství, atd.) (Mackenbach, 2004).

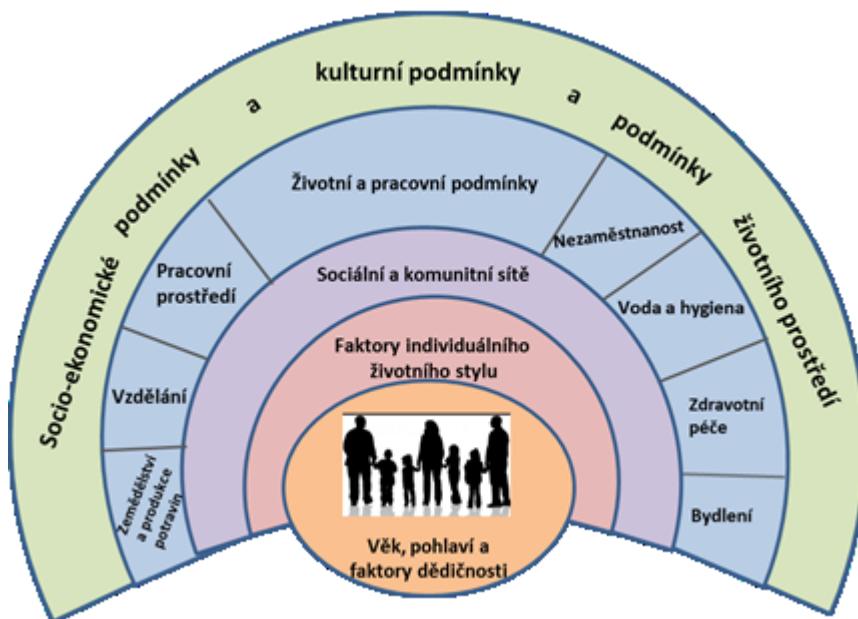
Někteří autoři se pokusili výše zmíněné poznatky vysvětlující socioekonomické nerovnosti ve zdraví syntetizovat a vytvořili integrované výkladové

modely. Ačkoliv se jednotlivé modely liší mírou komplexity a detailnosti, všechny vycházejí z předpokladu příčinné souvislosti mezi socio - ekonomickým postavením a nerovnostmi ve zdraví prostřednictvím dalších faktorů. Jednotlivé modely se naopak liší tím:

- do jaké míry je zahrnuta perspektiva životního cyklu, tj. některé se omezují jen na současný život;
- do jaké míry je uplatňováno biologické hledisko;
- zda jsou zohledněny i makrosociální faktory, či zda se pohybují jen v individuální rovině a
- zda jsou zohledněny zpětné účinky zdraví na socioekonomický status (Mackenbach, 2004).

Vzhledem k zaměření mé práce, která se pohybuje na poli tvorby konkrétního segmentu zdravotní politiky, je pro teoretické zarámování práce vhodný tzv. „duhový“ model autorů Görana Dahlgrena a Margaret Whiteheadové z roku 1991. Tento model vychází z předpokladu, že příčiny nemocí a vzorce jejich distribuce jsou zakořeněny v sociální organizaci společnosti a odrážejí jiné typy sociálních nerovností (viz schéma č. 1). V centru schématu jsou jednotlivci s určitou genetickou výbavou, která určuje například pohlaví či genetické predispozice k některým onemocněním. Někteří autoři řadí do středu schématu vedle genomu i vnější vlivy, které působí při vývoji dítěte v těle matky a mohou ovlivnit vznik nemocí v jeho pozdějším životě. Druhá vrstva schématu je souhrnem faktorů individuálního životního stylu, nad kterým má jedinec určitou kontrolu. Na tuto vrstvu navazuje souhrn determinant sociálního prostředí (kam patří např. vztahy s příbuznými, přáteli a lidmi z nejbližšího okolí). Čtvrtou vrstvu tvoří pracovní a životní podmínky, kam patří krom bydlení, pracovního prostředí, vzdělání i dostupnost zdravotní péče. Vnější vrstva představuje ekonomické a kulturní prostředí společnosti jako celku (Dahlgren, Whitehead, 1991).

Schéma č. 1 „Duhový“ model Dahlgrena a Whiteheadové



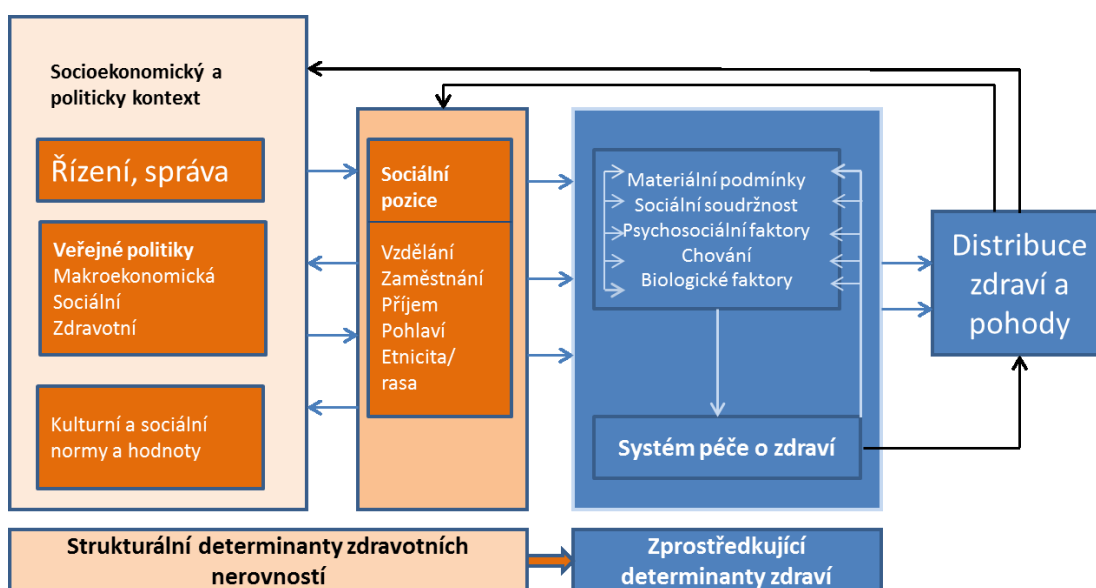
Zdroj: Dahlgren, Whitehead, 1991

Z hlediska dostupnosti zdravotní péče pro migranty je důležitý i nejnovější konceptuální model vysvětlující nerovnosti ve zdraví vytvořený Komisí pro sociální determinanty WHO pod vedením Michaela Marmota (WHO, 2008), který zohledňuje sociálně ekonomické podmínky ve společnosti s ohledem na možnosti intervencí. Jedná se o komprehenzivní výkladový rámec (viz schéma č. 2) hlavních kategorií determinant, procesů a drah, které generují zdravotní nerovnosti. Tento rámec vychází z mnoha předchozích modelů a je v něm zdůrazněn význam systému péče o zdraví jakožto podstatné sociální determinanty zdraví. Jeho úloha spočívá zejména v zajištění dostupnosti zdravotní péče. Z tohoto modelu tak vyplývá, že systém péče o zdraví by měl zohledňovat větší míru ohrožení a vulnerability některých skupin (mezi které jsou řazeni i migranti) a zároveň by mohl být jakýmsi mediátorem v rámci mezisektorové spolupráce a zmírňovat tak následky nemocí pro život lidí (WHO, 2007a:44).

Tento výkladový rámec vychází z předpokladu, že strukturální mechanismy (determinanty) generují stratifikaci a dělení na jednotlivé sociální třídy ve společnosti a definují sociálně ekonomické postavení jednotlivců v hierarchii moci, prestiže a přístupu ke zdrojům. Konkrétněji řečeno, že sociální, ekonomické a politické mechanismy jako trh práce, typ sociálního státu a jeho redistributivní politiky (nebo neexistenci takových politik), vzdělávací systém, politické instituce a jiné kulturní a společenské hodnoty jsou příčinou vzniku socioekonomických pozic, kdy populace je stratifikována na základě příjmu, vzdělání, zaměstnání, pohlaví, rasy/ethnicity a dalších faktorů. Konkrétní sociální

pozice pak formuje specifické determinanty zdravotního stavu (zprostředkující determinanty). Hlavními kategoriemi zprostředkujících determinant zdraví jsou: materiální podmínky, psychosociální okolnosti, chování a/nebo biologické faktory. Samostatnou sociální determinantou je systém péče o zdraví. Systém péče o zdraví může přímo ovlivňovat sociálně podmíněné rozdíly ve vulnerabilitě a v míře vystavení poškození zdraví a to rozlišnými způsoby. Za prvé zlepšováním rovného přístupu ke zdravotní péči, dále pak povzbuzováním mezisektorálních (mezioborových) aktivit za účelem zlepšování zdraví. Důležitou roli hraje zdravotnický systém i při zabránění dalšímu snižování sociálního statusu nemocných a při usnadňování sociální reintegrace nemocných (Solar, Irwin, Vega 2009). Do materiálních podmínek řadíme faktory jako je bydlení a kvalita sousedství, spotřební potenciál (např. finanční prostředky na nákup zdravých potravin, teplého oblečení, atd.) a fyzické pracovní prostředí. K psychosociálním podmínkám patří psychosociální stresory, stresující životní okolnosti a vztahy a sociální podpora a schopnost vycházet s ostatními (nebo jejich nedostatek). Behaviorální a biologické faktory zahrnují výživu, fyzickou aktivitu, konzumaci tabáku a alkoholu a další rizikové chování, které jsou nerovnoměrně rozděleny mezi různými sociálními skupinami. Mezi biologické faktory patří i genetické faktory. Sociálně politický kontext tak stojí za individuálním sociálním statusem a ten zase za odlišnými individuálními zkušenostmi s různou mírou vystavení riziku a zranitelnosti ve vztahu ke zdraví ohrožujícím podmínkám. Jak ukazuje model, platí zde i působení opačným směrem, kdy nemoc může zpětně ovlivňovat sociální pozici jednotlivce, ale zároveň ohrožení pracovních příležitostí a snižování příjmu v širším měřítku mohou, stejně tak jako epidemie nemoci, mít vliv na fungování socio-ekonomických a politických institucí (WHO, 2007:49).

Schéma č. 2 **Konceptuální rámec sociálních determinantů zdraví**



Zdroj: WHO. Commission on Social Determinants of Health Final Report. Closing the Gap in a generation, 2008

2.1.2 Zdraví, nerovnosti ve zdraví a etnicita

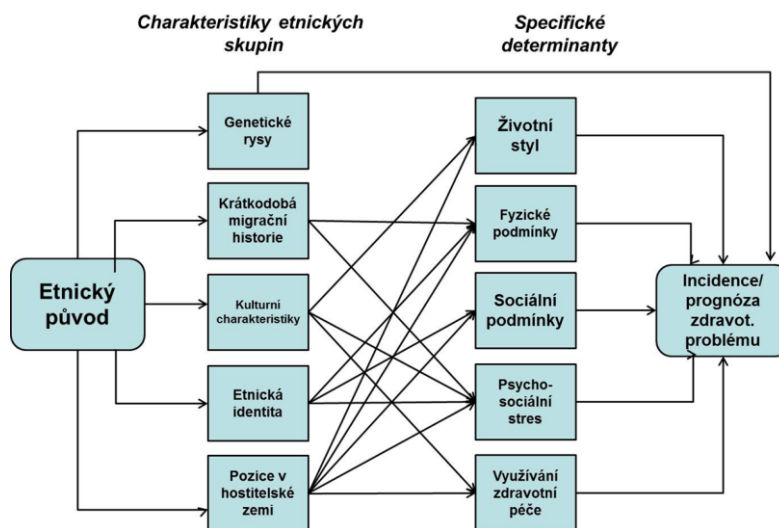
Řada studií prokazuje, že některé nerovnosti ve zdraví jsou podmíněny etnicitou (Bhopal, 2007; Karl-Trummer & Sardadvar, 2012; Nazroo, 1998 dle Ingleby, 2012).

Již v úvodu této kapitoly je nutno zmínit, že samotný koncept etnicity a rasy je velmi složitý a nejednoznačný a tudíž obtížně uchopitelný ve vztahu k dalším konceptům, jako je například zdraví. Vždy je nutno brát v úvahu, že význam pojmů etnicita a rasa má silný politický náboj, proměňuje se v průběhu historie a jeho význam a důsledky budou silně podmíněny společenským uspořádáním různých států (Bradby, Nazroo, 2010). Z výše zmíněných důvodů patří uchopení pojmů etnicity a rasy v oblasti zdravotnictví a veřejného zdraví k závažným etickým otázkám (Bhopal, 2004). Ani v oblasti výzkumu (zejména v epidemiologii) neexistuje jednoznačný konsensus, jak správně definovat proměnou „eticita a rasa“. V dalším textu se kloním k následujícímu výkladu pojmů etnicita a rasa dle Bhopal (2004): „*Etnicita vymezuje sociální skupinu, ke které osoba náleží buď tím, že se s touto skupinou sama identifikuje nebo je s touto skupinou identifikována ostatními na základě kombinace kulturních a jiných faktorů (jako jazyk, strava, náboženství, předci) a na základě fyzických rysů tradičně spojovaných s rasou.*“ „Rasa vymezuje skupinu osob spíše na

základě kombinace určitých fyzických rysů (jako je např. barva kůže a struktura vlasů, které odrážejí určitý rodový a zeměpisný původ) vnímaných ostatními nebo vlastním sebevnímáním. Nicméně vzhledem k narůstající důležitosti sociálních faktorů je často pojem rasa rozšiřován i o společné sociální a politické dědictví. Tím v zásadě dochází k sblížení obou termínů a tyto jsou stále více používány jako synonyma. Z výše zmíněných důvodů se v řadě výzkumných studií pracuje s hybridním termínem etnicita/rasa (Bhopal, 2004). V dalším textu se s ohledem na zaměření mé práce budu věnovat vlivu etnicity na zdraví v případě migrantů dle zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky nikoliv etnických národnostních menšin v intencích zákona č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin, § 2 odst. 1.

Závislost zdravotního stavu na etnickém původu vysvětlují Stronková a kol. dvoustupňovým výkladovým modelem (Stronková a kol., 1999 dle Ingleby, 2005), dle kterého na výsledný zdravotní stav migrantů má vliv pět základních faktorů: genetické a kulturní odlišnosti, socioekonomické postavení, krátkodobá migrační historie a etnická příslušnost. Tyto faktory se na výsledném zdravotním stavu podílejí společně s konkrétními determinantami zdraví, jako jsou životní styl, fyzické a sociální podmínky, psychosociální stres a využívání zdravotní péče (viz schéma č. 3).

Schéma č. 3 **Stronkové výkladový model vztahu mezi etnicitou a zdravím**

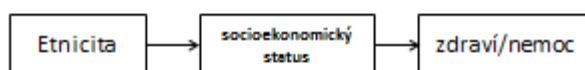


Zdroj: Stronková, K. dle Ingleby, 2005

Souvislost mezi zdravím/ nemocí, socioekonomickými nerovnostmi a etnicitou vysvětluje David Ingleby (2012), který vychází z předpokladu, že být migrantem, velmi často znamená žít s nižším socioekonomickým statusem.

Nicméně tento fakt může být důsledkem diskriminace, jazykových a kulturních bariér a nižšího sociálního kapitálu (kdy např. v důsledku odchodu do jiné země ztrácí migrant většinu sociálních sítí). Jinými slovy, etnicita působí na zdraví nepřímo, skrze socioekonomický status (viz schéma č. 4) (Ingleby, 2012).

Schéma č. 4 **Závislost etnicity, socioekonomického postavení a zdraví/nemoci**



Zdroj: Ingleby, 2012

Při sledování vlivu etnicity na zdraví v případě migrantů, je však vždy nutno mít na paměti, že migranti jako celek jsou značně heterogenní skupinou, co se týče etnických rysů, historických kořenů, kultury a od toho odvozeného přístupu ke zdraví (Nielsen, Krásnik 2010).

V souvislosti se zdravotním stavem migrantů je nutno zmínit i některé paradoxy zdraví migrantů (Markides, Eschbach, 2005; Speciale, Regidor, 2011). Jedním z nich je fenomén nazývaný v odborné literatuře jako „efekt zdravého imigranta“, který je příznačný pro ekonomickou, pracovní migraci (Razum a kol., 1998; McDonald, Kennedy, 2004; Gee, Kobayashi, 2004; Kristiansen, Mygind, Krasnik, 2007; Lassetter, Callister, 2008). Jedná se o jev, potvrzený řadou empirických výzkumů, kdy migranti v počátečním období pobytu v cizí zemi, vykazují v průměru ve srovnání s většinovou populací lepší zdravotní stav a nižší míru využívání zdravotnických služeb. Příčinou je určitá selekce (samovýběrový proces), kdy se pro migraci častěji rozhodují zdravější, odolnější a mladší jedinci, než je většinová populace v zemi jejich původu, ale i většinová populace v hostitelské zemi. Výzkumy zaměřené na tento fenomén však varují, že se tato relativní výhoda s délkou pobytu v cizí zemi, díky psycho - sociálnímu stresu spojenému s migrací a špatným životním podmínkám, postupně vytrácí (Gee, Kobayashi, 2004; Ingleby, 2005; Mladovsky, 2007; Lassetter, Callister, 2008; Uiters, E. a kol., 2009). Zatímco „efekt zdravého imigranta“ souvisí se samovýběrem na základě dobrého zdraví pro příchod migranta do cílové země, následující paradox, nazývaný "salmon bias effect" (volně přeloženo vlastnost lososů), se týká samovýběru na základě špatného zdraví pro odchod z hostitelské země (Wallace, Kulu, 2013). „Salmon bias efekt“, který byl poprvé

identifikován v USA na populaci latinskoamerických migrantů (Villalonga-Olives, Kawachi, 2014), vychází z předpokladu, že se imigranti poté, co onemocní, navracejí domů (kde mohou využívat péče svých příbuzných) a tudíž dále nefigurují v zdravotnických výzkumech a statistikách (Razum a kol., 1998). Rozhodnutí o návratu může být v konečném důsledku umocněno silnými kulturními a rodinnými vazbami jednotlivce s domovskou zemí (Abraido-Lanza et al., 1999). Z hlediska zaměření této práce jsou zajímavé výsledky výzkumu mezi tureckými imigranty v Německu přinesl zjištění, že zlepšení přístupu ke zdravotní péči a rozšíření sociálních sítí vedlo u migrantů ke ztrátě motivace navrátit se z důvodu špatného zdraví do země původu (Razum a kol., 2006). Poslední paradox souvisí s hypotézou tzv. "etnické enklávy", která vysvětluje lepší zdravotní stav některých skupin migrantů tím, že usazování se přistěhovalců do obytných zón s vysokou koncentrací imigrantů, jim poskytuje jednak sociální integraci a zároveň je izoluje od škodlivého působení diskriminace ze strany většinové populace (Villalonga-Olives, Kawachi, 2014).

Zásadní vliv na vulnerabilitu migrantů ve vztahu ke špatnému zdravotnímu stavu mohou mít konkrétní podmínky v rámci celého procesu migrace. Řada autorů se proto zabývá faktory ovlivňujícími zdraví v jednotlivých fázích migračního procesu (Gushulak, Weekers and MacPherson, 2009; Zimmerman, Kiss, Hussain, 2011; IOM, 2013a), tj. před odjezdem, během cesty, v hostitelské zemi a při návratu do místa původu (viz schéma č. 5). V zemi původu mohou zdraví budoucího migranta ovlivnit faktory jako odlišné kulturní zázemí (např. rizika raného stadia života, strava), úroveň zdraví a zdravotnictví v zemi původu, různé traumatizující události jako války, politické převraty, živelné katastrofy, epidemie apod. Dále mohou být vysoce rizikové ve vztahu ke zdraví faktory vztahující se k samotnému aktu migrace (např. rizika vlastního transportu do cílové země), kdy je podstatné, zda se jedná o nucenou či dobrovolnou migraci. Vliv mají i socioekonomické faktory v hostitelské zemi (např. špatné socioekonomické podmínky, ztráta sociálního postavení), diskriminace či xenofobie hostitelské společnosti vůči migrantům, nedostupnost služeb (zdravotní péče) apod. Na zdraví migrantů se mohou podepsat i návrat/y do země původu (ať již trvalé nebo se jedná o cyklickou migraci).

Schéma č. 5 **Aspekty, které mohou mít vliv na zdraví migrantů v různých fázích migrace**



Zdroj: Gushulak, Weekers and MacPherson, 2009 dle IOM, 2013a

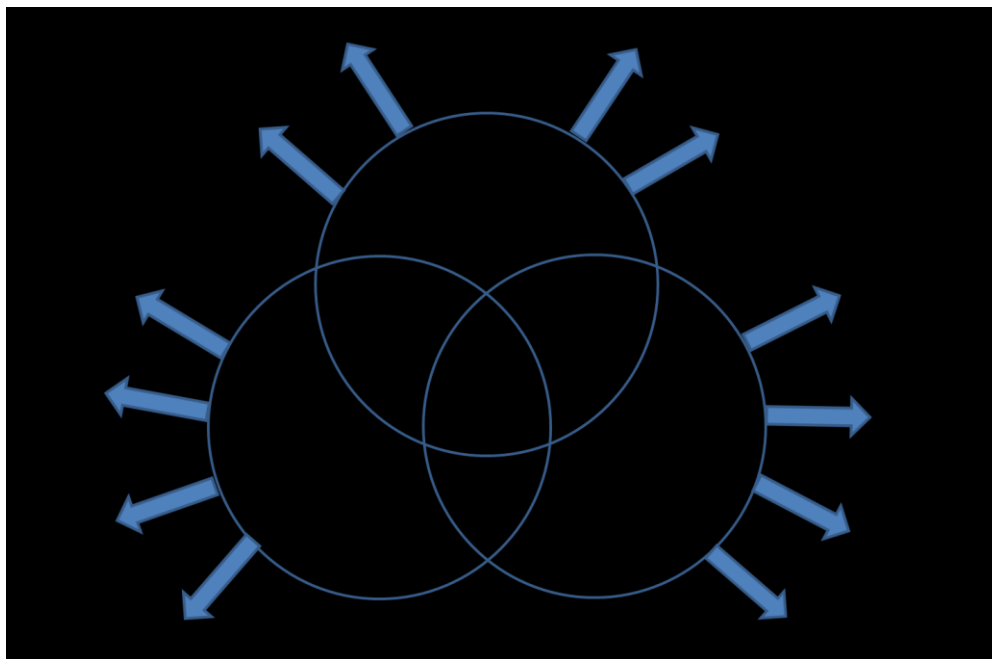
2.2 Lidská práva se vztahem ke zdraví v kontextu mezinárodní migrace

Lidská práva se vztahem ke zdraví řadíme do širšího a obecnějšího konceptu teorie lidských práv (Háva, Mašková, 2015). Základní charakteristiky lidských práv jsou následující: jsou to práva jednotlivců odvozená ze skutečnosti, že se jedná o lidské bytosti (tj. jsou vrozená), jsou platná pro všechny lidi na světě (tj. jsou univerzální) a principiálně se týkají vztahu mezi jednotlivcem a státem. Z praktického hlediska je mezinárodní lidskoprávní právo v zásadě vymezením toho, co s námi vláda může dělat, co s námi nemůže dělat, a co by pro nás měla dělat. Vlády tak například nesmí mučit lidi, svévolně je věznit či pronikat do jejich soukromí. Na druhé straně by vlády měly zajistit, aby všichni

lidé ve společnosti měli přístřeší, jídlo, lékařskou péči a základní vzdělávání (Gruskin, Tarantola, 2001). Lidská práva jsou v první řadě vyjádřena a zaručena řadou mezinárodních smluv o lidských právech a následně jsou pak zakotvena v národních legislativách (WHO, 2013). Mezi klíčové mezinárodní smlouvy patří: Mezinárodní úmluvu o odstranění všech forem rasové diskriminace (ICERD); Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech (ICESCR); Mezinárodní pakt o občanských a politických právech (ICCPR); Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen (CEDAW); Úmluvu proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CAT); Úmluva o právech dítěte (CRC); Mezinárodní Úmluva o ochraně práv všech migrujících pracovníků a členů jejich rodin (ICRMW); Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (CRPD); a Mezinárodní úmluvu o ochraně všech osob před násilným zmizením (ICPED). Jednotlivé státy pak přebírají závazky vyplývající z mezinárodního práva, tj. povinnost respektovat, chránit a naplňovat lidská práva. Povinnost respektovat znamená, že se státy musí zdržet zasahování nebo omezování lidských práv. Povinnost chránit vyžaduje, aby státy zajistili ochranu jednotlivce i skupin proti nepřijatelným zásahům do výkonu lidských práv ze strany jiných osob a subjektů. Nakonec povinnost naplňovat znamená, že státy musí přijímat pozitivní kroky (konkrétní opatření) k zajištění uplatňování lidských práv (Gruskin, Tarantola, 2001; WHO, 2013). K plnému uplatňování lidských práv nestačí jen legislativní a administrativní opatření, ale nutná jsou opatření rozpočtová a soudní. Jinými slovy v praxi nestačí jen dodržování práva, ale měly by k tomu být vyčleněny finanční zdroje, vyškolení profesionálové, služby a především udržitelná infrastruktura (Gruskin, Tarantola, 2001). Díky historickým důvodům jsou lidská práva v lidskoprávních dokumentech rozdělována na občanská a politická práva na jedné straně a na druhé na ekonomická, sociální a kulturní práva. Zatímco občanská a politická práva zahrnují mezi jinými právo na svobodu, na bezpečnost, na svobodu pohybu, právo volit, a nebýt objektem krutého nelidského či degradujícího zacházení či trestání nebo svévolného zatčení či věznění, ekonomická, sociální a kulturní práva zahrnují kromě jiného rovněž právo na práci, sociální zabezpečení, adekvátní stravu a bydlení a také právo na zdraví (Gruskin, Tarantola, 2001). Možné vztahy mezi lidskými právy a zdravím vymezuje následující schéma č. 6. Ve vztahu k migrantům je možno se zvláště zamyslet nad vztahem zdraví a práva nediskriminace. Nediskriminace znamená, že se všemi lidmi by se mělo zacházet stejně a měli by mít rovné příležitosti a naopak jako diskriminaci můžeme chápat stav, kdy s některými lidmi je nakládáno nespravedlivě ve smyslu odlišného přístupu z důvodu, že se diskriminovaná skupina odlišuje od

majoritní skupiny ve společnosti (rasou, barvou kůže, jazykem, náboženstvím, politickými názory apod.). Ve smyslu práva na nediskriminaci by vlády měly zajistit právem všem skupinám ve společnosti rovný přístup kromě dalšího (vzdělání, bydlení) i ke zdravotní péči (Gruskin, Tarantola, 2001).

Schéma č. 6 **Příklady vazeb mezi zdravím a lidskými právy**

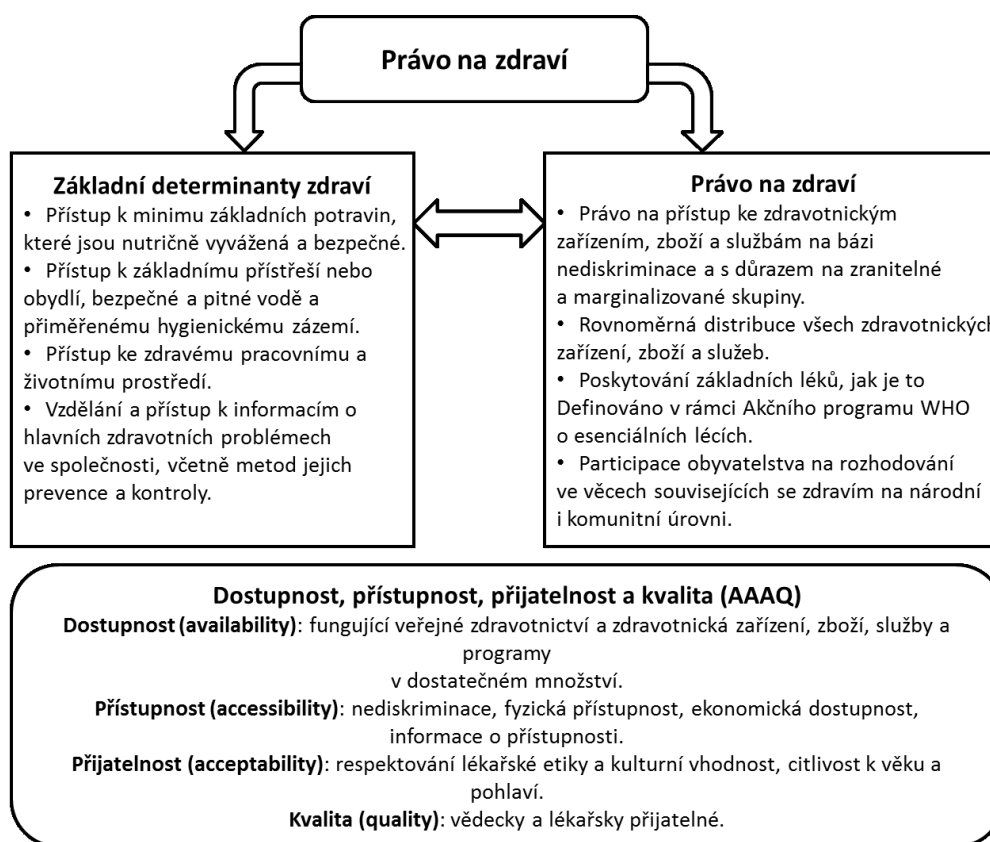


Zdroj: WHO, 2013

S ohledem na zaměření práce se nyní budu věnovat podrobněji lidskému právu na zdraví. Toto základní lidské právo je zakotveno v četných mezinárodních a evropských právních normách a je rovněž platné na různých institucionálních úrovních ve všech zemích Evropy (Rachel a kol., 2013). Poprvé bylo lidské právo na zdraví formulováno již ve statutu WHO (WHO, 1946). Nejkomplexněji je toto právo definováno v článku 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, kde se stanoví, že se jedná o „právo každého na požívání nejvyšší dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví“ (OSN, 1966). Toto právo je rovněž uznáno Evropskou úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod Rady Evropy a je součástí Evropské sociální charty přijaté v roce 1961 a revidované v roce 1996. Také Listina základních práv EU stanovuje právo každého na přístup k preventivní zdravotní péči a právo profitovat z lékařské péče (EU 2000). Ve vztahu k dětem pak Úmluva o právech dítěte deklaruje v čl. 24, že: „státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na využívání rehabilitačních a léčebných zařízení“ (OSN, 1989).

Klíčovými prvky práva na zdraví jsou „svoboda“ a „nárok“. Svoboda v sobě zahrnuje např. právo na to nepodstoupit bez vzájemné dohody a informovaného souhlasu lékařské ošetření, nepodstoupit nucené testování (např. na HIV), neúčastnit se lékařského experimentu. Další důležitou složkou svobody je ochrana proti mučení a jiným formám krutého, nelidského a ponižujícího zacházení. Nárok je výsledkem povinnosti státu zajistit dostatečné zdravotní služby nezbytné pro realizaci nejvyšší dosažitelné úrovně zdraví. Nárok zahrnuje např. právo na systém ochrany zdraví (tj. systém prevence, léčby a kontroly nemocí) na stejné úrovni pro všechny a přístup k informacím a vzdělávání o zdraví (především o nezdavém nebo rizikovém chování). Dále např. i právo na základní léky a zdravotní služby v oblasti reprodukčního zdraví (WHO, 2013). V této souvislosti by se státy měly ujistovat, zda jsou zdravotnická zařízení, zboží a služby dostupné (available), přístupné (accessible), přijatelné (acceptable), v dobré kvalitě (quality) a použitelné pro všechny vrstvy obyvatelstva, včetně migrantů (viz schéma č. 7) (WHO, 2013). V květnu 2000 Výbor OSN o hospodářských, sociálních a kulturních právech, který monitoruje dodržování smlouvy, přijal tzv. Obecné komentáře, což jsou dokumenty, jejichž cílem je vysvětlit povahu, obsah a rozsah každého konkrétního práva. Obecný komentář č. 14 se týká právě práva na zdraví (London, 2008; WHO, 2013). Dle tohoto dokumentu by na právech založený přístup měl integrovat lidská práva do norem a principů při tvorbě (designování), implementaci, monitoringu i evaluaci všech politik a programů se vztahem ke zdraví (London, 2008) (viz schéma č. 7).

Schéma č. 7 **Obsah a rozsah lidských práv se vtahem ke zdraví dle Obecných připomínek č. 14 k Mezinárodnímu paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech (ICESCR)**



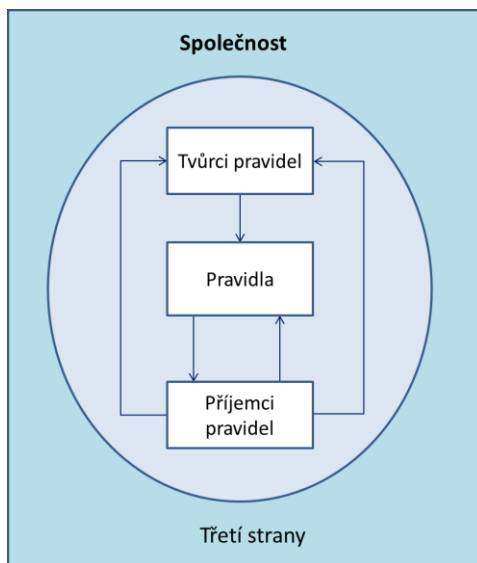
Zdroj: WHO, 2013

2.3 Historický institucionalismus

Historický institucionalismus (dále HI) je jedním ze tří proudů tzv. nového institucionalismu (Hay, Wincott, 1998). Tato teorie zohledňuje vliv času a historie na vývoj politického procesu a politických rozhodnutí. HI nahlíží na instituce jako na subjekt i ohnisko politického snažení. Instituce mohou jednak významným způsobem formovat a prosazovat politické strategie, ale zároveň mohou samy být výsledkem (zamýšleným nebo nezamýšleným) strategií vyjednaných v rámci politického střetu nebo politické volby (Thelen, Steinmo, 1992; Hay, Wincott, 1998). Instituce jsou pohledem historického institucionalismu nahlíženy jako: „člověkem vytvořená omezení, která formují mezilidské vtahy“ (North, 1990 dle Sanders, 2006). HI institucemi rozumí jednak formální organizace, ale i neformální pravidla a postupy, které vytvářejí struktury lidského jednání (Thelen, Steinmo, 1992). Streeck a Thelen, s jejichž teorií dále pracují, vycházejí

z konceptu institucí jakožto společenského režimu, který umožňuje lépe zachytit institucionální změnu. Režimem (institucí) chápou soubor pravidel určujících očekávané chování na straně jedné a vylučujících nežádoucí chování na straně druhé. Legitimita tohoto režimu je dána tím, že očekávání, která reprezentuje, jsou vymahatelná společností, v níž byla vytvořena. Schéma č. 8 ukazuje, že režim zahrnuje jak tvůrce, tak i příjemce pravidel a samotná pravidla, od kterých se očekává, že budou dodržována. V ojedinělých případech mohou být tvůrci a příjemci pravidel totožní, ale většinou je obsah a vývoj režimu (instituce) závislý na vztazích a vzájemném působení mezi tvůrci a příjemci pravidel. Pro pochopení celého konceptu je nutno si uvědomit, že vytváření společenských pravidel není nikdy perfektní a vždy existuje určitý prostor mezi ideální podobou pravidel a skutečným životem, který se jimi řídí. V první řadě záleží na interpretaci pravidel (na obrázku šipka dolů mezi pravidly a příjemci pravidel), kdy použití obecnějšího pravidla na konkrétní situaci zahrnuje vždy využití určité míry kreativity. Nutnost zohledňovat konkrétní okolnosti platí jak při aplikaci formálních, tak i neformálních pravidel, protože tvůrci pravidel nikdy nemohou vzít v potaz celou škálu situací, v nichž jejich pravidla budou aplikována. Výsledná pravidla jsou také vysoce závislá na míře poznání tvůrců pravidel (šipka dolů mezi tvůrci a pravidly). Z tohoto důvodu je velmi důležitá zpětná vazba mezi příjemci a tvůrci politiky (šipky nahoru mezi příjemci a tvůrci). Příjemci pravidel nejen realizují pravidla pro ně určená, ale mohou se snažit i o jejich revizi (šipka nahoru mezi příjemci a pravidly). Pro instituce chápané jako režim je důležitý i celospolečenský kontext, který jim dodává legitimitu, kdy celospolečenská kontrola, působí buď preventivně, nebo korektivně proti odchylkám od sociálních pravidel. Instituce je tedy dle tohoto konceptu nepřetržitě vzájemné působení mezi tvůrci a příjemci pravidel, během kterého jsou objevovány, vytvářeny, navrhovány, zamítány či přijímány nové interpretace pravidel (Streeck and Thelen, 2005). Důležité je brát v potaz také to, že instituce se liší v jednotlivých zemích a vyvíjí se v čase (Scharpf, 1997:41). Historický vývoj má při sledování institucí své nezastupitelné místo, protože, jak již bylo zmíněno, pravidla hry se stávají institucemi a přetrvávají jako instituce jen tehdy, pokud jsou přijata každým jednotlivcem a jsou hluboce zakořeněna v jejich myslích a přesvědčení. Instituce jsou proto neoddělitelně spjaty s konkrétní historicky danou konstelací aktérů a jejich schopnostmi (Aoki, Jackson and Miyajima, 2007:8).

Schéma č. 8 **Instituce jako režim**



Zdroj: Streeck and Thelen, 2005

HI je relevantním teoretickým rámcem pro explanaci vývoje sledované oblasti zdravotní politiky zejména z toho důvodu, že i přes měnící se vnitřní a vnější okolnosti, je tato z hlediska nastavení institucionálního rámce již po dobu dvaceti let poměrně poměrně stabilní (Oliver & Mossialos, 2005; Kümpers et al., 2006). Tato teorie se hodí pro vysvětlení inkrementálních změn kolem původní cesty „path“, tj. k zodpovězení otázky proč jsou některé politiky v podstatě resistantní vůči změnám (Immergut, 1998; Béland, 2005; Sanders, 2006; Schmidt, 2010). Vychází se zde z předpokladu, že politické výstupy mohou být pochopeny, jen pokud je brán v úvahu historický a institucionální kontext, v němž jsou přijímána jednotlivá rozhodnutí (Immergut, 1998). V institucionální teorii se setkáváme s konceptem „path dependency“ (tzv. závislost na předchozích vzorech), který se zaměřuje na vysvětlení období stability sledované veřejné politiky. Hlavním definujícím znakem „path dependency“ je představa, že předchozí politická rozhodnutí omezují možnosti budoucího rozhodování. Dále zdůrazňuje skutečnost, že je stále složitější změnit celkový směr určité politické trajektorie, kterou předchozí rozhodnutí začlenila do institucionálních struktur a diskurzů (Greener, 2002). HI nicméně připouští, že politický proces je občas přerušován určitými kritickými momenty (critical juncture), které formují základní obrysy sociálního života (Pierson, 2000). V těchto okamžicích mohou aktéři vybrat jedno z možných institucionálních nastavení (například systém financování zdravotní péče pro určitou skupinu), přičemž po tomto výběru budou všechny další institucionální změny významně omezeny touto volbou, protože je jednodušší následovat dříve zvolenou cestu než radikálně měnit směr (Pierson

2000). Faktorem ovlivňujícím závislost na předchozích vzorech je tzv. pozitivní zpětná vazba (positive feedback) (Pierson, 2004). Příčinou této pozitivní zpětné vazby je proces tzv. „sebezpevnování“ (self-reinforcement) stávajícího institucionálního nastavení, kdy každý další krok v již nastaveném konkrétním směřování činí obtížnějším tento směr zvrátit či jej zcela změnit. Důvodem je skutečnost, že zároveň s upevnováním institucí narůstají náklady, které by bylo nutno vynaložit na jejich změnu, což činí přechod na jinou alternativu krajně nepravděpodobný (Pierson 2004, Mahoney 2000). Ekonomové nazývají takovéto postupné „sebezpevnování“ výrazem „rostoucí výnosy“ a spojují je s vysvětlováním přetrvávání různých neefektivních technologií v běhu historie (např. různé typy klávesnic psacího stroje, automobilů, videorekordérů či programovacích jazyků) (Mahoney, 2000).

Piersons (2000) uvádí několik charakteristických rysů politiky, ve srovnání s ekonomii, které mohou vyvolávat „sebezpevnování“ institucionálního nastavení a přispívají tak k path-dependency:

- 1) kolektivní povaha politiky - v politice jsou důsledky jednání vždy vysoce závislé na aktivitách dalších aktérů. Vytváření příznivých podmínek pro kolektivní jednání je proto hlavní náplní politického života. Zásadním rysem většiny kolektivního jednání v politice je také absence lineárního vztahu mezi úsilím a efektem. Pokud např. vložíme energii do rozvoje nové politické strany nebo poskytneme zdroje na podporu konkrétní zájmové skupiny, je naše rozhodnutí do značné míry závislé na důvěře, že velký počet dalších lidí bude dělat totéž. Kromě toho, mnoho typů kolektivního jednání v politice zahrnuje vysoké počáteční náklady, kdy je potřeba vynaložit značné zdroje (materiální nebo kulturní) na organizační záležitosti ještě předtím, než se konkrétní skupina stane finančně soběstačnou.
- 2) vysoká hustota institucí - koordinace aktérů při vytváření veřejných statků často vyžaduje vytvoření formálních institucí. Proto jsou v politice všudypřítomná institucionální omezení. V politice velkou měrou převládá autoritativní přístup, kdy většina formálních institucí (např. ústavní uspořádání) a konkrétních veřejných politik vytváří rozsáhlý systém právně závazných omezení, který je pozoruhodně odolný. Formální instituce a veřejné politiky zakotvené v právu a podporované donucovací mocí státu tak určují aktérům, co je a co není dovoleno.
- 3) politická autorita a asymetrie moci - přidělení určité politické autority jednotlivým aktérům je pro path dependency a rostoucí výnosy („sebezpevnování“ dle Mahoney, 2000) klíčové. Pokud se určití aktéři nacházejí v pozici, kdy vytvářejí pravidla pro ostatní, mohou využít své

politické autority ke generování změn v pravidlech hry (jak v oblasti formálních institucí, tak i různých veřejných politikách) s cílem zvýšit svou moc. Relativně malé rozdíly v politických zdrojích mezi soupeřícími skupinami se tak mohou v průběhu času dramaticky rozšířit (Pierson, 2000). Dochází tím i k nárůstu asymetrie moci (Pierson, 2000; Thelen, 1999).

- 4) složitost a neprůhlednost politiky - v první řadě političtí aktéři sledují velké množství cílů a kromě toho je často velmi obtížné sledovat nebo měřit důležité aspekty politické výkonnosti. V případě, kdy se domníváme, že systém nefunguje správně, je velmi obtížné určit, které prvky vysoce komplexních politických systémů jsou za to zodpovědné a jaké úpravy by vedly k lepším výsledkům. Proto je nevyhnutelné spoléhat se na vypracování postupů, jak zvládat tyto situace kolektivní volbou, což však podryvá transparentnost a výrazně zvyšuje transakční náklady (Pierson, 2000). V politice zdaleka také nefunguje zlepšování se na principu pokus-omyl, protože mnoho aktérů politiky (voliči, zájmové skupiny) se účastní politického jednání jen sporadicky a k dispozici mají jen velmi nedokonalé nástroje (jako např. volby), kdy jejich akce mají důsledky jen v souhrnu. Navíc mezi politickými kroky a politickými výsledky existuje řada složitých kauzálních mechanismů a delší časová prodleva.

Piersons (2000) vysvětluje i klíčovou roli načasování a posloupnosti jednotlivých událostí pro path dependency, kdy i relativně malé události, pokud k nim dojde ve správný okamžik, mohou mít velké a trvalé důsledky. Důležitý je rovněž sled jednotlivých událostí. Pokud nějaká událost nastane „příliš pozdě“, nemá již ve vývoji žádný význam, i když by ta samá událost mohla mít v případě jiného načasování závažné důsledky (Piersons, 2000).

Nicméně v posledních letech se objevuje stále častěji v odborném diskurzu historického institucionalismu nespokojenost s nedostatečnou analytickou flexibilitou danou paradigmatickým dlouhodobé stability institucí (path dependency) přerušované radikálními změnami vyvolanými vnějšími šoky (critical juncture), které vedou k více či méně radikální reorganizaci. V reakci na tuto výzvu se Streeck, Thelen (2005) a jejich spolupracovníci pokusili rozšířit analytické nástroje HI. Ve své teorii se snaží o vysvětlení inkrementálních, ale přesto přelomových změn institucí. Vycházejí z předpokladu, že některé institucionální změny jsou generovány uvnitř samotných institucí. Na počátku své argumentace rozlišují mezi *procesem* změny, který může být inkrementální nebo náhlý a *výsledkem* změny, který může způsobit kontinuitu či diskontinuitu institucí (tabulka č. 2). Uvádějí, že „skutečná změna“ v intencích starších teorií, která vede k diskontinuitě institucí, nastává díky náhlému institucionálnímu zhroucení

a nahrazení. Inkrementální změny jsou pak chápány ve smyslu adaptace institucí, která vede k zachování institucionální kontinuity. V realitě však nastává i situace, kdy i navzdory přelomovým historickým událostem a dramatickým změnám přetrvává institucionální kontinuita tak, že drobné změny instituce v průběhu delšího časového období vzbuzují dojem zdánlivé stability nebo sebereprodukce (přežití a návrat). Thelen a Shreek se ve své práci pak dále soustřeďují na čtvrtý typ institucionální změny, kdy „plíživé“ inkrementální změny vyústí v diskontinuitu institucí neboli v jejich postupnou transformaci (Thelen a Shreek 2005).

Tabulka č. 2 **Typy institucionálních změn**

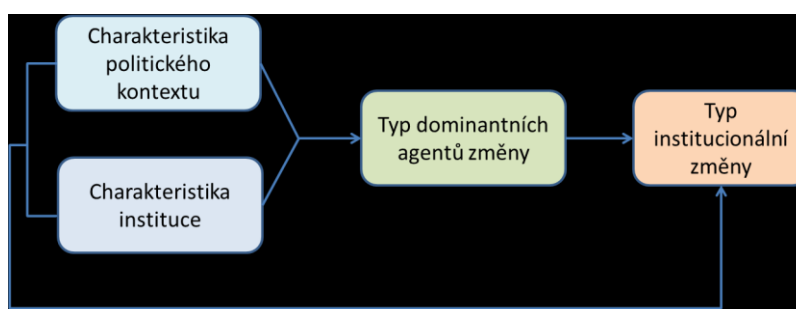
		Výsledek změny	
		<i>Kontinuita</i>	<i>Diskontinuita</i>
Proces změny	<i>Inkrementální</i>	Reprodukce prostřednictvím adaptace	Postupná transformace
	<i>Náhlý</i>	Přežití a návrat	Zhroucení a nahrazení

Zdroj: Streeck and Thelen, 2005

Postupný a následně přelomový vývoj institucí vysvětlují pomocí pěti kauzálních mechanismů: *nahrazení (displacement)*, *vrstvení (layering)*, *posun (drift)*, *přeměna (conversion)* a *vyčerpání (exhaustion)*. *Nahrazení* popisuje proces, kdy je stávající instituce postupně nahrazena znovuobjevením nebo aktivací doposud potlačované nebo pozastavené alternativní instituce. Může k tomu dojít například tak, že význam určitého jednoho institucionálního prvku naroste na úkor dominantní instituce. To generuje nesoulad v institucionálním nastavení a otvírá prostor pro postupný rozvoj nové institucionální logiky. Příkladem znovuobjevení může být např. pozvolný rozvoj tržních praktik vedle dominantní státně - socialistické ekonomiky v bývalých zemích východního bloku, až do chvíle, kdy došlo k přechodu ke kapitalismu. K nahrazení může ale dojít i tzv. „invazí“ a následnou asimilací cizích (nejčastěji zahraničních) praktik. *Vrstvením* je chápán proces, kdy je přidán nový potenciálně transformativní prvek ke starému uspořádání, který postupně mění jeho status a strukturu. Může k tomu docházet tak, že nová instituce vytvořená vedle staré rychleji roste, případně ubírá staré instituci zdroje. Nové řešení také může destabilizovat existující instituci či kompromis mezi starou a novou institucí se pomalu změnit v porážku starého uspořádání. Příkladem je „naroubování“ soukromého penzijního pojištění k stávajícím systémům veřejného pojištění. *Posun* nastává

ve chvíli, kdy vnější podmínky vyžadují institucionální adaptaci, ke které nedojde a v důsledku toho se současné institucionální nastavení stává zastaralým nebo dojde k minimalizaci jeho smyslu a funkce. Tím instituce atrofuje či zcela zaniká. Příkladem může být situace, kdy postupné proměny rodinného chování přinášejí s sebou nová sociální rizika, které stávající instituce sociálního státu nejsou schopny pokrýt. *Přeměna* nastává tehdy, když staré instituce jsou určeny k tomu, aby sloužily novým funkcím nebo účelům, nebo kdy reinterpretací starých pravidel dochází k naplnění nových cílů. *Vyčerpání* je proces, který na rozdíl od předchozích čtyř nevede ke změně instituce, ale k jejímu postupnému zhroucení. Na rozdíl od posunu, kdy formální stránka instituce může přetrvat navzdory jejímu odtržení od reality, vyčerpání je proces, kdy dodržování pravidel instituce vede k jejímu podkopání a zániku (Streeck a Thelen, 2005). Tyto mechanismy ukazují, že i za zdánlivé kontinuity institucí, kdy dochází jen k inkrementálním změnám, může dojít k jejich transformaci bez radikálního zásahu zvenčí. V dalším rozpracování této teorie se Thelen a Mahoney zabývají obecnými podmínkami, za nichž je větší pravděpodobnost, že se objeví a uspěje jedna konkrétní strategie nebo způsob změny spíše než druhý. Zde se autoři soustřeďují již jen na procesy proměny institucí, nikoliv jejich zánik (tj. na nahrazení, vrstvení, posun, přeměnu). Vytvářejí analytický rámec, v němž kombinují tři základní faktory: charakter politického kontextu, charakteristické rysy sledovaných institucí a typ tzv. dominantního aktéra změny (viz schéma č. 9).

Schéma č. 9 **Vztah charakteru institucí a politického kontextu k agentům změny**



Zdroj: Mahoney a Thelen, 2010b dle Van der Heiden, 2010

Mahoney a Thelen sledují, do jaké míry politický kontext umožňuje obráncům statu quo jej udržet, tj. jaké mají při rozhodování o změně právo veta a zároveň jaký dávají sledované instituce aktérům prostor při jejich implementaci a prosazování. Vycházejí z předpokladu, že instituce obsahují systémy formálních

a neformálních pravidel, která však nejsou jednoznačná a vyžadují určitou míru uvážení při jejich výkladu či prosazování. Do celého konceptu ještě vnášejí úlohu klíčových aktérů, kteří stojí za realizací změny. Mahoney a Thelen definují tyto aktéry skrze jejich zaměření na zachování institucionálních pravidel (ano/ne) a na jejich dodržování (ano/ne). Kombinací těchto dvou dichotomií docházejí ke čtyřem typům tzv. „agentů změny“ (Mahoney a Thelen, 2010b) (viz tabulka č. 3):

Rebelové (Insurrectionaries) - tito agenti změny odmítají institucionální status quo a ne vždy se drží stávajících institucionálních pravidel (Mahoney a Thelen 2010b, s. 23). Vzhledem k tomu, že rebelové favorizují nová pravidla oproti stávajícím a jejich snahou je starou instituci nahradit, je s nimi spojována změna formou nahrazení (Van der Heijden, 2010).

Symbionti (Symbionts) - Mahoney a Thelen tyto agenty změny dělí na dva typy: parazitickou a mutualistickou odrůdu. Oba dva typy symbiontů se snaží zachovat a využít stávající instituce pro soukromý prospěch. Parazitická odrůda tak činí využíváním stávajících pravidel novými způsoby tak, aby využili mezery v jejich prosazování. Mutualistický typ zase porušuje literu pravidel k jejich podpoře a udržení. Parazitické symbionty tedy spojujeme s institucionální změnou v podobě posunu, protože jejich chování založené na „proklouzávání“ mezi pravidly a jejich aplikací k vlastním cílům v praxi vede ve svém důsledku k podryvání instituce. Mutualističtí symbionti zase přispívají k nárůstu odolnosti institucí (Mahoney a Thelen, 2010b, str. 24-25).

Rozvraceči (Subversives) - se snaží také vytěsnit instituci, ale při sledování tohoto cíle, neporušují pravidla dané instituce. Ke změně instituce využívají vrstvení, tj. snaží se přinést novou instituci k okrajům stávající instituce a postupně ji proměnit (Mahoney a Thelen, 2010b, str. 25-26).

Oportunisté (Opportunists) - se mohou snažit jak o zachování, tak o změnu instituce. Navíc mohou dosáhnout svého cíle buď následováním, nebo naopak porušováním pravidel. Co se týče kontinuity institucí, mají oportunisté dvojznačné preference, neboť k dosažení svých cílů využijí jakoukoliv možnost existující v rámci platného systému. Jsou spojováni nejčastěji s přeměnou institucí, kdy jim nejasnosti ve výkladu a implementaci existujících pravidel poskytují prostor pro to, aby je využívali zcela jiným způsobem, než jejich tvůrci zamýšleli (Mahoney a Thelen, 2010b, str. 26-27).

Tabulka č. 3 **Kontextuální a institucionální zdroje institucionální změny**

Charakteristické rysy sledované instituce			
		Nízká míra uvážení ve výkladu / vymáhání pravidel	Vysoká míra uvážení ve výkladu / vymáhání pravidel
Charakter politického kontextu	Silnější možnost veta	VRSTVENÍ (rozvraceči)	POSUN (symbionti)
	Slabší možnost veta	NAHRAZENÍ (rebelové)	PŘEMĚNA (oportunisté)

Zdroj: Mahony a Thelen 2010b dle Van der Heiden 2010

3. Charakteristika a zdůvodnění užitých metod

Z metodologického hlediska jsem zvolila kvalitativní metodologický přístup, jehož induktivní logika, pohled perspektivou zúčastněných aktérů a komplexní zachycení reality (Švaříček, Šedřová a kol., 2007:24; Creswell, 2008:4) vyhovuje výzkumnému zaměření na dosud nepříliš probádanou oblast dostupnosti zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí v České republice.

Z hlediska výzkumného designu se jedná o případovou studii (Merriam, 1998; Yin, 2003; Gerring 2004, Creswell, 2008; Merriam, 2009), kdy se zaměřuji na výzkum dostupnosti zdravotní péče pro migranty v ČR v jejím reálném kontextu a usiluji o komplexní pochopení všech jejích aspektů včetně vztahů a vazeb mezi nimi (Yin, 1981). Případová studie je preferovanou výzkumnou strategií neboť mi pomůže zodpovědět otázky „jak“ a „proč“ v situaci, kdy jednotlivé události z důvodu běhu reálného života není možné mít pod kontrolou (Maarse 2008). Jedná se o nejvhodnější výzkumnou strategii pro hloubkové zkoumání dosud málo poznané oblasti (Hartley, 2004).

Vzhledem ke svému dlouhodobému výzkumnému zájmu o sledovanou problematiku využívám historickou případovou studii. Tato výzkumná strategie mi umožňuje chronologicky zachytit klíčové události vývoje dostupnosti zdravotní péče pro migranty, pochopit širší kontext jejich vzniku, zjistit jejich vliv na instituce a aktéry a získané poznatky využít k pochopení její současné podoby v historických souvislostech (Merriam, 1998). Pro celistvější zachycení sledovaného jevu vycházím ve své práci z rozmanitých zdrojů důkazů včetně 44 hloubkových rozhovorů s vybranými aktéry (24 migrantů a 20 poskytovatelů zdravotní péče) jichž se sledovaná oblast politiky dotýká v jejich každodenním životě (Yin, 2003). Přestože se ve výzkumu zaměřeném na studium politiky častěji používá dotazování členů tzv. elit - zejména z oblasti legislativy a exekutivy, někteří autoři doporučují podívat se na politiku také pohledem tzv. neelitních aktérů (non-elit actors), kteří sehrávají v utváření politik nezastupitelnou roli (Fischer, Miller, Sydney, 2007). Pro zachycení vývoje institucionálního rámce zdravotního pojištění pro migranty ze třetích zemí v čase a identifikaci jednání klíčových aktérů využívám nejen dokumentů, ale i zkušenosti zúčastněných aktérů zachycené výsledky dříve realizovaných výzkumných šetření, na nichž jsem jako člen výzkumného týmu participovala. Jedná se o výzkumy realizované Institutem zdravotní politiky a ekonomiky pro Ministerstvo zdravotnictví ČR jako součást rozsáhlejších aktivit Vlády ČR v oblasti integrace cizinců (Analýza problémů,

kteřé pociťují cizinci pobývající na území ČR v souvislosti se zdravotní péčí z roku 2001¹, Analýza zdravotní péče o cizince v ČR², Analýza přístupu ke zdravotní péči a zdravotnímu pojištění dětí cizinců pobývajících dlouhodobě v ČR z roku 2005³ a Analýza komerčního zdravotního pojištění migrantů z roku 2012⁴). Pro doplnění, upřesnění a objasnění informací získaných z dokumentů a dat využívám rovněž výstupy expertního šetření (viz dále podkapitola 3.3.3). Díky skutečnosti, že jsem se na některých událostech formování politiky v oblasti dostupnosti zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí přímo účastnila, zpravidla v expertní roli, zohledňuji i vlastní zkušenosti z různých oficiálních i neformálních jednání, akcí typu kulatých stolů, konferencí, pracovních skupin. Důležitým doplňkovým zdrojem informací pro mne byly zejména diskuse v rámci dvou „kulatých stolů“ zaměřených na problematiku zdravotního pojištění a zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí pořádaných v roce 2013. Jednalo se jednak o diskusní „kulatý stůl“ pořádaný Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí v rámci projektu „Kvantitativní a kvalitativní ukazatele pro hodnocení integrace cizinců z třetích zemí v ČR ve světle aktuálních dat a nových poznatků“ v červnu 2013, kde klíčovými diskutujícími byli: zástupce MZ ČR, ředitel Ústavu zdravotnických informací a statistiky, odborníci z 1. lékařské fakulty UK, vedoucí oddělení specifických statistik obyvatelstva ČSÚ, zástupce Konsorcia neziskových organizací pracujících s migranty a manažer z Maxima pojišťovny, a.s., která poskytuje komerční zdravotní pojištění migrantům. Dalším zdrojem byl „kulatý stůl“ na téma Zdravotní pojištění migrantů a migrantek v ČR, který se konal v listopadu 2013 a kde klíčovými diskutujícími byli předseda České lékařské komory, zástupce Kanceláře veřejného ochránce práv, zástupci neziskových organizací a odborníci z 1. Lékařské fakulty UK. Z vystoupení některých klíčových aktérů jsem měla k dispozici audionahrávky, videonahrávky (které jsem doslovně přepsala) a podrobné poznámky, které vedle expertních rozhovorů využívám rovněž k doplnění informací z dokumentů.

¹ Autorka Tůmová – Křečková, nepublikováno, interní výzkumná zpráva Institutu zdravotní politiky a ekonomiky

² Publikováno pod Háva, Tůmová – Křečková 2001)

³ Výsledky publikovány: DOBIÁŠOVÁ, K., TŮMOVÁ, N., ANGELOVSKÁ, O. Zdravotní péče o děti cizinců. Realita a zkušenost. Kostelec nad Černými lesy, IZPE, 2006, ISBN 80-86625-53-2

⁴ Výsledky zveřejněný (Hnilicová, Dobiášová, Čížinský a kol. 2012)

3.1 Vymezení cílové skupiny

Ve své práci se zaměřuji na dostupnost zdravotní péče pro dobrovolné migranty⁵ ze třetích zemí (zemí mimo EU), kteří pobývají v České republice dlouhodobě legálně déle než jeden rok.⁶ Jedná se zejména o ekonomické migranty⁷ - zaměstnance, osoby samostatně, výdělečně činné, jejich rodinné příslušníky (děti, nevýdělečně činné partnery a rodiče) a studenty. Ohraničení cílové skupiny jsem zvolila ze dvou důvodů. Jednak je tato skupina osob v řadě dokumentů označována za cílovou skupinou české integrační politiky⁸ a zároveň z hlediska dostupnosti zdravotní péče patří k nejohroženějším skupinám legálních migrantů v ČR (Dobiášová, Hnilicová, 2010; Hnilicová, Dobiášová, 2011).

3.2 Zdroje dat

Ve své disertační práci využívám jak primární data z vlastního kvalitativního výzkumu (viz dále podkapitola 3.3), tak data sekundární (Veselý, Nekola, 2007).

3.2.1 Sekundární data

Z oblasti sekundárních dat využívám ve své práci především odborné studie, monografie a články, strategické a koncepční materiály veřejné správy, zákony, vyhlášky, usnesení vlády, relevantní směrnice Evropské unie, mezinárodní úmluvy, návrhy zákonů, důvodové zprávy k návrhům legislativních změn, přepisy diskuzí z Parlamentu a Senátu ke schvalování relevantních zákonů, odborné expertizy zainteresovaných aktérů, interní neveřejné dokumenty veřejné správy (korespondence, zápisy z porad a jednání), výroční zprávy zdravotních pojišťoven (veřejných i soukromých), výroční zprávy

⁵ Na rozdíl od nedobrovolných migrantů, mezi které řadíme např. žadatele o azyl nebo uprchlíky.

⁶ Vycházím zde z definice migranta dle Organizace spojených národů (OSN), zdroj: Mezinárodní organizace pro migraci (IOM). Key Migration Terms, dostupné z: <https://www.iom.int/key-migration-terms>, [cit. 2015-01-10]

⁷ Dle Glossary on Migration vydaném Mezinárodní organizací pro migraci je ekonomickým migrantem osoba opouštějící své obvyklé bydliště za účelem usadit se mimo zemi původu, aby se zlepšil jeho / její kvalita života.

⁸ Cílovou skupinou integrace jsou cizinci ze třetích zemí, kteří dlouhodobě legálně pobývají na území České republiky, s výjimkou žadatelů o mezinárodní ochranu a osob, jimž byla mezinárodní ochrana udělena (Aktualizovaná koncepce 2011).

neziskových organizací, pojistné podmínky komerčních zdravotních pojišťoven, a další. Zdrojem informací jsou dále zahraniční i české internetové stránky zaměřené na problematiku migrace a zdraví. Jedná se zejména o interaktivní internetové stránky mezinárodního projektu MIGHEALTHNET zaměřeného na zdraví migrantů, na kterém jsem v letech 2007 -2009 participovala jako odborný garant za ČR a interní stránky mezinárodního projektu Evropské komise COST ADAPT (Adapting European Health Systems to diversity), kterého se v současnosti účastním. Využívám i internetových stránek European Observatory on Health Care systems (www.observatory.dk), Evropské úřadovny Světové zdravotnické organizace (dále WHO) v Kodani (www.who.dk), stránky OECD (www.oecd.org) a další. Pracuji s rutinními statistikami, především z Ústavu zdravotnických informací (ÚZIS) a Českého statistického úřadu (ČSÚ), ročenkami a publikacemi těchto institucí, které se týkají problematiky migrantů a s daty z již realizovaných výběrových šetření.

3.3 Metody sběru primárních dat a složení výběrového vzorku

Pro sběr primárních dat používám metodu hloubkových semi-strukturovaných rozhovorů (Flick, 2009; Švaříček, Šedová a kol., 2007). Za účelem co nejpestřejšího zachycení reálné dostupnosti zdravotní péče pro migranty, jsem zvolila tři skupiny informantů, z nichž každá mi umožňuje zkoumat sledovanou oblast trochu jinou perspektivou. Strukturu výběrového vzorku v jednotlivých skupinách jsem docílila metodou tzv. záměrného vzorkování (Patton, 2002; Ritchie, Lewis, 2003:78-79; Flick, 2009:122). Členové vzorku byli vybíráni se záměrem, aby zastupovali konkrétní typ ve vztahu ke klíčovému kritériu (Ritchie, Lewis, 2003:79). První skupinu dotazovaných tvoří migranti ze třetích zemí různých národností a typů pobytu. Další podmínkou pro zařazení do vzorku bylo, kromě vymezení cílové skupiny, délka pobytu v České republice více než 1 rok a zkušenost s čerpáním zdravotní péče v ČR. Druhá skupina informantů je složena z poskytovatelů zdravotní péče, kteří mají zkušenost s poskytováním zdravotní péče migrantům. Do třetí skupiny řadím experty - profesionály, kteří při své práci přicházejí s migranty ze třetích zemí do kontaktu, a dostupnost zdravotní péče pro sledovanou skupinu migrantů se jejich práce dotýká, přičemž někteří se účastní nejen implementace, ale i tvorby zkoumané politiky (v rámci práce Výboru pro práva cizinců, jako účastníci přípravy a připomínkování zákonů, účastníci nátlakových akcí). Jedná se o

pracovníky neziskových organizací, zaměstnavatele cizinců, pracovníci cizineckého oddělení vysoké školy a poskytovatele komerčního zdravotního pojištění pro cizince.

Celkem bylo realizováno 56 rozhovorů (24 s migranty, 20 s poskytovateli zdravotní péče a 12 s vybranými experty) v délce trvání od 22 do 120 minut; průměrná délka rozhovoru byla více než 35 minut (viz tabulky č. 4-6). Rozhovory probíhaly dle předem připravených scénářů. Na základě předchozího studia dokumentů tzv. „desk research“ jsem připravila tři varianty scénáře: pro migranty, pro poskytovatele a pro experty (viz příloha č. 1).

3.3.1 Rozhovory s migranty

Rozhovory s migranty probíhaly formou semi-strukturovaných rozhovorů v období květen 2010 až duben 2014 ve dvou vlnách. První vlna dotazování (12 rozhovorů) proběhla v roce 2010-2011 v rámci dvouletého výzkumného projektu Grantové agentury Univerzity Karlovy „Zdravotní politika ve vztahu k migrantům v ČR v mezinárodním kontextu“, v němž jsem byla hlavním řešitelem. Vzhledem k tomu, že novela zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů ve znění pozdějších předpisů (dále Cizinecký zákon) přinesla s účinností od 1. 1. 2011 konkrétní změny v legislativě týkající se oblasti zdravotního pojištění pro migranty ze třetích zemí, realizovala jsem za účelem zachycení dopadů těchto změn v období duben 2013- duben 2014 ještě 12 doplňujících rozhovorů⁹. Všechny rozhovory probíhaly dle jednotného předem připraveného scénáře (viz příloha č. 1), do kterého bylo při dotazování v období 2013-2014 přidáno téma možných dopadů legislativních změn. Z důvodu citlivého tématu dotazování a obav některých respondentů z řad migrantů, používám u přímých citací z rozhovorů s migranty změněná křestní jména.

Rozhovory s respondenty probíhaly ve většině případů face-to-face, pouze dva byly vedeny písemně s následujícími doplňujícími otázkami a jeden rozhovor přes Skype. Všechny rozhovory vedené face-to-face a přes Skype byly nahrávány a přepsány. Z důvodu jazykové bariéry byly v některých případech vedeny rozhovory v angličtině nebo prostřednictvím tlumočnicka (rodinného příslušníka).

⁹ Tyto rozhovory byly realizovány v rámci projektu VÚPSV financovaném z EIF.

Tabulka č. 4 **Vzorek respondentů - migrantů ze třetích zemí**

Roz- hovor	Jméno - přezdívk	Národnost	Pohlaví	Typ pobytu	Účel pobytu a informace o dětech a rodičích	Délka pobytu v ČR	Rok dotazo- vání
1	Kevin	USA	muž	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	živnostenské podnikání - učitel angličtiny	5 let	2010
2	Perry	USA	muž	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	živnostenské podnikání - učitel angličtiny	1 rok a 1 měsíc	2010
3	Andrei	Moldávie	muž	trvalý	student vysoké školy	8 let	2010
4	Tsetsegma	Mongolsko	žena	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	zaměstna- nec, v době rozhovoru na mateřské dovolené	5 let	2010
5	Han	Vietnam	žena	trvalý - krátce; předtím dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	zaměstna- nec, dříve student	více než 10 let	2010
6	Darja	Bělorusko	žena	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	zaměstnanec - děti komerční pojištění	5 a ½ roku	2010
7	Joseph	USA	muž	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	student vysoké školy	5 let	2011
8	Boris	Ukrajina	muž	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	zaměstnanec - dělník/přes zprostředkov atele	6 let	2011
9	TuyetNhi	Vietnam	žena	trvalý	živnostenské podnikání	10 let	2011
10	Natalya	Ukrajina	žena	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	zaměstnanec	10 let	2011
11	Sarangerel	Mongolsko	žena	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	živnostenské podnikání	19 let s přestáv- kami	2011
12	Altantsetseg	Mongolsko	žena	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	studium vysoké školy	4 roky a 2 měsíce	2011
13	Marina	Ukrajina	žena	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	živnostenské podnikání - úklid	12 let	2013
14	Adela	Izrael	žena	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	sloučení rodiny, studentka vysoké školy	4 roky	2013
15	Oksana	Ukrajina	žena	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	živnostenské podnikání - úklid	7 a ½ roku	2013
16	Umida	Uzbekistán	žena	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	živnostenské podnikání - administrativa	5 let	2013

Roz- hovor	Jméno - přezdívka	Národnost	Pohlaví	Typ pobytu	Účel pobytu a informace o dětech a rodičích	Délka pobytu v ČR	Rok dotazo- vání
17	Nhung/ Linh	Vietnam	žena	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	sloučení rodiny	1 rok a 10 měsíců	2013
18	Hanako	Japonsko	žena	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	studium vysoké školy	4 roky	2013
19	Nataša	Rusko	žena	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	živnostenské podnikání	4 roky	2014
20	Anastasia	Rusko	žena	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	živnostenské podnikání- prodává v obchodě; otec 72 let - komerční pojištění	rok a 2 měsíce	2014
21	Volodyslav	Ukrajina	muž	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů/čerstvě udělen trvalý	živnostenské podnikání - stavební práce, práce na zahradě	6 let	2014
22	LeHuong	Vietnam	žena	trvalý	živnostenské podnikání – tlumočení krajanům, včetně ve zdravotnictví	více než 20 let	2014
23	Irina	Ukrajina	žena	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	zaměstnanec /dcera má komerční pojištění	5 roků a 6 měsíců	2014
24	Ethan	USA	muž	dlouhodobý s vízem nad 90 dnů	studium vysoké školy	1 a 1/2 roku	2014

Zdroj: autorka

3.3.2 Rozhovory s poskytovateli zdravotní péče

Dotazování probíhalo formou semi-strukturovaných rozhovorů na základě předem připraveného scénáře (viz příloha č. 1) v období od října 2009 do dubna 2013. Nejprve bylo realizováno 10 rozhovorů s poskytovateli zdravotní péče v říjnu 2009.¹⁰ Dalších 8 rozhovorů bylo provedeno v rámci výzkumných aktivit výše zmíněného projektu GA UK v roce 2011. Z důvodu změn, které od roku 2011 přinesla novela Cizineckého zákona, byly pro zachycení případných dopadů této změny do praxe realizovány ještě dva rozhovory počátkem roku 2013¹¹.

¹⁰ Tyto rozhovory byly realizovány za finanční podpory Multikulturního centra Praha.

¹¹ Tyto rozhovory byly realizovány rovněž v rámci projektu VÚPSV financovaném z EIF.

Výsledný vzorek byl konstruován tak, aby zahrnoval základní segmenty zdravotnického systému - primární péče, ambulantní specializovaná péče a lůžková péče (nemocnice - městská, krajské, fakultní a odborný léčebný ústav). Do vzorku byli zařazeni ti pracovníci zdravotnických zařízení, kteří nejčastěji přicházejí do styku s cizinci, tj. lékaři, zdravotní sestry a administrativní pracovníci z cizineckých oddělení, případně z oddělení zdravotního pojištění.

Tabulka č. 5 **Vzorek respondentů - poskytovatelé zdravotní péče**

Označení respondenta	Specializace	Profese	Pohl.	Typ zdravotnického zařízení	Rok konání rozhovoru
Praktický lékař 1	Praktické lékařství	lékař	muž	ambulace primární péče	2009
Lékař dětská ortopedie	Dětská ortopedie	lékař	muž	nemocnice	2009
Lékařka gynekologie	Gynekologie	lékař	žena	ambulace primární péče	2009
Lékařka interní lékařství	Interní lékařství	lékař	žena	nemocnice	2009
Sestra chirurgie	Chirurgie	zdravotní sestra	žena	ambulantní specializovaná péče	2009
Cizinecké oddělení psychiatrická léčebna	Psychiatrie	administrativní pracovníce cizineckého oddělení	žena	odborný léčebný ústav	2009
Lékař ortopedie	Ortopedie	lékař	muž	nemocnice	2009
Lékařka radiologie	Radiologie	lékař	žena	nemocnice	2009
Sestra infekční lékařství	Infekční lékařství	zdravotní sestra/administrativní pracovníce pro styk s cizinci	žena	nemocnice	2009
Lékařka dermatovenerologie	Dermatovenerologie	lékař	žena	nemocnice	2009
Lékařka neurologie	Neurologie	lékař	žena	ambulantní specializovaná péče	2011
Sestra neurologie	Neurologie	zdravotní sestra	žena	ambulantní specializovaná péče	2011
Lékařka imunologie	Imunologie	lékař	žena	nemocnice	2011
Lékařka urologie	Urologie	lékař	žena	nemocnice	2011
Lékař interní lékařství	Interní lékařství	lékař	muž	ambulantní specializovaná	2011
Lékař/vedoucí pracovník interní lékařství	Interní lékařství	lékař/vedoucí pracovník nemocnice	muž	nemocnice	2011
Praktický lékař 2	Praktické lékařství	lékař	muž	ambulace primární péče	2011

Označení respondenta	Specializace	Profese	Pohl.	Typ zdravotnického zařízení	Rok konání rozhovoru
Praktická lékařka pro děti a dorost	Praktické lékařství pro děti a dorost	lékař	žena	ambulance primární péče	2011
Cizinecké oddělení psychiatrická nemocnice	Psychiatrie	administrativní pracovník pro práci s cizinci	muž	nemocnice	2013
Cizinecké oddělení krajská nemocnice	Krajská nemocnice	administrativní pracovník pro práci s cizinci	žena	nemocnice	2013

Zdroj: autorka

3.3.3 Expertní rozhovory

Ve své práci využívám expertní rozhovory, které patří v politických vědách k velmi frekventované metodě sběru dat, kdy experti mohou poskytnout unikátní zdroj „interních“ informací z procesu tvorby politiky (Dorussen, Lenz, Blavoukos, 2005). Jedná se o specifickou formu semi- strukturovaných rozhovorů (Flick, 2009:165), které mi umožnily lépe se orientovat ve sledované oblasti veřejné politiky, získat některé chybějící údaje a interpretovat poznatky získané prostřednictvím jiných metod (studium dokumentů a rozhovory s migranty a poskytovateli péče) (Bogner, Littig, Menz, 2009:46-48). Poznatky z expertních rozhovorů využívám zejména v části práce věnované vývoji komerčního zdravotního pojištění pro migranty ze třetích zemí v ČR.

Experti byli vybíráni na základě jejich odborných kapacit, ale i praktických zkušeností v určitých oblastech činností (Bogner, Littig, Menz, 2009) souvisejících s problematikou zdravotního pojištění a zdravotní péče pro cizince v ČR. Jednotliví experti nebyli tedy zahrnuti do výzkumu jako samostatné osoby, ale jako představitelé konkrétních zainteresovaných skupin: neziskový sektor pomáhající migrantům, zástupci komerčních zdravotních pojišťoven, zaměstnavatelé cizinců, Výbor pro práva cizinců Rady vlády pro lidská práva (Flick, 2009:165). Vzhledem k tomu, že dotázaní experti přicházeli při své práci intenzivně do styku s migranty ze třetích zemí v delším časovém období (někteří od devadesátých let do současnosti), umožnily mi jejich výpovědi doplnit i informace o vývoji sledované oblasti, které nebylo možno nalézt v dokumentech. Dotazování probíhalo v období listopad 2010 - květen 2014.¹² S některými

¹² Expertní rozhovory 6-8 byly realizovány v rámci projektu VÚSP financovaného z EIF.

experty, byl proveden ještě doplňující rozhovor (Expert 1, 2 a 10), aby byly zachyceny změny v této oblasti veřejné politiky a jejich dopady do praxe. Průměrná délka jednoho rozhovoru byla 37 minut (od 22 do 66 minut). Všechny rozhovory byly vedeny face-to-face. Během rozhovorů byla v některých případech dáвана přednost detailnějšímu rozvedení nových aspektů sledované problematiky, které se vynořovaly v průběhu rozhovoru, na úkor striktního postupu dle připraveného scénáře (viz příloha č. 1). U jednotlivých expertů byl rovněž brán zřetel na oblast, která je respondentovou doménou. Všechny rozhovory byly doslovně přepsány a dále analyzovány (viz podkapitola 3. 4.).

Tabulka č. 6 **Vzorek respondentů - experti**

Expert	Organizace	Pracovní pozice	Jak přichází do styku se sledovanou problematikou	Poznámka
Expert 1	Nezisková organizace pomáhající migrantům	Právník zastupující migranty ve sporech s komerčními zdravotními pojišťovnami. Člen Výboru pro práva cizinců Rady vlády pro lidská práva	Právní poradenství migrantům a jejich zastupování v soudních sporech	Opakované dotazování
Expert 2	Organizace zastřešující nevládní organizace pracující s migranty	Vedoucí pracovnice	Jedna z realizátorek Kampaně za zdravotní pojištění migrantů a migrantek	Opakované dotazování
Expert 3	Nezisková organizace pomáhající migrantům	Právnička	Poskytuje první poradenství migrantům	
Expert 4	Nezisková organizace pomáhající migrantům	Sociální pracovnice	Sociální práce s migranty	
Expert 5	Nezisková organizace pomáhající migrantům	Sociální pracovník	Sociální práce s migranty	
Expert 6	Komerční zdravotní pojišťovna	Pojišťovací agentka	Sjednává komerční zdravotní pojištění a pomáhá svým klientům při likvidaci pojistných událostí	
Expert 7	Česká asociace pojišťoven	Člen Prezidia	Odborník na komerční zdravotní pojištění migrantů	
Expert 8	Komerční zdravotní pojišťovna	Manažerka v komerční zdravotní pojišťovně	Řídící funkce	
Expert 9	Stavební firma	Zaměstnavatel cizinců – majitel firmy	Personální práce se zahraničními dělníky (zejména Makedonci)	
Expert 10	Jazyková škola	Zaměstnavatelka cizinců – ředitelka školy	Personální práce se zahraničními lektory (zejména z USA, Austrálie)	Opakované dotazování

Expert	Organizace	Pracovní pozice	Jak přichází do styku se sledovanou problematikou	Poznámka
Expert 11	Stavební firma	Zaměstnavatel cizinců – majitel stavební firmy	Personální práce se zahraničními dělníky (zejména Ukrajinci)	Respondent odmítl nahrávání – terénní poznámky
Expert 12	Vysoká škola – studijní oddělení pro zahraniční studenty	Administrativní pracovnice pro styk se zahraničními studenty	Pomoc zahraničním studentům	

Zdroj: autorka

Jsem si vědoma skutečnosti, že mezi dotázanými experty chybí zástupci veřejné správy - zejména Ministerstva zdravotnictví ČR a dalších klíčových aktérů. Tento nedostatek vyvažuji použitím doplňujících informací z dokumentů (nejen formálních, ale i z tzv. šedé literatury), diskusních „kulatých stolů“ z roku 2013 (viz výše kapitola 3.), kdy jsem do analýzy zařadila doslovné přepisy vyjádření člena představenstva České lékařské komory, zástupce Kanceláře veřejného ochránce práv a zástupce Ministerstva zdravotnictví - odboru dohledu nad zdravotní péčí.

3.4 Analýza primárních dat

Pro analýzu primárních dat jsem využila tzv. tematické kódování (Boyatzis, 1998; Braun, Clarke, 2006; Švaříček, Šedová a kol., 2007), které umožňuje srovnávat pohled různých předem určených skupin (záměrné vzorkování) na zkoumaný fenomén (Flick, 2009). Všechny face-to-face realizované rozhovory byly nahrávány a následně doslovně přepsány. V jednom případě byly použity terénní zápisky a ve dvou případech písemné odpovědi respondentů. Pro tematické kódování je charakteristický vícestupňový postup, kdy je kladen důraz na srovnatelnost jednotlivých skupin respondentů (Švaříček, Šedová a kol., 2007; Flick, 2009). Nejprve jsem v celém materiálu provedla otevřené kódování na úrovni jednotlivých případů. Následně jsem procházela jednotlivé kategorie a hledala spojení mezi jednotlivými případy. Shodné kategorie jsem sloučila do společných kategorií, případně je podřadila pod společnou nadkategorii. Tento způsob analýzy dat mi umožnil zjistit, jak je dostupnost zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí nahlížena napříč dotázanými skupina respondentů.

3.5 Kvalita výzkumu

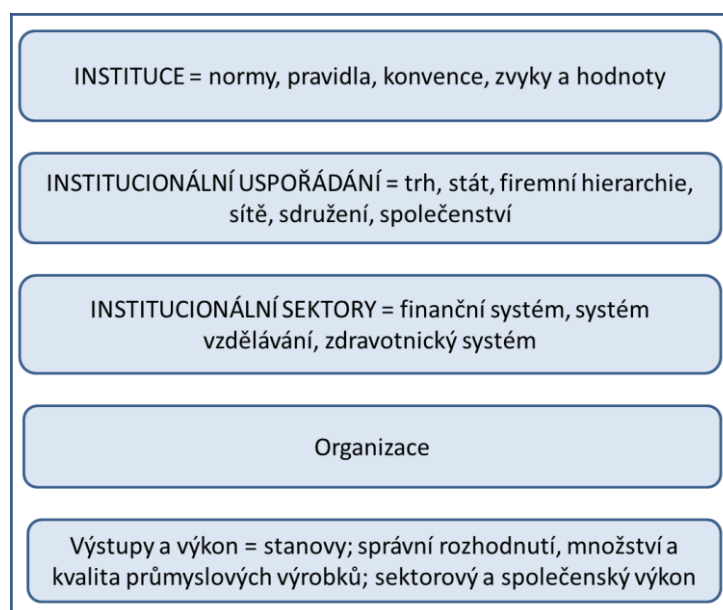
Pro zvýšení kvality výsledků jsem využila strategii triangulace,¹³ která mi umožnila vysvětlit sledovaný jev komplexněji a z více než jen jedné perspektivy (Švaříček, Šedřová a kol., 2007:204; Flick, 2009:405). Ve svém výzkumu dostupnosti zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí využívám triangulaci dat (rozhovory a dokumenty). V rámci rozhovorů pak sleduji zkoumaný fenomén perspektivou třech klíčových skupin aktérů: samotných migrantů ze třetích zemí, poskytovatelů péče a expertů, kteří při své práci přicházejí opakovaně se sledovaným jevem do styku. Pohledem z několika perspektiv, které se nevyvracejí, ale naopak vzájemně doplňují a potvrzují, dociluji prohloubení dat a větší konzistence svých zjištění (Švaříček, Šedřová a kol., 2007:205; Flick, 2009:444). V práci využívám také tzv. multiperspektivní triangulaci, kdy na sledovanou problematiku nahlížím perspektivou různých teoretických přístupů (Švaříček, Šedřová a kol., 2007:202; Flick, 2009:444).

3.6 Institucionální analýza

Ve své práci (v kapitole 6. Institucionální vývoj zdravotního pojištění pro migranty ze třetích zemí v ČR) dále využívám konceptuální rámec institucionální analýzy (dále IA), kdy vycházím především z práce J.R. Hollingswortha, který zdůrazňuje výhodu kombinace mezioborového přístupu a nutnost brát v úvahu víceúrovňovost studované reality (Hollingsworth, 2000:600). Dle J.R. Hollingswortha by se IA měla zaměřit na několik úrovní (viz schéma č. 10). Teoreticky je každá z těchto úrovní propojena se všemi ostatními. Nicméně platí, že jednotlivé oblasti/komponenty jsou řazeny dle klesající stability a trvalosti, tj. komponenty na vyšších příčkách sledované reality jsou více stálé a odolné změnám než komponenty na nižších úrovních, kde dochází ke změnám daleko rychleji. Také platí, že všechny komponenty jsou vzájemně propojeny a změna v jedné z úrovní, s vysokou pravděpodobností přinese změny ve všech ostatních úrovních (Hollingsworth, 2000: 601).

¹³ Triangulací zde chápu jako koncept, kdy jsou v rámci realizace výzkumu kombinovány různé kvalitativní metody, různé zdroje dat, případně kvalitativní a kvantitativní přístup nebo je měněna teoretická perspektiva (multiperspektivní triangulace).

Schéma č. 10 **Jednotlivé úrovně institucionální analýzy**



Zdroj: autorkou upraveno dle Hollingsworth 2000

První úroveň institucionální analýzy se zaměřuje na samotné instituce. Hollingsworth pod tuto kategorii řadí základní normy, pravidla, konvence, zvyky a hodnoty společnosti. Tyto jsou nejtrvalejší a nejodolnější vůči změnám. Vzhledem k tomu, že většina lidské činnosti je organizována a regulována normami, pravidly a systémy pravidel, vývoj a změny v této úrovni se výrazně promítají do změn v rámci dalších čtyřech úrovní institucionální analýzy (schéma č. 10). Proto je nesmírně důležité pochopit sociální a kognitivní podmínky, které vedou k souladu nebo naopak k nesouladu reality s normami a pravidly a které stojí za jejich změnami. Platí, že normy, pravidla, zvyky, konvence a hodnoty jsou odrazem preferencí jednotlivých aktérů, ale zároveň jejich preference formují. Normy, pravidla, zvyky, konvence a hodnoty určují, kdo se podílí na různých typech rozhodování a co je jejich obsahem, jaká jsou přijímána opatření, etc. jsou to právě normy a pravidla, které určují, zda je konkrétní jednání např. demokratické, spravedlivé či rovnostářské (Hollingsworth, 2000: 602). Druhou úrovní institucionální analýzy je institucionální uspořádání, které souvisí s koordinací aktérů. Řadíme sem například trhy, hierarchie, asociace, síť, stát a komunity. Třetí úroveň - institucionální sektory zahrnují všechny organizace ve společnosti, které poskytují určité služby nebo výrobky, spolu s jejich kontaktními organizacemi (například dodavatelé, zdroje financování) (Hollingsworth, 2000, 614). Ve čtvrtém stupni Hollingsworth navrhuje analyzovat organizace. Důvodem je skutečnost, že institucionální pravidla, normy a konvence se vždy rozvíjí

paralelně s rozvojem organizačních struktur (Hollingsworth, 2000: 619). Pátá úroveň zahrnuje výstupy a výkonnost: například konkrétní správní rozhodnutí a konkrétní politiky, ale také nové produkty, nové technologie a tržní strategie (Hollingsworth, 2000, 622). Ve své práci se zaměřuji na první dvě úrovně takto strukturované institucionální analýzy.

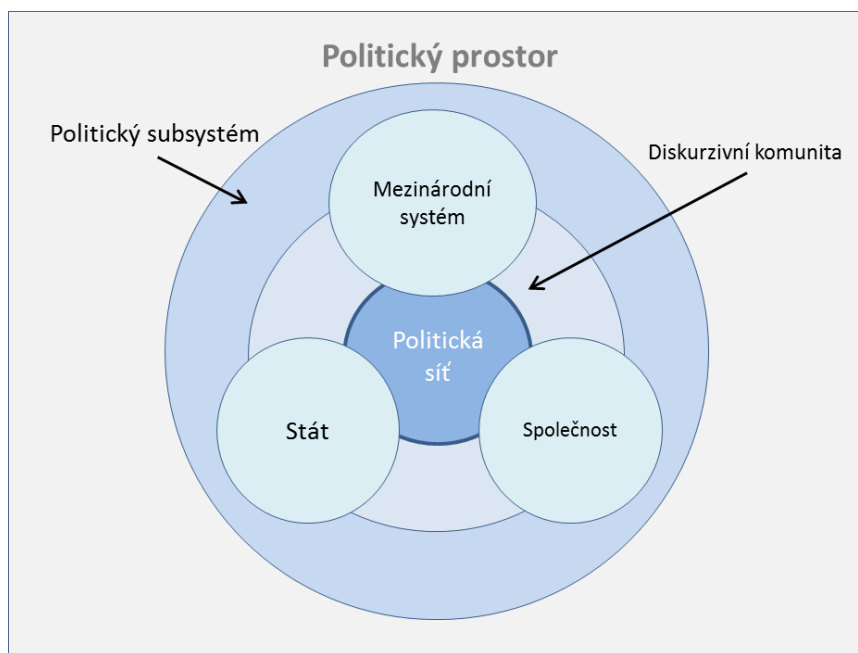
Instituce a aktéři

Instituce jsou fenoménem „mnoha tváří“, který se snaží uchopit řada různých definic (Rohracher, Truffer, Markard, 2008). Douglas North a další neo-institucionální ekonomové definují instituce jako „pravidla hry ve společnosti“ nebo „lidmi vytvořená omezení, která formují lidské jednání“ (North, 1990:3; North, 2005:48). Historický neo-institucionalismus v sociologii a politických vědách zase chápe instituce jako základní strukturální rámce, organizační řešení a formální pravidla nebo systémy. Zároveň zdůrazňuje význam jednotlivých států a národních hranic při formování, stabilizaci a reprodukci těchto institucionálních rámců (například Streeck a Thelen, 2005). Ve své práci vycházím z dynamického a na aktéry zaměřeného pojetí institucí. Tj. chápu instituce jako „základní stavební kameny“ společenského řádu, které reprezentují společností prosazovaná a sankcionovatelná očekávání ve vztahu k chování konkrétních kategorií aktérů nebo k výsledkům jejich jednání (Streeck and Thelen, 2005, 9). Zaměřuji se zejména na regulativní a normativní instituce. Mezi regulativní instituce (nazývané též formální) řadíme zákony, vyhlášky, kodexy chování, smlouvy nebo technické normy. Pro tyto regulativní instituce je charakteristické, že určují, co je dovoleno a co je zakázáno a často jsou spojeny se sankcí. Normativní instituce, na druhé straně, jsou neformální instituce, které uvádějí, co je správné a co je špatné. Zahrnují společenské normy, hodnoty, standardy dobré praxe, konvence atd. Normy nejsou podpořeny formálními sankcemi, ale můžeme je charakterizovat jako společensky závazná očekávání (Scott, 2001).

Aktéry pak rozumíme jedince či kolektivní subjekty zapojené do sledovaného politického procesu (Potůček, 2015). K vymezení klíčových aktérů sledované politiky a jejich vztahu s institucemi a ideovým zázemím využiji koncept politického subsystému (Howlett, Ramesh, Perl, 2009). Tento koncept (viz schéma č. 11) vychází z myšlenky, že politický prostor je agregací možných mezinárodních aktérů, aktérů státu a společnosti a institucí, které mají přímý nebo nepřímý vliv na určitou oblast politiky. Aktéři a instituce v rámci jednoho odvětví nebo problémové oblasti představují jakýsi politický subsystém v rámci širšího politicko-ekonomického systému (Sabatier a Jenkins Smith, 1993; Howlett, Ramesh, Perl, 2009). Je nutné si uvědomit, že ne všechny komponenty

(aktéři a instituce) politického subsystému sehrávají vždy stejnou roli. Někteří aktéři se v daném subsystému účastní např. jen v rovině ideové jako členové ideového a poznávacího diskurzu nebo také „epistemické komunity“. Naopak aktéři, kteří jsou součástí „politické sítě“ participují na probíhající formulaci a zvažování různých možností a alternativ konkrétní vytvářené veřejné politiky (Howlett, Ramesh, Perl, 2009:83).

Schéma č. 11 **Politický prostor a politický subsystém**



Zdroj: Howlett, Ramesh, Perl 2009:81

Z hlediska vlastní analýzy je nutno vymezit, o jaké aktéry a instituce se ve své práci budu opírat. Zde vycházím z dělení aktérů a institucí ve veřejné politice dle Potůčka 2015:56 (tabulka č. 7), kdy se zaměřím především na kolektivní formalizované subjekty a na formalizované instituce.

Tabulka č. 7 **Formalizovaní a neformalizovaní aktéři a instituce ve veřejné politice**

Míra formalizace	Aktéři		Instituce
	Jednotlivci	Kolektivní subjekty	
Formalizovaní	<p>Politiciční vůdci</p> <p>Analytici veřejné politiky</p>	<p>Politické strany</p> <p>Stát, orgány veřejné správy</p> <p>Firmy</p> <p>Organizace občanského sektoru</p> <p>Poradenská centra</p> <p>Média</p>	<p>Ústavně právní systém</p> <p>Organizační struktury (např. územně správní členění státu, tripartita)</p>
Neformalizovaní	<p>Názoroví vůdci</p> <p>Politiciční aktivisté</p>	<p>Zájmové skupiny</p> <p>Názorové komunity</p> <p>Politické komunity</p>	<p>Etické normy, sociální normy, očekávání, zvyklosti</p>

Zdroj: Potůček 2015:56

Institucionální uspořádání

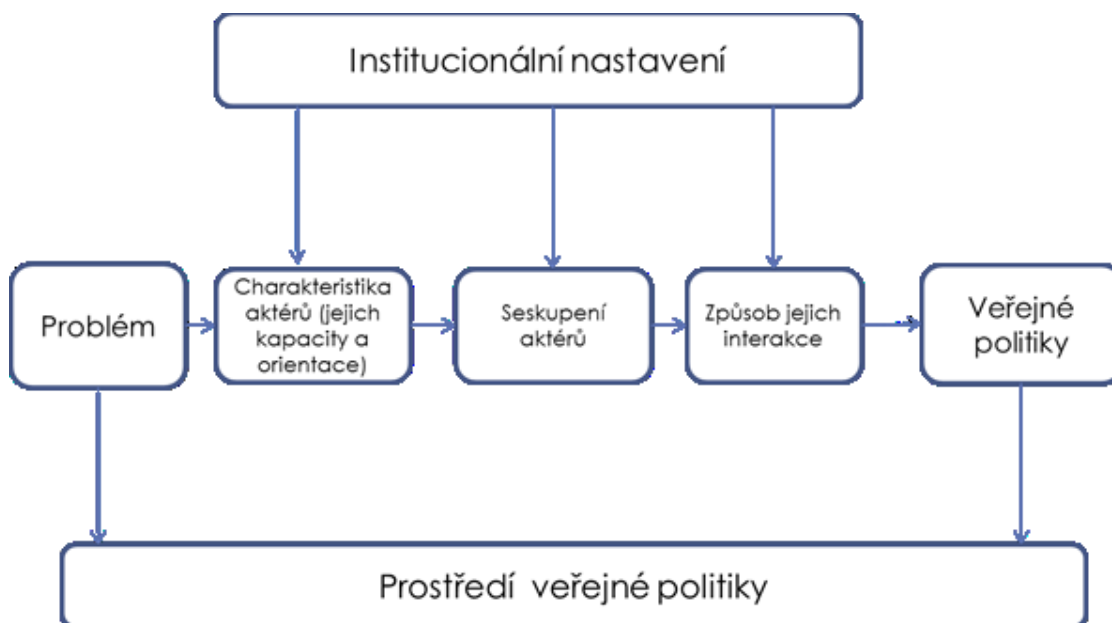
Institucionálním uspořádáním jsou chápány více či méně propojené skupiny formálních a neformálních institucí koordinující jednání aktérů a jejich vzájemné vztahy. Příkladem různých typů institucionálního uspořádání jsou trhy, různé typy hierarchií a sítí, stát, sdružení, společenství a zájmové skupiny (Hollingsworth, 2000; Rohrer, Truffer, Markard, 2008). Každý z těchto koordinačních mechanismů je charakterizován specifickou organizační strukturou, pravidly směny a individuálním či kolektivním pojetím dosahování shody. Také existuje řada různých typů těchto koordinačních mechanismů (např. sociální stát, autoritativní stát, regulující stát, apod.). Upřednostňování jednoho institucionálního uspořádání před jiným může souviset například s argumentací transakčních nákladů nebo se snahou překonat nejistotu (v kontextu vzájemné důvěry či sdílené kulturní orientace jako základu kooperativního chování, atd). Důležité je si uvědomit, že sociální a ekonomické interakce aktérů jsou koordinovány vždy konfigurací více typů institucionálních uspořádání. Pokud to vztáhneme na oblast zdravotní péče, tak např. nemocnice mají jasně strukturovanou hierarchii, medicínské a personální standardy budou projednávány v profesních sdruženích, některé oblasti (např. ochranu veřejného zdraví) bude silně regulovat stát apod. Také platí, že konfigurace institucionálních uspořádání, které jsou ve společnosti dominantní, jsou stabilnější a mají tendenci přetrvávat v průběhu času (Hollingsworth, 2000:605).

Vztahem institucí a aktérů se zabývá také teoreticko - analytický rámec na aktéry zaměřeného institucionalismu (ACI), který zohledňuje vzájemné vztahy mezi aktéry a institucemi veřejné politiky. Hlavní myšlenkou je poznání,

že na jedné straně instituce ovlivňují jednání aktérů a seskupení aktérů a zároveň aktéři mají možnost ovlivňovat vývoj institucí (Mayntz & Scharpf, 1995; Scharpf, 2000). ACI tedy vychází z předpokladu, že sociální fenomén může být chápán jako výsledek jednání a vzájemné interakce zúčastněných aktérů operujících v určitém institucionálním nastavení, jehož charakter aktérům umožňuje/usnadňuje realizaci konkrétních strategií nebo je v této realizaci naopak omezuje (Scharpf, 1997). ACI vhodně propojuje teoretickou perspektivu se zkoumanou realitou politických vztahů (Scharpf, 1997) a tím umožňuje lépe pochopit politické manévrování a dynamiku složité politické debaty za předpokladu, že strategické kapacity jednotlivých aktérů jsou závislé na institucionálním nastavení podmínek, v nichž je daná politika realizována (Maarse a kol., 2008). Fritz W. Scharpf ve své knize *Games real actors play: Actor-centered institutionalism in policy research* chápe instituce nejen jako formální pravidla vymahatelná právem, ale také jako sociální normy, které jsou aktéry všeobecně akceptovány a jejichž porušení vede ke ztrátě dobré pověsti, k společenskému nesouhlasu, k odmítání spolupráce až k ignorování (Scharpf, 1997:38). Formální instituce jsou chápány ve smyslu právem vyjádřených postupů, které odrážejí oficiální "pravidla hry". Neformální instituce představují současnou neoficiální praxi vyvinutou aktéry v průběhu hry, tj. nejsou vyjádřeny právem. Nicméně v potaz je nutno brát i skutečnost, že někteří aktéři mohou pravidla ignorovat, mohou zneužívat své pravomoci nebo s ohledem na skutečnost, že ne každá akce může být regulována, mohou využít neformálních interakcí (Maarse a kol., 2008). Také zatímco nastavení institucí ve vztahu k aktérům se jeví jako stálé v krátkodobém měřítku, v dlouhodobém horizontu musí být považováno za proměnlivé (Greif, 2005).

Jednotlivé prvky teoretického rámce ACI ukazuje následující schéma č. 12.

Schéma č. 12 **Základní prvky teoretického rámce ACI**



Zdroj: Scharpf 1997: 44

V ACI je nejprve identifikována sada interakcí, které vedou ke zkoumaným výsledkům veřejné politiky. Tato sada interakcí tvoří základní prvky analýzy. Teprve potom a na jejím základě je možno určit jednotlivé či korporativní aktéry, kteří jsou účastníky politického procesu a jejichž jednání skutečně ovlivňuje výsledky sledované veřejné politiky. Aktéři jsou ve vztahu ke konkrétním výsledkům politiky charakterizováni: specifickými *kapacitami* a *orientací* svého jednání. Kapacitami jsou chápány jednak osobní vlastnosti aktéra/aktérů jako je politická síla, inteligence a lidský a sociální kapitál, ale i fyzické zdroje jako finanční prostředky, půda, vojenská moc, přístup k technologiím, privilegovaný přístup k informacím atd. Důležitou roli zde sehrávají ale i institucionální pravidla, která definují kompetence a posilují nebo limitují práva jednotlivých aktérů v politickém procesu (Scharpf, 1997:43). Specifická *orientace* v jednání jednotlivých aktérů je reprezentována jejich konkrétními *představami a preferencemi*. Ty jsou vyvolány a stimulovány politickými tématy a problémy, kdy aktéři reagují na žádoucí nebo naopak nežádoucí status quo dané veřejné politiky, na možné příčiny problémů, na efektivitu a vhodnost přijímaných opatření a na výsledky konkrétních veřejných politik. Představy a preference aktérů mohou být relativně stabilní nebo se vlivem vzdělávání a přesvědčování mohou měnit v čase (Scharpf, 1997:43).

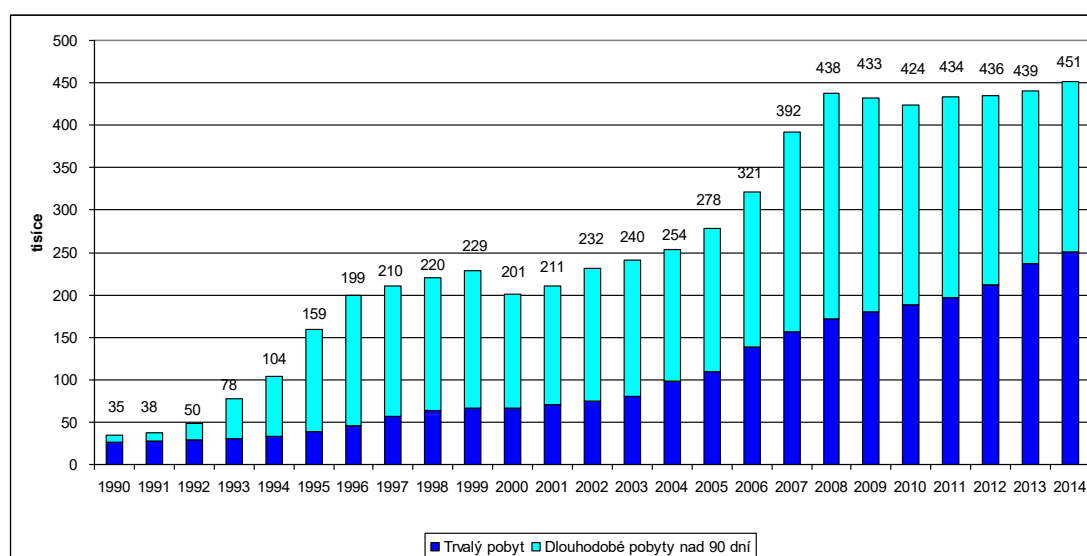
Kapacity spolu s preferencemi a představami aktérů stojí za tím, proč jsou určité strategické volby možné a jiné naopak nerealizovatelné (Maarse a kol., 2008).

Na konečné výsledky dané veřejné politiky mají však kromě kapacit, představ a preferencí jednotlivých aktérů klíčový vliv i různá *seskupení* aktérů, kteří se účastní vzájemných jednání v procesu tvorby konkrétní oblasti veřejné politiky (Scharpf, 1997:44; Maarse a kol., 2008:19). Z tohoto důvodu se nemůžeme omezit jen na politické instituce nebo aktéry, ale musíme zahrnout všechny aktéry (i nepolitické) v rámci příslušných společenských institucionálních struktur, které determinují jejich chování (Maarse a kol., 2008:29). Seskupení aktérů popisuje konkrétní „hráče“, jejich strategické možnosti, výsledky spojené s kombinací různých strategií a preference hráčů ve vztahu těmto výsledkům (Scharpf, 1997:44). Seskupení aktérů představují statický obraz vztahů aktérů, včetně toho, co víme o jejich konkrétních interakcích v rámci dané politiky a míře kompatibility jejich aspirací, včetně možné úrovně konfliktů. Teprve poslední prvek základního výkladového rámce ACI - *způsob interakce* určuje, jak budou jednotlivé konflikty řešeny a vyjadřuje dynamiku vzájemných vztahů mezi aktéry a skupinami aktérů. V ACI jsou způsoby interakce pojímány nejen jako „nespolupracující“ (tj. jednostranná jednání aktérů), ale často také jako „kooperativní“, kdy výsledné strategie jsou přijímány na základě sjednané dohody, jako výsledek hlasování (je-li strategie určena většinovým pravidlem) nebo na základě hierarchického rozhodování (kdy strategie jednoho nebo více účastníků může být určena jednostranným rozhodnutím jiného nadřízeného aktéra). Tyto způsoby interakce jsou samozřejmě formovány existujícími institucionálními pravidly a v některých případech jednostranného jednání může mít vliv na výslednou podobu interakce i neexistence takových pravidel (Scharpf, 1997:45-46). Přestože v rámci ACI jsou seskupení aktérů a způsoby jejich interakce analyzovány každý samostatně, v reálném světě se tyto dvě oblasti značně prolínají (Maarse a kol., 2008:29).

4. Cílová skupina migrantů ze třetích zemí v datech

Následující kapitola předkládá analýzu dostupných dat o cílové skupině migrantů (viz kap. 3.1) v širším kontextu celkové imigrace do České republiky. Fenomén mezinárodní migrace začal mít významný vliv na společenskou i hospodářskou situaci České republiky od devadesátých let minulého století, kdy imigrace a relevantní sociální procesy začaly zasahovat do tradičně homogenního českého prostředí (Hnilicová, Dobiášová, 2011). V letech 1993-2013 se počet imigrantů v zemi téměř zešestinásobil a Česká republika patřila k zemím s nejrychlejším růstem imigrace (Cizinci v ČR, 2010). Z hlediska vývoje počtu cizinců v ČR v čase, byl kontinuální růst přerušen dvěma poklesy. První pokles o téměř 30 tisíc osob v roce 2000 souvisí s přijetím nového zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR, který významně zpřísnil imigraci do ČR. Druhý pokles o zhruba 14 tisíc osob v letech 2009 -2010 byl zapříčiněn světovou ekonomickou krizí (Cizinci v ČR, 2010, 2011). Z hlediska pobytového statusu převládá od roku 1993 až do roku 2012 podíl cizinců s některým z dlouhodobých pobytů nad 90 dní nad cizinci s pobytem trvalým (viz graf č. 1). V roce 2013 dochází k obratu, kdy v tomto roce v ČR pobývalo 237 tisíc cizinců s trvalým pobytem oproti 203 tisícům cizinců s pobytem dlouhodobým. Trend nárůstu osob s trvalým pobytem (na 251 tis.) a poklesu osob s pobytem dlouhodobým (na 200 tis.) pokračoval i v roce 2014 (Cizinci v ČR 2015).

Graf č. 1 Vývoj počtu cizinců v ČR dle pobytu

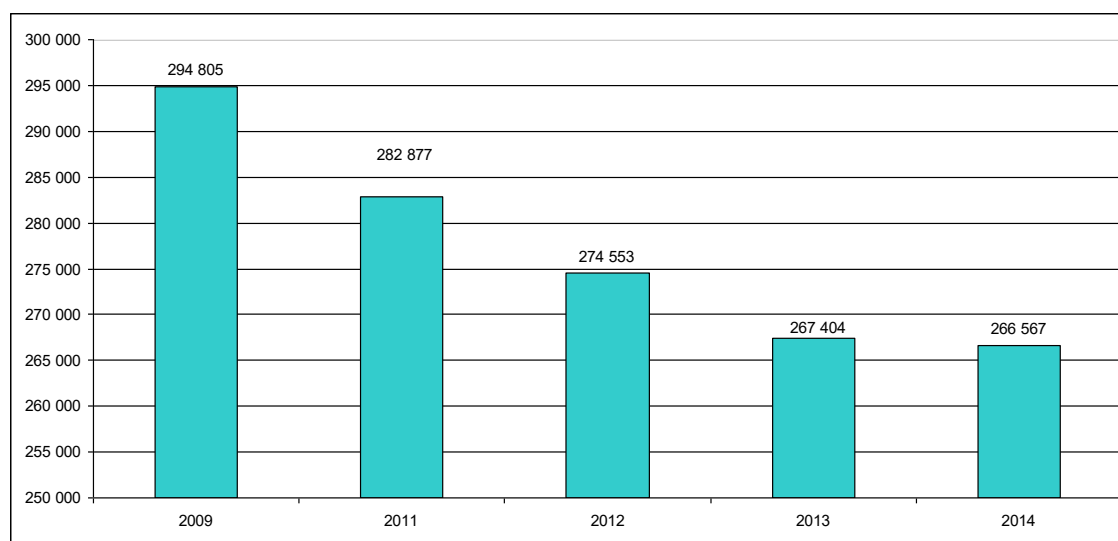


Zdroj: ČSÚ 2015

4.1 Obecná charakteristika cílové populace migrantů ze třetích zemí

Dle nejaktuálnějších veřejně dostupných údajů pobývalo v ČR k 31. 7. 2015 celkem 458 710 migrantů, což představuje cca 4,3 % populace. Z tohoto počtu pocházelo 266 817 (58 %) migrantů z tzv. třetích zemí (zemí mimo EU). Zatímco celkový počet cizinců narůstá, u cizinců ze třetích zemí došlo mezi lety 2009 až 2015 (k 31.7) k poklesu o více než 29 tis. osob (viz graf č. 2). Důvodem tohoto poklesu byly dopady ekonomická krize a narůstající tendence zpřísnování imigrační politiky ČR. I ve skupině migrantů ze třetích zemí byl úbytek osob s dlouhodobým pobytem nad 90 dní doprovázen nárůstem počtu osob s trvalým pobytem. Aktuální data (k 31.7. 2015) ukazují, že 31 % (83 932) migrantů ze třetích zemí mělo přechodný pobyt nad 90 dnů vůči 69 % (182 885) s pobytem trvalým (Vavrečková, Dobiášová 2015; Aktuální informace o migraci 2016).

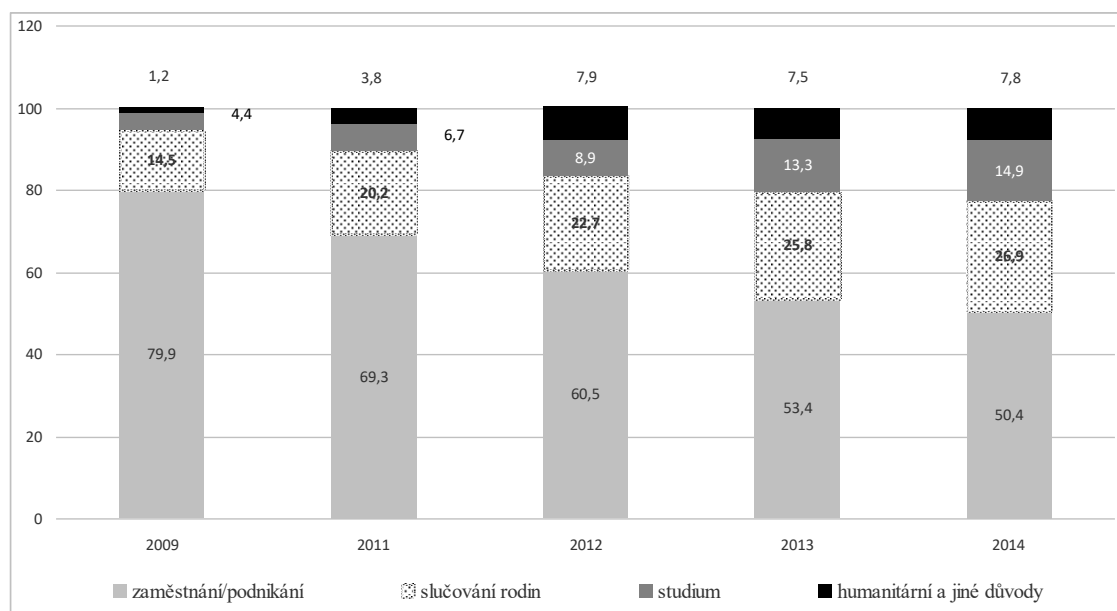
Graf č. 2 **Celkový počet cizinců ze třetích zemí žijících dlouhodobě v ČR**



Zdroj: autorka dle dat z Vavrečková, Dobiášová 2016 a Aktuální informace o migraci 2016

Nejčastějším důvodem pobytu migrantů ze třetích zemí na území ČR je stále výdělečná činnost (zaměstnání/ podnikání), i když s postupně klesající tendencí. Naopak narůstá podíl těch, kteří v ČR mají pobyt za účelem sloučení rodiny či studia (viz graf. č. 3) (Aktuální informace o migraci 2016).

Graf č. 3 Účely dlouhodobých pobytů u migrantů ze třetích zemí v ČR



Zdroj: Aktuální informace o migraci 2016

Z hlediska pohlaví bylo mezi migranty ze třetích zemí k výše uvedenému datu 46 % (124 179) žen a 54 % (142 638) mužů.

Co se týče národnosti, nejpočetnější skupinou byli občané Ukrajiny (104 558), občané Vietnamu (56 665) a občané Ruska (34 787) (Aktuální informace o migraci 2016). Tyto tři národnosti jsou také nejčetněji zastoupeny mezi migranty v dlouhodobém horizontu (Cizinci v České republice 2005-2014). Dle aktuálních údajů migranti dále pocházeli nejčastěji z USA, Mongolska, Číny, Moldavska, bývalých zemí SSSR, zemí bývalé Jugoslávie atd. (viz tabulka č. 8) (Aktuální informace o migraci, 2016).

Tabulka č. 8 **Dvacet nejpočetněji zastoupených zemí původu mezi migranty ze třetích zemí v ČR**

Třetí země	Typ pobytu		CELKEM
	Přechodný	Trvalý	
Ukrajina	28 839	75 719	104 558
Vietnam	10 395	46 270	56 665
Rusko	15 519	19 268	34 787
Spojené státy	3 118	3 174	6 292
Mongolsko	996	4 817	5 813
Čína	1 554	4 101	5 655
Kazachstán	3 103	2 043	5 146
Moldavsko	1 122	3 917	5 039
Bělorusko	1 620	3 145	4 765
Srbsko	675	1 977	2 652
Bosna a Hercegovina	481	1 468	1 949
Makedonie	551	1 310	1 861
Indie	1 272	534	1 806
Arménie	419	1 280	1 699
Uzbekistán	989	674	1 663
Korejská republika	1 388	196	1 584
Japonsko	1 126	302	1 428
Turecko	745	678	1 423
Kosovo	261	834	1 095
Sýrie	487	456	943

Zdroj: Ministerstvo vnitra ČR: Aktuální informace o migraci, 2016

Věková struktura migrantů ze třetích zemí odráží skutečnost, že nejčastějším motivem pro imigraci do ČR jsou stále ekonomické aktivity (viz dále). Většina migrantů se proto nachází v produktivním věku, i když v průběhu let se tento podíl nepatrně snižuje na úkor narůstajícího podílu dětí do 19 let a osob nad 66 let věku (viz tabulka č. 9) (Vavrečková, Dobiášová, 2015).

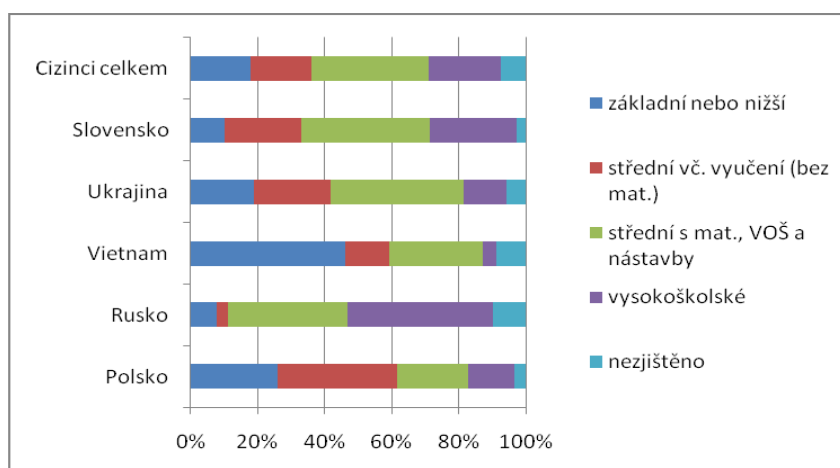
Tabulka č. 9 **Věková struktura migrantů ze třetích zemí v ČR**

	2009		2011		2012		2013		6/2014	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
děti a mladiství do 19 let	42 923	14	45 210	16	44 560	16	42 796	16	45 484	17
osoby v produktivním věku 20-65 let	246 906	84	231 903	82	223 239	82	217 346	81	213 787	80
osoby nad 66 let	4 976	2	5 764	2	6 754	2	7 262	3	7 129	3
Celkem	294 805	100	282 877	100	274 553	100	267 404	100	266 400	100

Zdroj: autorka dle dat z Vavrečková, Dobiášová, 2015

V ČR jsou k dispozici jen omezené objektivní statistické údaje o vzdělanostní skladbě migrantů ze třetích zemí. V zásadě máme jen údaje ze sčítání lidu z roku 2011, kde se ukazuje, že se jednotlivé národnostní skupiny z hlediska dosaženého vzdělání významně liší. K nejvzdělanějším patří občané Ruské federace, kdy jich 43,3 % uvedlo, že mají vysokoškolské vzdělání. U migrantů z Ukrajiny převládá střední vzdělání s maturitou či bez maturity. Migranti z Vietnamu měli nejčastěji základní a nižší vzdělání a nejnižší podíl vysokoškolsky vzdělaných osob (viz graf č. 4) (Cizinci v České republice, 2014).

Graf č. 4 **Cizinci podle vzdělání k 26. 3. 2011 (v %)**

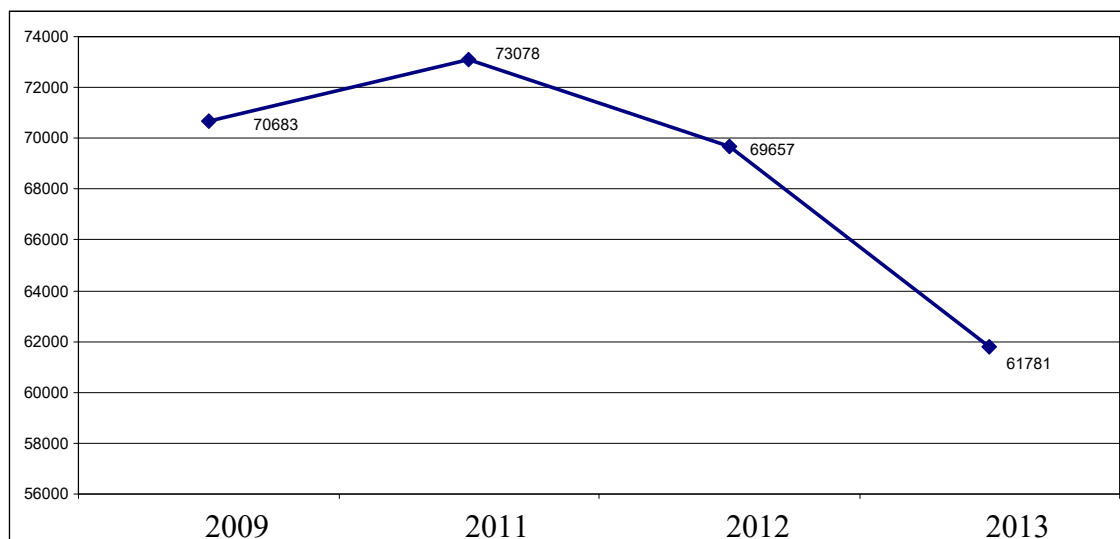


Zdroj: Cizinci v České republice podle dat sčítání lidu 2011. ČSÚ 2014

Z hlediska ekonomické aktivity, převažují mezi migranty ze třetích zemí zaměstnanci, kdy ke konci roku 2011 jich bylo na úřadech práce evidováno více než 136 000. S ohledem na skutečnost, že Ministerstvo práce a sociálních věcí,

kteře data o zaměštnanosti cizinců v ČR spravuje, přešlo na nový informační systém, nebyly v době psaní této kapitoly novější data k dispozici (Vavrečková, Dobiášová, 2016; Cizinci v ČR, 2015). Zatímco před rokem 2009 zaměštnanost migrantů ze třetích zemí měla stoupající tendenci, v důsledku hospodářské krize, došlo mezi roky 2009 a 2011 k poklesu podílu zaměštnanců na celkové populaci cizinců ze třetích zemí z 55 % na 48 % (Vavrečková, Dobiášová, 2016). Data o samostatně výdělečné činnosti migrantů ze třetích zemí jsou dostupná z databáze Ministerstva průmyslu a obchodu. Jak ukazuje následující graf č. 5, mezi rokem 2009-2011 podnikatelská činnost migrantů ze třetích zemí výrazně vzrostla. Tuto skutečnost dokládají i jiné studie (Horáková, 2012 dle Vavrečková, Dobiášová, 2015). Příčina tohoto jevu spočívá v přesunu zaměštnaných migrantů v reakci na významný pokles pracovních míst v důsledku hospodářské krize do oblasti podnikatelské činnosti (Vavrečková, Dobiášová 2016). Od roku 2011 podíl cizinců samostatně výdělečně činných kontinuálně klesá (viz graf č. 5).

Graf č. 5 **Podnikatelská činnost cizinců ze třetích zemí**



Zdroj: autorka dle dat z Vavrečková, Dobiášová, 2016

4.2 Zdravotní stav a čerpání zdravotní péče migrantů (ze třetích zemí)

Vzhledem k tomu, že kritickou komponentou tvorby a implementace zdravotní politiky ve vztahu k migrantům (včetně zajištění dostupnosti zdravotní péče) je existence dostupných dat monitorujících zdravotní stav, spotřebu

zdravotní péče a zdravotní potřeby migrantů (Mladovsky a kol., 2012), věnují následující kapitole analýze souvisejících dostupných dat v České republice.

Tato data poskytují jen neúplný obraz o zdravotním stavu, zdravotních rizicích a čerpání zdravotní péče migranty v ČR (Cizinci v ČR 2008-2015; Hnilicová, Dobiášová, 2011; Velemínský, Tóthová, 2013). Pro popis zdraví migrantů existují v ČR dva základní zdroje informací. Jsou to jednak rutinní statistiky, dále pak závěry z výzkumných studií a výběrových šetření. Možnosti využití rutinních veřejně dostupných statistických údajů pro popis zdraví a čerpání zdravotní péče migrantů jako celku je však velmi omezená, protože většina statistik mortality a morbidity neobsahuje údaje o etnickém původu. Určitá data však existují (Hnilicová, Dobiášová, 2011). Jedná se zejména o data o infekční hepatitidě, TBC, sexuálně-přenosných nemocech a HIV/AIDS a ústavní psychiatrické péči. Existují také povinná hlášení pracovních úrazů, kde se zaznamenává, zda je obětí úrazu cizinec. Český statistický úřad sleduje i některé údaje o spotřebě zdravotní péče. Při jejich interpretaci je však nutno přihlížet k řadě omezení. Sledována je pouze spotřeba nemocniční péče a to jen u cizinců, kteří nejsou pojištěni v rámci veřejného zdravotního pojištění. V rámci veřejného zdravotního pojištění jsou přitom zahrnuty tři čtvrtiny ekonomicky aktivních cizinců ze třetích zemí v ČR (ČSÚ, 2010). Spotřeba ambulantní péče není sledována vůbec (Hnilicová, Dobiášová, 2011). Pro doplnění údajů o zdravotním stavu a spotřebě zdravotní péče cizinců v ČR je možno využít i výsledky řady výzkumů realizovaných v posledních dvou dekadách na půdě několika vědeckých pracovišť. Počátky výzkumu zaměřeného na zdravotní stav migrantů po roce 1989 spadají na konec devadesátých let minulého století a byly realizovány v rámci 3. lékařské fakulty UK, na Katedře geografické medicíny (Nesvadbová a kol., 1998; Nesvadbová a kol., 1999). První komparativní výzkum zdraví migrantů a české populace byl realizován dnes již zrušeným Institutem zdravotní politiky a ekonomiky (Dobiášová, Vyskočilová, Čabanová, 2004; Dobiášová, Vyskočilová 2004). Zdravotního stavu a spotřeby zdravotní péče migrantů (Ukrajinců) se dotýkají i širěji pojaté výzkumy Katedry sociální geografie a regionálního rozvoje na Přírodovědecké fakultě UK (např. Dzúrová, Drbohlav, 2014; Malmushi a kol., 2014). Předním výzkumným pracovištěm, které se v posledních letech soustavně věnuje výzkumům zaměřeným na zdraví migrantů v ČR je pak Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (např. Tóthová a kol., 2010; Tóthová a kol., 2011; Vacková a kol., 2012; Brabcová, Záleská, 2013; Brabcová, Vacková, Dvořáčková, 2014).

4.2.1 Infekční nemoci a psychiatrická onemocnění

Statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) zpracované na základě údajů z Registru tuberkulózy ukazují, že přes narůstající počet cizinců v ČR je výskyt TBC dlouhodobě velmi nízký a průběžně klesá (4,9 případů na 100 tisíc obyvatel v roce 2014) (viz tabulka č. 10). Podíl cizinců na celkovém počtu nemocných TBC osciluje v rozmezí 13-21 %. To znamená, že podíl cizinců na výskytu TBC významně přesahuje jejich zastoupení v populaci (cca 4 %). Epidemiologická situace v ČR se tak začíná podobat situaci ve vyspělých zemích EU (Hnilicová, Dobiášová, 2011; ÚZIS, 2015). V roce 2014 nejvíce nemocných pocházelo z Ukrajiny a Vietnamu (ÚZIS, 2014; Wallenfels, 2015b). Ve vztahu k cizincům a dostupnosti zdravotní péče je důležitou skutečností narůstající počet případů multirezistentní TBC (tj. necitlivé na léky). Podle nejnovějších epidemiologických dat oproti jednomu případu v roce 2013, jich bylo v roce 2014 šest a v prvních třech čtvrtletích roku 2015 již jedenáct. V roce 2014 bylo pět ze šesti případů diagnostikováno u cizinců ze zemí bývalého Sovětského svazu (Wallenfels 2015b, Wallenfels 2015a). Problematickým je i fakt, že je u cizinců relativně vysoký podíl (15 %) přerušení léčby (Wallenfels 2015b).

Tabulka č. 10 **Notifikace TBC v ČR v letech 2006-2014 včetně podílu cizinců**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Celkem	973	871	879	710	680	609	611	502	514
Notifikace TBC na 100 000 obyvatel	9,5	8,4	8,4	6,8	6,5	5,8	5,8	4,8	4,9
Notifikace TBC u osob narozených mimo ČR	130	153	186	136	117	112	105	79	96
Podíl cizinců na celkovém počtu hlášených případů	13%	18%	21%	19%	17%	18%	17%	16%	19%

Zdroj: Hnilicová, Dobiášová, 2011; Wallenfels, 2015b

Ne tak příznivá je situace ohledně HIV/ AIDS. I když prevalence tohoto nebezpečného onemocnění je v ČR stále relativně nízká, v posledních letech byl zaznamenán kontinuální nárůst HIV pozitivních osob. V roce 2014 bylo nově zjištěno 232 případů (tj. 2,21 případu na 100 000 obyvatel). Cizinci představují u

tohoto onemocnění v posledních letech okolo 25-30 % všech nově registrovaných pacientů (SZÚ, 2015). Cizí státní příslušnost je sledována i u pohlavně přenosných onemocnění. Na nově hlášených případech pohlavně přenosných nemocí se cizinci v roce 2012 podíleli 14,5 % (268 případů), což je nejméně za posledních 15 let. Zatímco v případě syfilis podíl cizinců v posledních letech mírně klesal a v roce 2012 tvořili asi jednu čtvrtinu všech nově diagnostikovaných případů, v případě gonokokových infekcí (kapavky) došlo v roce 2012 k mírnému nárůstu na 8 % (ÚZIS, 2013). Také u hlášených hepatitid byl podíl migrantů vyšší než podíl migrantů v populaci. Z celkového počtu hlášených případů v ČR v roce 2013 připadalo na migranty 8 % všech případů (tj. 140 osob) (ÚZIS, 2014a).

Cizinci tvoří necelé 1 % (528 případů) všech pacientů v psychiatrické lůžkové péči. Nejčastější diagnózou jsou schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (28 % všech hospitalizovaných migrantů). Druhou a třetí nejčastější diagnózou jsou psychické problémy související s užíváním alkoholu (22 % z hospitalizovaných migrantů) a neurotické, stresové a somatoformní poruchy a syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (rovněž 22 % z hospitalizovaných migrantů) (ÚZIS, 2014b).

4.2.2 Čerpání zdravotní péče cizinci v nemocnicích a hrazení zdravotní péče

Čerpání zdravotní péče cizinci je sledováno jen v oblasti nemocniční péče. ÚZIS sleduje čerpání zdravotní péče na ročním výkazu, který nemocnice samy vyplňují. Problémem je, že jsou sledováni jen ti cizinci, kteří nemají veřejné zdravotní pojištění, jichž jsou dle kvalifikovaných odhadů více než tři čtvrtiny migrantů ze třetích zemí (Hnilicová, Dobiášová, Čížinský a kol., 2012). Dále jsou k dispozici data o příčinách hospitalizace z Národního registru hospitalizovaných, která však sledují všechny cizince bez ohledu na typ pobytu, tj. jsou do něj zahrnuti i turisté. I přes tato omezení však můžeme identifikovat hlavní vývojové trendy v této oblasti.

Jak je patrné z tabulky č. 11, od roku 2004 do roku 2008 kolísal počet ošetřených migrantů ze třetích zemí kolem 30 tisíc osob ročně. V roce 2009 došlo ke skokovému nárůstu osob čerpajících nemocniční péči (o více než 10 tisíc osob). Lze usuzovat, že k tomuto nárůstu došlo v souvislosti s dopady světové ekonomické krize, jejíž důsledky se v České republice projeví s časovým zpožděním až v roce 2009 (Ochrana, 2012). V roce 2009 se počet pracujících cizinců meziročně snížil o téměř 12 tis. osob (o 2,7 %) (ČSÚ, 2015). Zároveň

mezi migranty ze třetích zemí stoupl počet osob samostatně výdělečně činných o cca 10 tis. osob (viz graf č. 5). Tento jev je možno vysvětlit tím, že řada cizinců, kteří v důsledku krize přišli o zaměstnání, začali z důvodu „udržení si“ legality (účelu) pobytu podnikat. Vzhledem k tomu, že migranti ze třetích zemí jako osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ), pokud nemají trvalý pobyt, nemohou být účastníky veřejného zdravotního pojištění (viz dále kap. 5.), lze spekulovat, že signifikantně vyšší čerpání zdravotní péče cizinci ze třetích zemí, kteří nemají veřejné zdravotní pojištění, by mohlo souviset s tím, že tyto OSVČ začaly figurovat ve statistikách ÚZIS. Je zajímavé, že i po skončení krize, kdy počty OSVČ mezi cizinci ze třetích zemí zase počaly klesat, počty osob čerpajících péči mimo rámec veřejného zdravotního pojištění nepoklesly, ale i nadále až do roku 2013 se kontinuálně zvyšovaly (viz tab. č. 11). Lze se domnívat, že tento nárůst je způsoben narůstající rodinnou migrací a migrací za účelem studia, jejichž podíl na celkové imigraci do České republiky se od roku 2010 zvyšuje (viz graf. č. 3). Důvodem je skutečnost, že děti a nevýdělečně činní rodinní příslušníci a studenti ze třetích zemí, podobně jako OSVČ, opět pokud nemají trvalý pobyt, nemohou být účastníky veřejného pojištění (více viz kapitola 5).

Tabulka č. 11 **Vývoj čerpání péče migranty ze třetích zemí v nemocnicích v období 2004 až 2014** (tabulka nezahrnuje migranty čerpající péči z veřejného zdravotního pojištění)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Počet migrantů ze třetích zemí, jimž byla poskytnuta zdravotní péče	30 480	34 655	31 697	33 601	29 877	40 714
	2010	2011	2012	2013	2014	
Počet migrantů ze třetích zemí, jimž byla poskytnuta zdravotní péče	39 420	43 788	49 072	50 425	49 341	

Zdroj: autorkou vytvořeno dle dat ČSÚ 2004-2014

Z hlediska dostupnosti zdravotní péče pro migranty je důležitým ukazatelem i způsob úhrady péče. V dostupných statistických údajích nefigurují migranti účastníci se veřejného zdravotního pojištění, ti však mohou čerpat péči za stejných podmínek jako čeští občané (viz kap. 5). Jak ukazuje tabulka 13, za posledních 10 let se počet těch, kteří péči hradili ze smluvního zdravotního pojištění, téměř zdvojnásobil. Nárůst počtu migrantů, kteří platili péči v hotovosti, byl ještě větší (2,5krát). Podíl těch, kteří péči neuhradili, osciluje mezi 2 -3 tisíci osob ročně, i když od roku 2011 je možno pozorovat klesající trend. Pro hlubší

pochopení souvislostí je zajímavé se podívat i na celkové náklady migrantů ze třetích zemí na čerpanou nemocniční péči. Opět nejsou zahrnuty osoby s nárokem na veřejné zdravotní pojištění. S narůstajícím počtem osob čerpajících péči (o 62 %) narostly za posledních deset let i náklady na tuto péči (o 73 %). Zajímavé je rozložení nákladů dle způsobu platby. Ukazuje se, že od roku 2004 do roku 2009 se podíl nákladů, které byly hrazeny ze smluvního zdravotního pojištění, zvýšil z 15 % na 20 %. Od roku 2010 dochází ke skokovému nárůstu na 30 %. Důvodem jsou zřejmě níže zmíněné legislativní změny (viz kap. 6.2) v oblasti smluvního (komerčního) pojištění. Tyto změny spočívaly jednak v právním zakotvení povinnosti pro většinu migrantů kupovat si zdravotní pojištění jen u pojišťoven registrovaných Českou národní bankou od roku 2010 a dále pak v povinnosti uzavírat komerční zdravotní pojištění v rozsahu tzv. komplexní péče od roku 2011 (Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR) (viz podrobněji kap. 6.2.). Tyto změny se projevily také v signifikantním poklesu podílu neuhrazené péče z 21 % na 7 %. Perspektivou dostupnosti zdravotní péče je zajímavý i vývoj způsobu hrazení nákladů na nemocniční péči i po roce 2010. Ukazuje se, že od skokového nárůstu podílu nákladů na péči uhrazených ze smluvního zdravotního pojištění se tento podíl až do roku 2014 dále nezvyšoval a osciloval kolem 30 % všech nákladů. Zároveň však došlo k prudkému nárůstu podílu nákladů hrazených migranty ze třetích zemí v hotovosti ze 42 % na 60 % všech nákladů. Tuto skutečnost je možno vysvětlit přístupem komerčních pojišťoven v praxi, kdy jejich snahou je minimalizovat své výdaje na zdravotní péči využíváním řady výluk z pojištění. Tento fakt potvrzují i data z jedné z komerčních zdravotních pojišťoven - PVZP, a.s. (jedna z šesti registrovaných u ČNB), která ukazují, že podíl jejich pojištěnců, kteří čerpali péči v rámci tohoto pojištění, se od roku 2011 každoročně snižuje (viz tabulka. č. 14). K nárůstu plateb v hotovosti může přispívat i přístup samotných migrantů, kteří v řadě případů své smluvní zdravotní pojištění ani nevyužívají a platí v hotovosti (důvody jsou rozebrány podrobněji v následujících kapitolách, zejména v kap. 7.1.).

Tabulka č. 12 **Celkové náklady na zdravotní péči cizinců ze třetích zemí v nemocniční péči podle způsobu úhrady ve vybraných letech v období 2004-2014** (v tis. Kč); (zbývající část nákladů byla hrazena ze zahraničního pojištění či státem)

Rok	Celkové náklady	Hrazeno ze smluvního pojištění	Hrazeno ze smluvního pojištění % z celkových nákladů	Hrazeno v hotovosti	Hrazeno v hotovosti % z celkových nákladů	Neuhrazená péče	Neuhrazená péče % z celkových nákladů
2004	178 462	27 050	15 %	20 545	33 %	43 333	24 %
2007	211 787	35 127	17 %	100 741	47 %	44 053	21 %
2009	270 199	54 527	20 %	122 230	45 %	56 053	21 %
2010	267 752	82 307	30 %	111 793	42 %	42 647	16 %
2011	303 031	93 751	31 %	107 935	36 %	32 581	11 %
2012	299 296	89 275	30 %	143 413	48 %	30 197	10 %
2013	305 959	98 890	32 %	153 043	50 %	25 769	8 %
2014	308 289	70 632	30 %	185 395	60 %	22 840	7 %

Zdroj: vytvořeno autorkou dle dat ČSÚ 2004-2014

Tabulka č. 13 **Způsob hrazení zdravotní péče poskytnuté cizincům ze třetích zemí v nemocnicích v období 2004-2014** (tabulka nezahrnuje migranty čerpající péči z veřejného zdravotního pojištění)

	Počet migrantů, kteří platili ze smluvního zdravotního pojištění	Počet migrantů, kteří platili v hotovosti	Počet migrantů, kteří péči neuhradili	Ostatní ¹⁴
2004	6 628	12 200	2 585	9 388
2005	7 932	15 976	2 223	8 876
2006	8 518	16 572	2 423	7 277
2007	7 550	19 100	2 346	4 850
2008	8 283	22 838	2 684	5 136
2009	9 524	23 123	3 054	5 066
2010	11 720	20 644	2 620	4 513
2011	13 858	21 914	3 412	4 697
2012	15 599	27 250	2 334	4 154
2013	14 512	29 833	2 176	4 027
2014	12 970	30 558	2 029	4 087

Zdroj: vytvořeno autorkou dle dat ČSÚ 2004-2014

¹⁴ Migrantů, kteří platili ze zahraničního zdravotního pojištění, nebo za ně péči platil stát.

Tabulka č. 14 **Počet pojištěnců ze třetích zemí pojištěných u PVZP, a.s. a podíl pojištěnců čerpajících péči**

Rok	Počet pojištěnců	Počet pojištěnců čerpajících péči	% pojištěnců čerpajících péči ze všech pojištěnců PVZP, a.s
2004	21 614	9 304	43 %
2005	28 510	9 910	35 %
2006	38 464	8 721	22 %
2007	Data nejsou k dispozici		
2008	38 678	11 136	28 %
2010	44 418	11 669	26 %
2011	22 237	6 226	28 %
2012	20 209	5 369	27 %
2013	17 855	2 611	15 %
2014	17 309	1 982	11 %

Zdroj: vytvořeno autorkou dle dat ČSÚ 2004-2014

Na spotřebu zdravotní péče migrantů můžeme alespoň orientačně usuzovat i z informací o hospitalizacích cizinců v ČR. Od roku 2004 do roku 2006 patřilo k předním důvodům hospitalizace poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin, těhotenství, porod a šestinedělí a nemoci oběhové a trávicí soustavy (Cizinci v ČR 2004-2006). Od roku 2007 jsou v dlouhodobém horizontu migranti nejčastěji hospitalizováni z důvodu těhotenství, porodu a šestinedělí, hospitalizace za účelem vyšetření, pozorování po úrazu nebo při podezření na určitá onemocnění a dále pak pro poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin (Cizinci v ČR 2007-2015). V posledních letech činil podíl cizinců (bez ohledu na typ pobytu, tudíž i turistů) na celkovém počtu hospitalizací cca 1,5 % (Cizinci v ČR 2012-2015).

4.2.3 Zdravotní stav, determinanty zdraví a spotřeba zdravotní péče migrantů ve světle výzkumných šetření

Rutinní statistiky čerpání zdravotní péče cizinci, které máme k dispozici, neumožňují validní srovnání tohoto ukazatele s českou populací. Významným zdrojem informací o zdravotním stavu pro nás mohou být výsledky subjektivního hodnocení zdravotního stavu (Nielsen, Krasnik, 2010; Džúrová, Drbohlav, 2014).

Jedním z prvních výzkumů založených na subjektivním hodnocení zdraví, i když dnes již poměrně zastaralý, byl komparativní výzkum z roku 2003 srovnávající zdraví migrantů ze zemí bývalého Sovětského svazu s domácí populací (Dobiášová, Vyskočilová, Čabanová, 2004; Dobiášová, Vyskočilová, 2004). Výsledky ukázaly, že legální ekonomičtí migranti z bývalého Sovětského

svazu ve srovnání s Čechy podstatně méně často navštěvovali praktické lékaře a stomatology a minimálně využívali ambulantní specializovanou péči. Ukázalo se rovněž, že migranti s trvalým pobytem využívají zdravotní péči ve vyšší míře než migranti s pobytem dlouhodobým. Migranti obou pohlaví také udávali lepší subjektivní zdraví, méně chronických nemocí a méně zdravotních problémů a pociťovaných bolestí než Češi (Dobiášová, Vyskočilová, 2004). Tento výzkum poprvé v ČR prokázal v České republice existenci výše popsaného (viz kap. 2.1.2.) fenoménu „efektu zdravého migranta“, který je zmiňován řadou zahraničních studií (Hillier, 1997; Westerling and Rosén, 2002; Ingleby, 2005; Mladovsky, 2007; Kristiansen, Mygind, Krasnik, 2007). Prokázána byla i skutečnost, že se tento jev u migrantů s délkou jejich pobytu v ČR vytrácel. Z hlediska zdravotně rizikového chování bylo zjištěno, že migranti ze zemí bývalého SSSR měli rizikovější životní styl - častěji a více kouřili a vykazovali vyšší spotřebu alkoholu s preferencí destilátů (Dobiášová, Vyskočilová, Čabanová, 2004). S ohledem na dostupnost zdravotní péče bylo zajímavým zjištěním, že 14 % dotázaných migrantů s legálním pobytem na území ČR nemělo zdravotní pojištění. Z hlediska bariér dostupnosti zdravotní péče se ukázalo, že migranti se nejčastěji obávali návštěvy lékaře z důvodu, že by přišli o práci, že nevědí, z čeho by péči zaplatili nebo že by se museli vrátit do země původu. Naopak Češi udávali nejčastěji strach z toho, že by mohli být vážně nemocní (Dobiášová, Vyskočilová, Čabanová, 2004).

Mezi novější práce patří studie Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích zaměřená na přístup ke zdraví mongolské minority v ČR. Sběr dat probíhal v roce 2009 a výsledný vzorek čítal 564 respondentů mongolské národnosti. Výsledky prokázaly signifikantní souvislost mezi pohlavím a využíváním preventivních prohlídek u praktického lékaře, kdy ženy navštěvovaly praktického lékaře ve větší míře. U preventivních prohlídek u praktického lékaře byla prokázána také souvislost s typem zdravotního pojištění, kdy prevenci využívali ve větší míře příslušníci mongolské minority s veřejným zdravotním pojištěním. Výzkum dále ukázal, že tři čtvrtiny dospělých příslušníků mongolské minority odkládají návštěvu praktického lékaře v případě nemoci, z toho 12 % co nejdéle to jde. Odkládání návštěvy lékaře v případě dětí bylo výrazně nižší (cca 60 % dotázaných by šlo s nemocným dítětem k lékaři co nejdříve). Zajímavým je i zjištění, že téměř dvě třetiny respondentů preferují alternativní metody léčby před konzervativními (nejvíce léčivé byliny a masáže) (Tóthová a kol., 2011).

Rovněž na půdě Jihočeské univerzity byl v roce 2010/2011 realizován výzkum zdravotně sociálních aspektů života imigrantů v České republice (Vacková a kol., 2012). Tento výzkum probíhal ve dvou etapách na vzorku 246 (1. etapa) a 236 (2. etapa) respondentů z Mongolska, Ukrajiny a Vietnamu (Vacková a kol., 2013; Brabcová, 2013) a přinesl řadu zajímavých zjištění o

zdraví a čerpání zdravotní péče vybraných skupin migrantů. Výzkum potvrdil již dříve v ČR identifikovaný „efekt zdravého migranta“ s tím, že respondenti s délkou pobytu v ČR nad 11 let vykazovali signifikantně horší zdravotní stav. Z hlediska dostupnosti zdravotní péče se ukázalo závažným zjištěním, že cca 14 % dětí nebylo zdravotně pojištěno. Neuzavření zdravotní pojistky a finanční náročnost byly rovněž udávány ženami jako důvod, proč nenavštěvují pravidelně gynekologa. Sledováno bylo i zdravotně rizikové chování imigrantů, kdy se ukázalo, že mezi migranty je vyšší podíl kuřáků, než je tomu u české populace. Závažným zjištěním byla rovněž skutečnost, že cca 60 % respondentek pobývalo v době těhotenství v zakouřeném prostředí. Prokázána byla i souvislost mezi pracovními podmínkami a subjektivním vnímáním zdraví (Vacková a kol., 2013). Zajímavé je pak srovnání nepříznivých pracovních okolností mezi imigranty a českou populací,¹⁵ kdy imigranti statisticky významně častěji pociťovali v zaměstnání diskriminaci, sexuální obtěžování, psychologický nátlak, časovou tíseň, nadměrné pracovní zatížení, přítomnost chemikálií, prachu, zplodin, kouře či plynů a hluk a vibrace než česká populace. Výzkum dále ukázal u imigrantů vysokou míru pracovních úrazů cca 17 % dotázaných a nemocí či zdravotních potíží souvisejících s prací (cca 30 %) (Brabcová, Vacková, Dvořáčková, 2014). Z hlediska čerpání zdravotní péče se ukázalo, že imigranti ve srovnání s českou populací v nižší míře navštěvují praktického lékaře a stomatologa, zatímco ambulantního specialistu srovnatelně s českou populací. Výzkum zároveň prokázal genderové nerovnosti v čerpání zdravotní péče migranty, kdy ženy čerpaly častěji péči u praktického lékaře a ambulantního specialisty než muži. S ohledem na dostupnost zdravotní péče je klíčovým prokázáním závislosti mezi čerpáním primární zdravotní péče (u praktického lékaře a stomatologa) a typem zdravotního pojištění, přičemž osoby pojištěné v systému veřejného zdravotního pojištění čerpaly signifikantně častěji zdravotní péči než osoby s komerčním zdravotním pojištěním nebo bez zdravotního pojištění. Závažným zjištěním jsou i imigranty nejčastěji uváděné důvody nespokojené poptávky po zdravotní (nemocniční) péči: nedostatek času, finanční nákladnost léčby, odmítnutí ze strany zdravotnického zařízení, obava z léčby, jazyková bariéra a kulturní odlišnost. (Brabcová, 2013; Brabcová, Záleská, 2013).

Mezi nejnovější studie patří srovnávací výzkum Přírodovědecké fakulty UK gendrových nerovností ve zdraví, a to zejména ve vztahu k pracovní diskriminaci u skupiny Ukrajinců a u české populace (data z roku 2013) (Dzúrová, Drbohlav, 2014). Tato studie ukázala, že nejhorší subjektivně vnímané zdraví vykazovaly vysoce vzdělané migrantky. S ohledem na skutečnost, že řada těchto žen pracovala na manuálních a nízkokvalifikovaných pozicích, které nekorespondují

¹⁵ Po srovnání výsledků výzkumu s českou populací využívají autorky studii Evropského výběrového šetření o zdraví v České republice EHIS, 2008 publikovanou v roce 2011.

s jejich vzděláním a prestiží a nesplňují jejich skutečná očekávání, autoři dávají jejich špatné hodnocení zdravotního stavu do souvislosti s frustrací z neuplatnění jejich lidského kapitálu. Zároveň byla prokázána vyšší prevalence horšího zdravotního stavu u migrantů, kteří byli vystaveni diskriminaci na pracovišti, což se rovněž týkalo především žen (Dzúrová, Drbohlav, 2014). Týmem Přírodovědecké fakulty UK také byla komparací čerpání zdravotní péče migrantů z Ukrajiny (313 osob) a české populace z roku 2012 identifikována nižší návštěvnost Ukrajinců u praktických lékařů a u stomatologa než u české populace (Malmusi a kol., 2014) podobně jako ve výše zmíněném výzkumném projektu Jihočeské univerzity (Brabcová, Záleská, 2013; Brabcová, 2013). Zároveň se v tomto výzkumu potvrdilo zároveň jako v předchozích studiích (viz Dobiášová, Vyskočilová, Čabanová, 2004), že migranti s trvalým pobytem navštěvují lékaře prokazatelně častěji než migranti s dlouhodobým pobytem (Malmusi a kol., 2014).

4.2.4 Pracovní úrazy migrantů

Ačkoli Státní úřad inspekce práce eviduje v dlouhodobém horizontu v České republice pokles pracovních úrazů, pracovní úrazovost migrantů tento trend nekopíruje (Jelínková, 2011). Do roku 2007 narůstal počet úrazů cizinců až na 1 796. Od roku 2008 pak dochází až k téměř polovičnímu poklesu na 925 v roce 2010. Následně v roce 2011 nastává opět mírný nárůst na 1042 úrazů (Jelínková, 2011; Brabcová, Záleská, Horská, 2011; Svobodová, Mlezivová, 2013). Experti na danou problematiku však odhadují, že zhruba 50-60 % pracovních úrazů a více než 90 % závažných pracovních úrazů s následnou hospitalizací legálně zaměstnaných cizinců není hlášeno (Svobodová, Mlezivová, 2013). V letech 2008-2009 byly nejčastějšími příčinami pracovních úrazů migrantů špatně nebo nedostatečně odhadnuté riziko a nedostatky osobních předpokladů k řádnému pracovnímu výkonu (Brabcová, Záleská, Horská, 2011).

5. Dostupnost zdravotní péče (pro migranty)

Proces tvorby a realizace zdravotní politiky v oblasti dostupnosti zdravotní péče pro migranty je často hledáním kompromisu mezi národní odpovědností za zajištění udržitelnosti veřejného financování zdravotnických a sociálních služeb a naplňováním mezinárodních závazků ochraňovat vulnerabilní skupiny osob (mezi které migranti beze sporu patří) (McKinley, 2005; Ingleby, 2005).

Na úvod této kapitoly vymezím pojem systém péče o zdraví, dostupnost zdravotní péče a pokládám rovněž za nezbytné vysvětlit rozdíl mezi dostupností a právním nárokem na zdravotní péči.

Systém péče o zdraví zahrnuje všechny aktivity, jejichž primárním účelem je zlepšovat a udržovat zdraví (Murray and Frank, 2000). Měl by být tedy organizován tak, aby minimalizoval nerovnosti ve zdraví a vedl ke zlepšování zdravotního stavu všech skupin v populaci (Daniels a kol., 2004). Vlastní zdravotní péčí rozumíme služby poskytované jedincům a společností poskytovateli zdravotnických služeb a zdravotnickými profesionály za účelem udržet, monitorovat a obnovit zdraví. Zdravotní péče, nebo lépe péče o zdraví, nemusí být nutně omezena jen na medicínskou péči poskytovanou nebo supervidovanou lékaři. Za určitých podmínek můžeme do zdravotní péče zahrnovat i péči jedinců o vlastní zdraví (např. dodržování správně životosprávy, vyvarování se zdravotně rizikovému chování, apod.) (Last, 2001).

Dostupnost zdravotní péče je na rozdíl od právního nároku širší pojem a je chápána ve smyslu možnosti snadného využití zdravotní péče ve chvíli, kdy jí dotýčný jedinec potřebuje (Gulliford, 2009). V případě vzdělávání ke zdraví, podpory zdraví a preventivní péče je dostupnost vztahována k úspěšnosti těchto aktivit v dosažení a ovlivnění zamýšlené cílové skupiny (Ingleby, 2010). Jinými slovy optimální dostupnost je „*poskytnutí správných služeb ve správný čas na správném místě*“ (Rogers et al., 1999:866). Dostupnost zdravotní péče můžeme posuzovat v různých dimenzích (viz tabulka č. 15), jako dosažitelnost, využívání (spotřeba), relevance ve vztahu k potřebám, výsledky (Gulliford, 2009).

Tabulka č. 15 **Dimenze přístupu ke zdravotní péči**

Dimenze dostupnosti	Význam	Příklady potenciálních indikátorů
Dosažitelnost	Zda je adekvátní nabídka zdravotnických služeb v oblasti	Počet lékařů a sester na 1000 obyvatel Počet nemocničních lůžek na 1000 obyvatel Vzdálenost k nejbližšímu poskytovateli primární péče Vzdálenost do nejbližší nemocnice
Využívání	Zda jsou zdravotnické služby využívány	Počet návštěv praktického lékaře na 1000 obyvatel Počet hospitalizací na 1000 obyvatel
Relevance ve vztahu k potřebám	Zda odpovídající služby obdrží lidé, kteří je potřebují	Počet osob s vysokým krevním tlakem, které obdržely antihypertenzní léčbu
Výsledky	Zda jsou realizovány dosažitelné výsledky	Úroveň mortality na nádorová onemocnění

Zdroj: Gulliford, 2009

O nerovnosti v přístupu ke zdravotní péči hovoříme v případě, kdy existují systematické rozdíly v dostupnosti související s faktory, jako jsou sociálně-ekonomické podmínky, či v případě migrantů migrační status nebo etnický původ. Naopak za spravedlivou je dostupnost považována, pokud nezávisí například na vzdělání, příjmu, migračním statusu, etnickém původu nebo geografické vzdálenosti (Nørreda, Krasnik 2011). Řada explanačních teoretických přístupů zaměřujících se na nerovnosti ve zdraví řadí systém péče o zdraví (zejména dostupnost zdravotní péče) mezi významné determinanty zdraví (Dahlgren, Whitehead 1991; Mackenbach 2004). Výzkumy zabývající se otázkou dostupnosti zdravotní péče ukazují, že nejvýraznější rozdíly v přístupu ke zdraví jsou příznačné pro zdravotnické systémy založené na soukromém pojištění a existenci vysokých uživatelských poplatků. Naopak systémy zdravotní péče založené na univerzálním pokrytí péče vykazují daleko nižší rozdíly v přístupu ke zdravotní péči mezi socioekonomickými skupinami. Přestože se v posledních letech v evropském kontextu snižují nerovnosti v přístupu ke zdraví v socioekonomické rovině, stále přetrvávají nerovnosti v souvislosti s pohlavím, lokalitou, věkem a také etnicitou (viz dále) (Mackenbach, 2004).

Právní nárok na zdravotní péči je většinou spojován s nárokem na úhradu péče v rámci systému všeobecného povinného zdravotního pojištění či jiného všeobecného státem garantovaného typu finančního krytí zdravotní péče (Ingleby, 2010). Právní nárok migrantů na přístup do veřejného zdravotního pojištění a tím i na zdravotní péči je nezbytným předpokladem pro zajištění dalších aspektů

dostupnosti péče. Jinými slovy, pokud není zajištěn právní nárok na zdravotní péči, je obtížné rozvíjet dostupnost. Pokud zdravotnický systém nebo konkrétní zdravotnické služby ve vztahu k migrantům v některé z těchto úrovní selhávají, hovoříme o „bariérách v přístupu ke zdravotní péči“ (Mladovsky, 2007). V evropských zemích je v současnosti neadekvátní právní nárok na zdravotní péči (nebo nedostatečné mechanismy pro jeho zajištění v praxi) považován za jednu z hlavních formálních bariér dostupnosti¹⁶ (Nørreda, Krasnik, 2011; Rechel a kol., 2013). Formální bariéry se ale mohou týkat i dostupnosti konkrétního typu zdravotní péče (například v řadě zemí je specializovaná zdravotní péče pro žadatele o azyl dostupná jen za zvláštních podmínek). Jako další formální bariéra dostupnosti jsou chápány patientské poplatky, které jsou zdrojem nerovného přístupu ke zdravotní péči řady migrantů z důvodu jejich obecně nižšího socioekonomického statusu ve srovnání s majoritou (Nørreda, Krasnik, 2011). V dostupnosti zdravotní péče sehrává významnou roli i řada neformálních bariér: jazyková, komunikační, sociokulturní faktory a nezkušenost s novým a neznámým prostředím cizí země (Nørreda, Krasnik, 2011; Rechel a kol., 2013). Jazyková bariéra a špatná orientace v novém prostředí ústí především v nedostatek komplexních informací o právním nároku na zdravotní péči, o fungování zdravotnického systému včetně toho, jaké služby jsou k dispozici a obtíže při domlouvání návštěvy lékaře, zaregistrování se apod. Nedostatečné využívání profesionálních tlumočnicků, zejména z finančních důvodů, vede v praxi často k ad hoc laickému tlumočení z řad rodiny a známých, což s sebou přináší řadu problémů (Bischoff, Hudelson, 2010). Na úrovni lékař - pacient může být příčinou špatné komunikace kromě jazykové bariéry i nepochopení kulturních odlišností či tzv. „zdravotní negramotnost“ pacienta (tj. nízké povědomí a neschopnost porozumět otázkám zdraví a nemoci a možnostem zdravotnického systému) (Mladovsky, 2009; Holčík, 2010). Bariérou v dostupnosti může být u migrantů i sociální marginalizace a ztráta sociálních sítí, které mohou ústit v institucionální nebo osobní diskriminaci a rasismus z důvodu etnicity či náboženství (Bhopal, 2007).

¹⁶ Ve většině vyspělých zemí EU je právní nárok na zdravotní péči diskutován především ve vztahu k žadatelům o azyl a neregulérním migrantům. Legální migranti mají zpravidla zajištěn stejný právní nárok na zdravotní péči jako majorita (někdy až po určité čekací době – většinou první půlrok nebo rok počáteční doby pobytu).

5.1 Právní nárok na zdravotní péči pro migranty ze třetích zemí v ČR¹⁷

I přes důležitost tématu zdraví a zdravotní péče ve vztahu k migrantům, včetně otázky dostupnosti, která je intenzivně diskutována na úrovni mezinárodních institucí, vlastní řešení této problematiky je ponecháno z velké části na národních státech. Každá země má proto v této oblasti svůj specifický přístup (McKinley, 2005). Pro hlubší pochopení dostupnosti zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí v ČR je nejdříve nezbytné popsat současnou podobu právního nároku migrantů na zdravotní pojištění a tím i na zdravotní péči hrazenou z veřejných zdrojů.

Právo na zdravotní péči je v ČR součástí ústavního pořádku, kdy dle ústavního zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, článku 31 platí, že každý má právo na zdraví a na bezplatné poskytování zdravotní péče mají nárok všichni obyvatelé ČR za podmínek stanovených zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění (Hnilicová, Janečková 2009, Hnilicová, Dobiášová, 2011). Veřejné zdravotní pojištění je administrováno sedmi veřejnými zdravotními pojišťovnami, které působí na národní úrovni (Dlouhý, Barták, 2013). Toto pojištění funguje na principu solidarity a je to pojištění povinné (Hnilicová, Dobiášová, 2011). Je založeno na příspěvcích jeho účastníků (konkrétními procenty z příjmů), které nejsou vázány na výši čerpání věcných dávek z tohoto systému. Z pojistného je vytvářen fond, ze kterého jsou následně hrazena plnění poskytnutá účastníkům systému (Malý, Kotherová a kol., 2015). Za osoby bez příjmů (např. děti do 18 let, studenty do 26 let, důchodce, nezaměstnané a osoby s příjmy pod hranicí chudoby) hradí pojišťovnam, kde jsou tyto osoby registrovány, konkrétní částky ze státního rozpočtu stát (Dlouhý, Barták, 2013). Všichni pojištěnci v rámci veřejného zdravotního pojištění mají stejná práva a povinnosti (Hnilicová, Dobiášová, 2011).

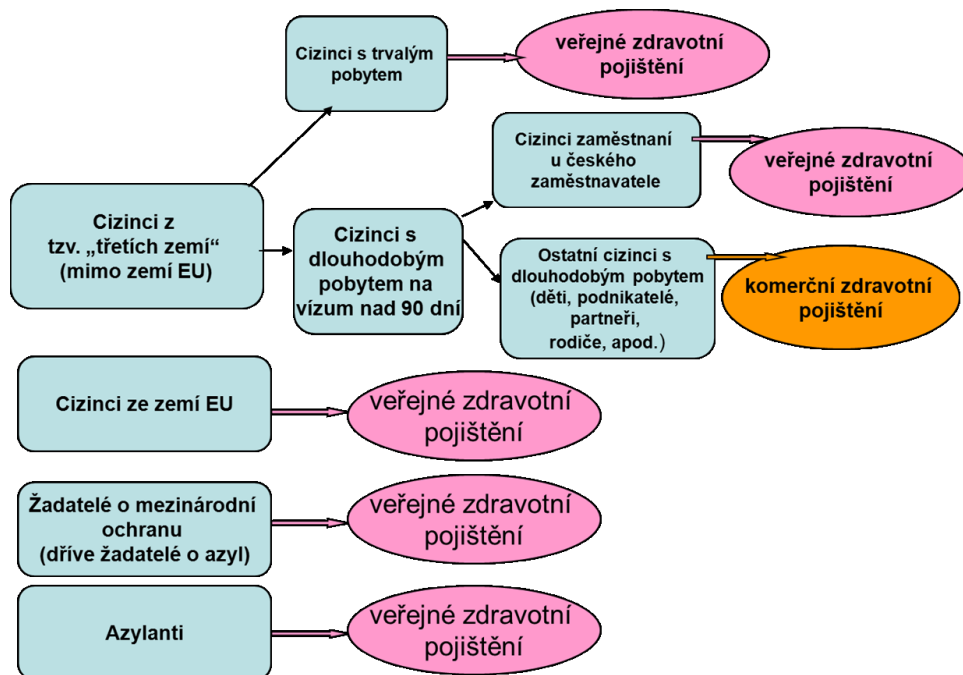
Podle Cizineckého zákona (zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů) musí mít všichni migranti na území ČR zdravotní pojištění. Této povinnosti dostojí bez jakýchkoliv

¹⁷ Tato kapitola byla zpracována za využití informací z několika odborných článků, kde jsem spoluautorkou (Dobiášová, Hnilicová, 2010; Hnilicová, Dobiášová, 2011), z mé autorské kapitoly „Analýza pojistných podmínek komerčních zdravotních pojišťoven“, která je součástí Analýzy komerčního zdravotního pojištění cizinců (Hnilicová, Dobiášová, Čizinský a kol., 2012) (dostupné na: <http://www.konsorcium-nno.cz/documents/analiza-komerčního-zdravotního-pojištění-pro-vybor171012-201210180815049.pdf>) a z podkladové zprávy pro studii MIPEX 2014 (Hnilicová, Dobiášová, 2014).

problémů všichni migranti, kteří jsou v ČR účastníky veřejného zdravotního pojištění dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Týká se to migrantů s trvalým pobytem, migrantů/zaměstnanců u firem registrovaných v ČR, všech občanů ze států EU, a některých dalších, přesně vymezených skupin (např. azylanti i žadatelé o azyl a cizinci, kterým zdravotní péči zaručují mezinárodní smlouvy). Ostatní migranti s dlouhodobým pobytem v ČR si musí zdravotní pojištění zajistit u komerčních pojišťoven. Jsou to migranti ze zemí mimo EU, kteří nemají trvalý pobyt v ČR a:

- působí jako živnostníci či podnikatelé (OSVČ),
- jsou rodinnými příslušníky bez zdanitelných příjmů (děti, partneři, starší rodiče) všech migrantů ze třetích zemí,
- studenti (Dobiášová, Hnilicová, 2010; Hnilicová, Dobiášová, 2011).

Schéma č. 13 **Přístup ke zdravotnímu pojištění v závislosti na typu pobytu migrantů v ČR**



Zdroj: Dobiášová, Hnilicová, 2010; Dobiášová, 2014

Celkový počet všech těchto migrantů se odhaduje na 60 000 - 80 0000 osob, což je cca jedna čtvrtina z celkového počtu migrantů ze třetích zemí v České republice (Hnilicová, Dobiášová, 2014; Cizinci v ČR, 2015).

Komerční zdravotní pojištění se neřídí zákonem o veřejném zdravotním pojištění, ale je poskytováno podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví (dále jen zákon o pojišťovnictví) a dále se na něj vztahují příslušná ustanovení zákona č. 37/2004, o pojistné smlouvě (dále jen zákon o pojistné smlouvě). Toto

pojištění poskytuje v ČR šest komerčních pojišťoven: Pojišťovna VZP, a.s. (dále PVZP), Pojišťovna Slavia, a.s, Pojišťovna Maxima, a.s., Pojišťovna UNIQA, a.s., Pojišťovna ERGO, a.s. (dříve Victoria Volksbanken, a s.) a Pojišťovna AXA Assistance, a.s., kdy zdravotní pojištění cizinců je jen jedním z řady produktů, které nabízejí. Tak jako ostatní pojistné produkty těchto pojišťoven, je i toto pojištění zaměřené na generování zisku, což jej zásadně odlišuje od veřejného zdravotního pojištění. V terminologii komerčních pojišťoven je nemoc označovaná jako „pojistná událost“ a úhrada zdravotní péče jako „pojistné plnění“. Pojištění je založeno na smluvním vztahu pojištěnce a komerční pojišťovny (Hnilicová, Dobiášová, Čizinský a kol., 2012). Komerční zdravotní pojištění migrantů v ČR je pojištěním povinným, tj. stát ukládá migrantům zákonem povinnost být pojištěn. Upravuje to zákon o pobytu cizinců¹⁸, který jim zároveň ukládá povinnost předložit při pobytové kontrole doklad o uzavření pojistné smlouvy. Dle stejného zákona §180i a § 180j také musí být při žádosti o povolení k pobytu předložen doklad o zdravotním pojištění na dobu pobytu na území ČR. Cílem této právní úpravy je jak zajištění potřebné zdravotní péče pro všechny, kteří na území ČR mohou tuto péči potřebovat, tak i zajištění úhrady všech nákladů, které v této souvislosti vzniknou lékařům a zdravotnickým zařízením. Cizinec také musí mít doklad o úhradě pojistného na celou dobu pobytu na našem území. To s sebou v praxi přináší řadu problémů, zejména pro rodiny s dětmi, těhotné ženy či osoby ve vyšším věku, kdy částky za zdravotní pojištění jsou nad jejich finanční možnosti (Hnilicová, Dobiášová, 2011; Hnilicová, Dobiášová, Čizinský a kol., 2012). Zatímco částky za komplexní zdravotní pojištění pro osobu v produktivním věku se pohybují na 12 měsíců od 5 tis. Kč do 17 tis. Kč, těhotná žena zaplatí od 44 tis. Kč do 62 tis. Kč za rok. Dražší pojistné mají i děti (cca 16 tis. Kč na rok u PVZP) a osoby nad 70 let (cca 55 tis. Kč na rok u PVZP).¹⁹ I přesto, že se jedná o pojištění povinné, bylo až do konce roku 2015 minimálně regulované ze strany státu. Ani současná částečná regulace (viz dále) však neodstranila některé negativní stránky tohoto pojištění. V praxi znamená nedostatečná regulace minimální ochranu pojištěnce, tj. pojišťovny si samy stanovují rozsah kryté zdravotní péče (Hnilicová, Dobiášová, Čizinský, 2012). Dlouhodobě se jediná regulace komerčního zdravotního pojištění migrantů týkala nutnosti krýt nejen náklady na úhradu zdravotní péče, ale i náklady spojené s repatriací a s převozem tělesných ostatků, dále výše sjednaného limitu pojistného plnění na jednu pojistnou událost (nejméně 60 000 EUR) a vyloučení spoluúčasti pojištěnce. Z pojištění dále nesmělo být vyloučeno hrazení zdravotní péče v případě úrazů, a to i těch, ke kterým došlo z důvodu úmyslného jednání,

¹⁸ zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů

¹⁹ Centrum pojištění cizinců, více na: <https://www.pojistenicizincu.cz/cs?qclid=COumkNiqqswCFY8y0wodR9QD2A>, cit. 5.4. 2016

zavinění nebo spoluzavinění pojištěným, nebo v důsledku požití alkoholu a/nebo drog (Hnilicová, Dobiášová, Čížinský a kol., 2012).

U komerčního zdravotního pojištění se dle novely zákona o pobytu cizinců z roku 2010 rozlišuje, 1.) zda cizinec žádá o povolení k dlouhodobému pobytu mimo území ČR (tj. na zastupitelském úřadě ČR), nebo 2.) zda cizinec žádá o vízum na území ČR či si chce stávající pobyt prodloužit. V prvním případě má cizinec možnost zajistit si „zdravotní pojištění na nutnou a neodkladnou péči“, které je možné sjednat i u zahraničních pojišťoven, a tedy ne pouze u jedné ze sedmi pojišťoven působících v ČR (viz výše).²⁰ Pokud ale cizinec uzavře pojištění v zahraničí, musí zároveň s dokladem o pojištění předložit úředně ověřené české překlady pojistné smlouvy a pojistných podmínek, z nichž bude zřejmé, že pojištění garantuje zákonem požadované minimální krytí poskytnuté péče.²¹ Navíc Ministerstvo zdravotnictví ČR stanovuje vyhláškou²² seznam pojišťoven z třetích zemí, od kterých nelze doklady o cestovním zdravotním pojištění uznávat. Ve druhém výše vymezeném případě, který je daleko častější, musí být zdravotní pojištění sjednáno pouze u pojišťovny oprávněné provozovat toto pojištění na území ČR (viz výše) a musí se zároveň jednat o pojištění v rozsahu tzv. „komplexní zdravotní péče“. Komplexní zdravotní péčí se rozumí dle § 180j zákona o pobytu migrantů *„zdravotní péče poskytnutá pojištěnému ve smluvních zdravotnických zařízeních dané pojišťovny, bez přímé úhrady nákladů na léčení pojištěného, jehož cíl je zachovat zdravotní stav pojištěnce z doby před uzavřením pojistné smlouvy. Z tohoto pojištění nesmí být vyloučena preventivní ani dispenzární²³ zdravotní péče ani zdravotní péče související s těhotenstvím pojištěné matky a porodem jejího dítěte“* (Hnilicová, Dobiášová, Čížinský, 2012).

²⁰ - u pojišťovny oprávněné provozovat toto pojištění na území ČR, tj. u některé z našich domácích pojišťoven,
- u pojišťovny, která je oprávněna takové pojištění provozovat v ostatních členských státech EU anebo ve státě, který je vázán Smlouvou o Evropském hospodářském prostoru,
- u pojišťovny působící ve státě, jehož cestovní doklad cizinec vlastní, popřípadě v jiném státě, ve kterém má cizinec povolen pobyt: tj. cizinec se může pojistit u pojišťovny v domovském státě, např. u ukrajinské pojišťovny.

²¹ Výše sjednaného limitu pojistného plnění na jednu pojistnou událost nejméně 60 000 EUR bez spoluúčasti pojištěného a bez vyloučení hrazení zdravotní péče v případě úrazů, a to i těch, ke kterým došlo z důvodu úmyslného jednání, zavinění nebo spoluzavinění pojištěným, nebo v důsledku požití alkoholu a/nebo drog.

²² Viz Cizinecký zákon

²³ Ta je definována v zákoně č. 372/2011 Sb. (dále jen zákon o zdravotních službách) ustanovení § 5 odst. 2 písm. c) : *„dispenzární péče, jejímž účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž*

S ohledem na pochopení výsledků empirického šetření (viz kap. 7), se v následujícím textu zaměřím na podrobnější popis komplexního zdravotního pojištění, tj. jeho rámcovou podobu do konce roku 2015 (dále pak budu reflektovat změny, které nastaly od počátku roku 2016). Vycházím zde z všeobecných pojistných podmínek (VPP) všech výše zmíněných šesti pojišťoven a to z roku 2012 (PVZP, 2012; Ergo, 2012; Axa Assistance, 2012; Maxima, 2012; Uniqua, 2012; Slavia, 2012) a z roku 2016 (PVZP, 2016; Ergo, 2016; Axa Assistance, 2016; Maxima, 2016; Uniqua, 2016; Slavia, 2016). Komplexní zdravotní pojištění zahrnuje širší rozsah péče než zdravotní pojištění na nutnou a neodkladnou péči. Pokrývá preventivní prohlídky a očkování, léky v ambulantní péči i platbu prostředků zdravotnické techniky (s výjimkami uvedenými ve všeobecných pojistných podmínkách, dále VPP), akutní stomatologii i předporodní péči, porod i poporodní péči. Určitá část péče však není zahrnuta ve standardním pojištění a pro tyto případy musí být uzavřen nadstandardní typ pojištění. Vedle standardního pojištění si tak cizinec může zvolit i např. pojištění úrazů při profesionálních sportech nebo pojištění pro případ těhotenství (bez čekacích dob - viz dále) včetně poporodní péče o novorozence. Znamená to ovšem podstatné zvýšení pojistného. U nadstandardních pojistných produktů pro těhotné ženy a poporodní péči pro jejich dítě je kritizována skutečnost, že se toto pojištění vztahuje jen na nepřetržitý pobyt dítěte po porodu v porodnici. Pokud je dítě z porodnice propuštěno a, byť i po několika dnech, se do porodnice s nějakou komplikací vrátí, pojistka se na tuto péči již nevztahuje.

„A všechno se to vztahuje jen na nepřetržitý pobyt v nemocnici. Takže nastaly situace, kdy dítě bylo propuštěno s maminkou domů během jednoho dne, pak dostalo závažné onemocnění a vlastně ta pojistka toho dítěte se už nevztahovala na to následné ošetření, protože dítě opustilo porodnici.“ (expert 4)

včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci. Akademická definice pak zní: „Pravidelný lékařský dohled nad pacientem trpícím určitou chorobou (diabetem, TBC, nádorem aj.) Trvalé sledování umožňuje pružnou úpravu léčby podle aktuálního stavu, účinnější předcházení komplikacím apod. součástí dispenzarizace bývá pravidelné zvaní pacienta na prohlídky. Dříve též předepisování léků s jejich výdejem na místě (viz dispenzář)“.²³ Neurčitý právní pojem pomáhá vymezovat i vyhláška o dispenzární péči č. 39/2012 (dále jen vyhláška o dispenzární péči). Preventivní péče je definována v § 5 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách.: „péče, jejímž účelem je včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku“. Tento neurčitý právní pojem dále vymezuje vyhláška č. 70/2012 o preventivních prohlídkách (dále jen „vyhláška o preventivních prohlídkách“).

VPP u všech výše zmíněných pojišťoven registrovaných na území ČR byly zpočátku velmi podobné, postupem doby se v návaznosti na jejich smluvní politiku často měnily a mění, čímž se situace v oblasti komerčního zdravotního pojištění stává jak pro cizince, tak pro zdravotníky nepřehlednou (Hnilicová, Dobiášová, Čížinský a kol., 2012) (více viz kap. 6). V současnosti je jednou z nejzávažnějších výluk výluka z důvodu tzv. pre-existence, známá z komerčního pojištění v USA (Torpy, 2007), kterou mají ve svých smluvních podmínkách všechny pojišťovny poskytující komerční zdravotní pojištění migrantům. Jedná se o omezení, které umožňuje pojišťovně odmítnout proplacení poskytnuté (často nákladné) péče s argumentací, že onemocnění nebo jeho příčina nastaly před uzavřením pojistné smlouvy či/a zaplacením pojistného (Dobiášová, 2014).

Do konce roku 2015 byla paradoxně z komerčního pojištění většinou pojišťoven vyloučena také některá závažná onemocnění, u kterých existuje v ČR ve smyslu zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví (dále jen zákon o ochraně veřejného zdraví) zákonem nařízená povinnost podrobit se léčbě (např. pohlavně přenosné choroby, hepatitida) (Hnilicová, Dobiášová, Čížinský a kol., 2012). I v současnosti má ve svých VPP ve výlukách „*vyšetření a léčba pohlavních nemocí nebo AIDS včetně vyšetření na HIV pozitivitu*“ např. Pojišťovna Uniqua.²⁴ Z hlediska ochrany veřejného zdraví je značně problematickou i výluka vyšetření a léčby duševních a psychiatrických onemocnění, kterou před rokem 2015 mělo ve svých VPP více pojišťoven²⁵ a od roku 2016 již jen jedna.²⁶ Vyloučení psychiatrické péče prakticky znamená, že migranti nemají v případě příznaku počínající psychické dekompenzace, kdy ještě lze nasazením léčby zastavit rozvoj psychotické poruchy, možnost využít psychiatrickou ambulanci péči. O to rychleji může dojít ke zhoršení zdravotního stavu a závažné duševní nemoci se všemi jejími příznaky a riziky, kdy člověk, trpící závažným psychickým onemocněním, může být nebezpečný sobě a okolí. V takovém případě pak musí být hospitalizován, a to i proti své vůli.²⁷ Takto se postupuje i v případě psychiatricky vážně nemocných migrantů ze třetích zemí, kteří mají uzavřené komerční zdravotní pojištění vylučující hrazení této péče. Náklady na hospitalizaci musí uhradit posléze migrant z vlastních prostředků, v případě nesolventnosti zůstávají zdravotnickému zařízení pohledávky (viz kap. 4.2.2.).

²⁴ VPP UNIQA 2016 čl. 6. odst 2 f)

²⁵ např. VPP UNIQA 2012 čl. 6 odst. 2 e); VPP Slavia 2012 čl. 9 odst. 2 i)

²⁶ VPP UNIQA 2016 čl. 6. odst 2 e)

²⁷ O oprávněnosti hospitalizace pak rozhoduje soud.

Ačkoliv migranti mají zákonnou povinnost zajistit si zdravotní pojištění, pojišťovny mohou rizikové zájemce odmítnout, neboť toto pojištění není nárokové. Některé pojišťovny v pojistných podmínkách explicitně vymezují tzv. „nepojistitelné cizince“, u kterých nemůže dojít k uzavření pojistné smlouvy. K těm patří např. „osoby s těžkými nervovými poruchami (stádia roztroušené sklerózy, Morbus Parkinson, epilepsie, etc.), osoby s duševními nemocemi (např. Downův syndrom, maniodepresivní psychózy, schizofrenie, etc.), osoby s následujícími onemocněními a omezeními: hluchota (oboustranná), slepota (oboustranná), ochrnutí, drogové či alkoholové závislosti, TBC, rakovina, zhoubné nádory (karcinom), cirhóza jater, infekce HIV, AIDS, dialýza ledvin“.²⁸ Před počátkem roku 2016 byly nejzranitelnější skupinou mezi „nepojistitelnými cizinci“ zejména děti s vrozenými vadami, které komerční pojišťovny jako příliš rizikové odmítaly pojistit. Nicméně i v současné době (rok 2016) má např. AXA Assistance ve výlukách „vyšetření a léčení vrozených vývojových vad od stanovení diagnózy“.²⁹

Pro komerční zdravotní pojištění jsou ve srovnání s veřejným pojištěním příznačné i tzv. čekací doby pro některé typy zdravotní péče. To znamená, že ve všeobecných pojistných podmínkách vymezenou péči lze čerpat v rámci pojištění až po uplynutí stanovené doby od uzavření pojištění. Nejčastěji³⁰ se čekací doby týkají lékařské péče v souvislosti s těhotenstvím, případně ošetrovatelskou péčí.³¹ Při stanovování výše pojistného se rovněž zohledňuje riziko (zdravotní stav, věk, pohlaví, anamnéza). Proto např. ženy nebo osoby ve vyšším věku platí vyšší pojistné než např. mladí muži, jak již bylo zmíněno výše. Komplexní zdravotní pojištění může být sjednáno na období od čtyř měsíců až do pěti let a pojistné se platí jednorázově a na celou dobu pojištění předem. U některých komerčních pojišťoven se už zaplacené pojistné nevrací, a to ani tehdy, zanikne-li pojištění před uplynutím pojistné doby,³² např. tím, že cizinec získá trvalý pobyt a tím i právo a povinnost být pojištěn v rámci veřejného zdravotního pojištění³³ (Hnilicová, Dobiášová, Čížinský a kol., 2012).

Velmi problematickou oblastí je administrativní náročnost spojená s vyřizováním pojistné události a to nejen na straně pojištěnců - migrantů, ale i

²⁸ VPP ERGO z roku 2016 - čl. 16

²⁹ VPP AXA ASSISTANCE 2016 čl. 8 odst. 3 n)

³⁰ Toto ustanovení mají ve svých pojistných podmínkách všechny pojišťovny nabízející komerční zdravotní pojištění migrantům.

³¹ VPP UNIQA 2016 čl. 6. odst 2 e)

³² např. VPP ERGO pojišťovna

³³ Dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

na straně zdravotnických zařízení. Tato administrativa je výrazně náročnější než v případě veřejného zdravotního pojištění. Pojištěnci i lékaři nebo zdravotnická zařízení jsou často nuceni dodat pojišťovně řadu dokumentů. Přesto se úhrada péče zdravotnickým zařízením, zejména těm, se kterými nemají pojišťovny uzavřené smlouvy, pohybuje na úrovni státem regulovaných úhrad veřejného zdravotního pojištění. Pojišťovny vyžadují často např. originály účtů a dokladů o zaplacení lékařského ošetření, originál lékařské zprávy či jiného dokladu s popisem zdravotního stavu pojištěného včetně kódů diagnóz, úplný výčet uskutečněných zdravotnických výkonů s popisem, kódy, bodovým hodnocením popř. s cenou a datem provedení, s názvy a množstvím předepsaných léčivých přípravků včetně cen, seznam použitého zdravotnického materiálu a služeb včetně cen. Splatnost pojistného plnění (tj. uhrazení péče ze strany pojišťovny) je sice 15 dnů od ukončení šetření nutného ke zjištění „*rozsahu povinnosti pojišťovny uhradit péči*“, ale toto šetření může trvat dle VPP až tři měsíce. Většina pojišťoven nabízejících komerční zdravotní pojištění vyžaduje po pojištěncích, aby využívali přednostně služby smluvních lékařů a zdravotnických zařízení (s výjimkou nutné a neodkladné péče), popřípadě těch, která jim pojišťovna doporučí. Některé pojišťovny mají dokonce ve svých VPP uvedeno, že v případě, kdy pojištěnec odmítne ošetření lékařem, kterého mu pojišťovna určí, je to důvod pro odmítnutí úhrady nebo dokonce pro ukončení smlouvy.³⁴ Toto ustanovení výrazně omezuje právo pacienta na volbu lékaře a může mít negativní dopad na vztah mezi pacientem a lékařem. Vzhledem k celkem neatraktivním podmínkám, které pojišťovny nabízejí, je síť smluvních zdravotnických zařízení nedostatečná, čímž je dále omezována dostupnost zdravotní péče pro dotčené skupiny migrantů (viz kap. 7.1. a 7.2.). Nejisté postavení pojištěnců komerčního zdravotního pojištění dokumentuje i to, že pojišťovny mohou smlouvu snadno vypovědět, např. v případě, že pojištěný odmítne repatriaci.³⁵

Od 1. 1. 2016 většina pojišťoven poskytujících komerční zdravotní pojištění migrantům zrušila (až na některé výjimky) na základě Přípisu Ministerstva vnitra ČR ke komplexnímu zdravotnímu pojištění cizinců (který není závazný) řadu problematických výluk z komplexního zdravotního pojištění: např. vyšetření a léčení AIDS, pohlavních a sexuálně přenosných nemocí od stanovení diagnózy, vyšetření a léčení hepatitid od stanovení diagnózy, léčení inzulínem u onemocnění cukrovkou, vyšetření a léčení vrozených vad a včetně jejich

³⁴ např. VPP AXA ASSISTANCE 2016 čl. 8 odst. 3 l)

³⁵ např. VPP AXA ASSISTANCE 2016 čl. 6 odst. 1 b)

komplikací a následků od stanovení diagnózy (PVZP, 2015). Na základě analýzy všeobecných pojistných podmínek všech pojišťoven je možno konstatovat, že nejvíce odpovídají liteře Cizineckého zákona a zároveň plně dostaly Přípisu Ministerstva vnitra z roku 2016 PVZP, Pojišťovna Maxima a Pojišťovna Slavia. Zároveň PVZP a Pojišťovna Maxima nabízejí nejnákladnější³⁶ zdravotní pojištění cizinců a Slavia zase spoluúčat do 100 Kč (Maxima, 2016; PVZP, 2016; Slavia, 2016).

5.2 Vstřícná zdravotní péče pro migranty v ČR v mezinárodním kontextu

Model vstřícné zdravotní péče o migranty, nazývaný také jako multikulturní, „kulturně citlivý“, „k migrantům přátelský“, „rasově spravedlivý“ či „kulturně odpovídající“ je v řadě vyspělých zemí rozvíjen již po více než tři dekády let. Za vstřícnou zdravotní péči považujeme takovou, která reaguje na jazykové, kulturní, sociální a náboženské odlišnosti a rozdíly ve zdravotním stavu migrantů tak, aby mohli plně využívat péči mainstreamového zdravotnického systému. Model vstřícné zdravotní péče pro migranty se dotýká třech základních oblastí zdravotnického systému: 1. typů poskytovaných služeb, 2. organizace služeb a 3. vzdělávání zdravotnického personálu (Dobiášová a kol., 2010).

Ad 1) V rámci stávajících zdravotnických služeb jsou zaváděny nové typy služeb, usnadňující migrantům plné využívání zdravotnického systému. Zejména se jedná o poskytování tlumočnických služeb a vytváření informačních materiálů pro pacienty v relevantních cizích jazycích (elektronických i písemných). Tyto služby napomáhají zvyšování dostupnosti zdravotní péče a umožňují migrantům správně využívat zdravotnický systém. Zároveň vedou ke snížení rizika nepochopení, které může vyústit až ve vážná medicínská pochybení (Dobiášová a kol. 2010). Ve Velké Británii jsou lékařům k dispozici na telefonu 24 hodin denně tlumočníci do více než 100 cizích jazyků zdarma (Sheik, Rashid, Sangeeta, 2008). Narůstá také počet nemocnic zejména v USA, ale i v Evropě (např. v Rakousku či Německu), které zaměstnávají překladatele vyškolené pro tlumočení v oblasti zdravotní péče (Fortier, 2010). Velmi rozšířené začínají být i tzv. „kulturně citlivé zdravotnické služby“, kdy odlišné kulturní, náboženské, sociální a genderové faktory jsou zohledňovány při domlouvání a realizaci léčebného plánu, zejména v otázkách reprodukčního zdraví, zdraví dětí, u léčby chronických

³⁶ Centrum pojištění cizinců, více na: <https://www.pojistenicizincu.cz/cs?qclid=COumkNi9gswCFY8y0wodR9QD2A>, cit. 5.4. 2016

nemocí, v otázkách stárnutí a konce života. Samostatnou kapitolou jsou otázky duševního zdraví, kdy musejí být zohledňovány např. různá blíže nespecifikovaná traumata, otázky adaptace a integrace (Fortier, 2010 dle Dobiášová a kol., 2010). Vstřícný přístup zdravotnického systému k migrantům se promítá i do nových standardů v komunikaci mezi lékařem/zdravotníkem a pacientem s migrační historií, kdy by měly být zajišťovány duchovní a kulturní potřeby pacienta (Tulchinsky, Varavikova, 2009). Kulturně citlivý přístup by měl být zohledňován i u podpory zdraví včetně zvyšování zdravotní gramotnosti a prevence nemocí. Předpokladem úspěchu těchto programů je zohlednit kulturní, náboženské a sociální zázemí cílové populace a zapojení samotných migrantů. Příkladem takového úspěšného programu je norský projekt Innvadiab, který se zaměřoval na omezení rozvoje diabetu 2. typu u pakistánských žen žijících v Oslu formou vzdělávání ke zdravé dietě (Fortier, 2010). Řada úspěšných projektů je realizována i v Německu (Dobiášová a kol., 2011). Např. v rámci Projektu MiMi (Mit Migranten für Migranten - S migranty pro migranty) byli rekrutováni a školeni jednotlivci z prostředí přistěhovaleckých komunit, aby se stali interkulturními mediátory v oblasti zdravotnictví. Zároveň byl vytvořen průvodce zdravotní péčí, který je pravidelně aktualizován a je dostupný v 15 jazykových verzích. Cílem programu bylo zpřístupnění německého zdravotnického systému přistěhovalcům, zvyšování jejich zdravotní gramotnosti a zároveň posílení přistěhovaleckých komunit jejich přímou účastí na klíčových aktivitách programu (Salman, 2011). Jiný úspěšný projekt podpory zdraví „Happy together“ byl zaměřený na zdravou redukci váhy u tureckých žen žijících v Rakousku, ve Vídni (Haider-Koumansky, Özsoy, 2005). Ve Velké Británii je řada Regionální sdružení primární péče (Primary care trust) zapojena do programu Race for Health, v jehož rámci realizují praktické projekty zejména na úrovni primární péče. Je to např. projekt podpory zdraví v oblasti kardiovaskulárních onemocnění „DiI“, jehož cílem je primární a sekundární prevence v jihoasijské komunitě prostřednictvím vzdělávání a intervencí v ordinacích praktických lékařů. Rozšířené jsou také projekty zaměřené na prevenci diabetu. Například projekt „Living with Diabetes in Bengali and Urdu“, kdy specializovaný tým - speciálně vyškolení terénní pracovníci v čele s diabetickou sestrou, poskytuje přímo v komunitě pacientům klíčové informace, jak žít s diabetem, včetně testování základních biometrických dat u těchto pacientů (NHS, 2010). Příkladem vysoce efektivních „kulturně citlivých“ služeb jsou různé typy institucionální a komunitní podpory zdravotnických pracovníků. Jedná se většinou o speciálně vyškolené pracovníky (nazývané mezikulturní mediátoři, komunitní zdravotničtí pracovníci či průvodci pacientů), nezářídka příslušníky komunity migrantů, kteří pracují jak ve

zdravotnickém zařízení, tak i uvnitř komunity. Tito pracovníci zastávají velmi často paletu různorodých rolí od překladatele, přes pacientova advokáta až ke školitelům migrantů ke zdraví. Například v Německu, v Hamburku pracuje celý tým mezikulturních mediátorů, kteří zajišťují zdravotní osvětu v komunitách migrantů včetně seznamování s fungováním německého zdravotnického systému. Podobně v Belgii pracuje v 62 nemocnicích 80 mediátorů, kteří zajišťují překladatelské služby a podporu pacientů (Dobiášová a kol., 2010).

Co se týče tlumočnických služeb v ČR, jsou poskytovatelé zdravotní péče ze zákona³⁷ povinni zajistit pacientovi odpovídající a srozumitelné informace, které jsou nezbytné pro jeho "informovaný souhlas", tj. i poskytnout za tímto účelem tištěné informační materiály v různých jazykových mutacích, ale i tlumočnické služby. Poskytování tlumočnických služeb je i součástí národních akreditačních standardů pro akreditace nemocnic udělované Spojenou akreditační komisí. Ke konci roku 2014 bylo akreditováno 50 % nemocnic a týkalo se to zejména velkých nemocnic, které ve větší míře poskytují péči migrantům. Co se týče úhrady tlumočení, MZ ČR a Česká lékařská komora se dohodli, že poskytovatelé zdravotní péče by měli poskytnout tlumočnicka a pacient by měl platit za jeho služby, zvláště v případě profesionálního tlumočení. Nabízejí se sporadicky i tlumočnické služby zdarma, které poskytují některé neziskové organizace. Tato služba je hrazena nejčastěji z projektů podporovaných z EU fondů. S ohledem na to, že v praxi není překladatel vždy k dispozici, v konkrétních situacích se často improvizuje (více viz kap. 7). V rámci Evropského integračního fondu Ministerstvo vnitra podpořilo projekt zaměřený na tvorbu vícejazyčných komunikačních karet, které obsahují často ve zdravotnictví používané pojmy a situace pro usnadnění komunikace. Tyto karty však zatím nejsou plošně vytvářeny a distribuovány. V rámci projektů na podporu integrace cizinců ze třetích zemí rovněž vznikla řada informačních materiálů o fungování českého zdravotnického systému v tištěné i elektronické podobě. Kulturní mediátoři zatím nejsou v ČR pro migranty k dispozici. Určitou ad hoc navigaci v rámci systému zdravotnictví poskytují migrantům opět neziskové organizace, tyto služby však nejsou institucionalizovány ani systematicky rozvíjeny. Zatím nejsou rozvinuty ani programy podpory zdraví cílené na migranty (Hnilicová, Dobiášová, 2014).

Ad 2) Pro vytvoření a rozvoj „vstřícné zdravotní péče o migranty“ jsou důležité nejen konkrétní „nové“ typy poskytovaných služeb, ale i změny v organizaci celého zdravotnického systému. Důležitá je především návaznost

³⁷ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

jednotlivých služeb uvnitř, ale i mimo hranice systému (např. na sociální oblast). V této souvislosti je také klíčovým rozhodnutím, kdy by měl být uplatňován specifický přístup formou služeb určených jen imigrantům a kdy by naopak měli být imigranti motivováni a podporováni ve využívání mainstreamového zdravotnického systému. V organizaci moderních zdravotnických služeb dominuje princip, že veškeré změny a intervence musí být založeny na důkazech „evidence-based“ (Ingleby 2006), který předpokládá existenci validních dat o zdraví a spotřebě zdravotní péče migrantů. (Sheik, Rashid, Sangeeta, 2008; Mladovsky, 2009). Pro zvyšování kvality zdravotnických služeb ve vztahu k migrantům je rovněž vhodné zavádět kontinuální sledování jejich kvality také z perspektivy konkrétních etnických skupin (Ingleby, 2006). Se vstřícnou zdravotní péčí úzce souvisí i současný trend většiny zdravotnických systémů v podobě posilování primární péče, kdy také v případě migrantů je nezbytné, aby služby primární péče fungovaly jako „navigátor“ pro většinu navazujících zdravotnických služeb. Přestože se situace v různých zemích liší, poskytovatelé primární péče zatím nejsou příliš nakloněni tomu, aby aktivně podporovali migranty k využívání jejich služeb (Fortier, 2010; Uiters a kol., 2009). Příčiny tkví zejména v jazykové bariéře, nedostatečné znalosti epidemiologického profilu skupin migrantů a nepřipravenosti na řešení komplexních psychosociálních otázek vztahujících se k migraci, díky čemuž bývají konzultace časově i obsahově náročnější. Problémem může být i proplácení péče a jiné organizační problémy (Mladovsky, 2007). Z těchto důvodů jsou často migranti poskytovateli primární péče odkazováni na neziskové organizace nebo na nemocnice. Důsledkem těchto všech zmíněných překážek je skutečnost, že migranti častěji než primární péči, využívají pohotovostní ambulance (Fortier, 2010). Klíčovým, z hlediska budování vstřícné zdravotní péče o migranty, je dlouhodobé plánování, řízení a vládnutí napříč celým zdravotnickým systémem oproti ad hoc realizovaným krátkodobým individuálním projektům (Fortier, 2010). Jako příklad dlouhodobého přístupu může být vnímána iniciativa britské vlády pod názvem Delivering Racial Equality, jejímž cílem je povzbuzovat organizace praktických lékařů (Primary Care Trusts) k zvyšování kvality služeb na základě rasového hlediska (Mladovsky, 2009). Inspirací může být také iniciativa United States Department of Health and Human Services z roku 2000, který vydal národní standardy kulturně a jazykově odpovídajících zdravotnických služeb. Tyto standardy se týkají vztahu pacienta a lékaře, vzdělávání personálu, sběru relevantních dat a zapojení komunity (Fortier, 2010).

V ČR zatím není žádná celonárodní iniciativa ani program zacílené specificky na rozvoj vstřícné zdravotní péče pro migranty (Hnilicová, Dobiášová, 2014).

Ad 3) Nezbytnou komponentou vstřícné zdravotní péče je i vzdělávání zdravotnického personálu jak na pregraduální úrovni, tak i v rámci postgraduálního a celoživotního vzdělávání (Koehn, Swick, 2006). Lékaři a další zdravotničtí pracovníci by měli získávat znalosti o epidemiologickém profilu jednotlivých skupin migrantů, o změnách zdravotního stavu v souvislosti s akulturací, o základních socio-ekonomických podmínkách života migrantů, o kulturních odlišnostech. Součástí vzdělávání v oblasti multikulturní zdravotní péče jsou také znalosti o nediskriminaci a základních lidských právech ve vztahu ke zdraví. Do multikulturního vzdělávání lékařů, sester, ale i administrativních pracovníků ve zdravotnictví jsou často zapojeni migranti pracující ve zdravotnictví (lékaři, zdravotní sestry, překladatelé). Například v USA v roce 2003-2004 z 8000 kvalifikačních programů vzdělávání lékařů jich více než 50 % nabízelo výcvik v kulturních kompetencích (Betancourt a kol., 2005). Příkladem „dobré praxe“ mohou být i webové stránky spravované britskou Národní zdravotní službou (NHS) - Specialist Library for Ethnicity and Health (Spallek, Zeeb, Razum, 2010). Lékaři a sestry zde mají volně dostupné odborné články z oblasti specifické léčby nemocí u migrantů a etnických minorit, aktuální seznam vzdělávacích akcí v této oblasti, dále informace a průvodce pro oblast péče (např. specifika duchovní péče, seznam osob oprávněných čerpat péči v rámci NHS, apod.) a nakonec i informační materiály určené pacientům (např. o kojení, o očkování proti chřipce, o drogových závislostech, apod.) v několika základních jazycích (Dobiášová a kol., 2010).

V České republice není multikulturní výchova v oblasti vzdělávání zdravotnických profesionálů zatím dostatečně propracovaná. Zejména není dosud začleněna do systému vzdělávání lékařů, ačkoli v rámci výuky etiky, komunikačních dovedností, veřejného zdravotnictví a dalších jsou na pregraduální i postgraduální úrovni zahrnuty některé základní informace o etnických a kulturních rozdílech mezi migranty a majoritní populací. Daleko více a systematičtěji je multikulturní přístup zabudováván do vzdělávání zdravotních sester. V rámci studijních programů ošetřovatelství se multikulturní ošetřovatelství vyučuje na několika akademických pracovištích (např. na LF UP Olomouc, LF UK Hradec Králové, Technické Universitě v Liberci, Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích) (Hnilicová, Dobiášová, 2014). V posledních letech také vznikla řada učebních textů multikulturního (interkulturního) přístupu ve zdravotnictví (zejména v ošetřovatelství) a souvisejících témat, určených

studentům pregraduálního a postgraduálního studia (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005; Špirudová, 2006; Tothová, 2010; Mareš, 2011; Vacková a kol., 2012; Kutnohorská, 2013).

5.3 Studie MIPEX pro oblast zdravotní péče

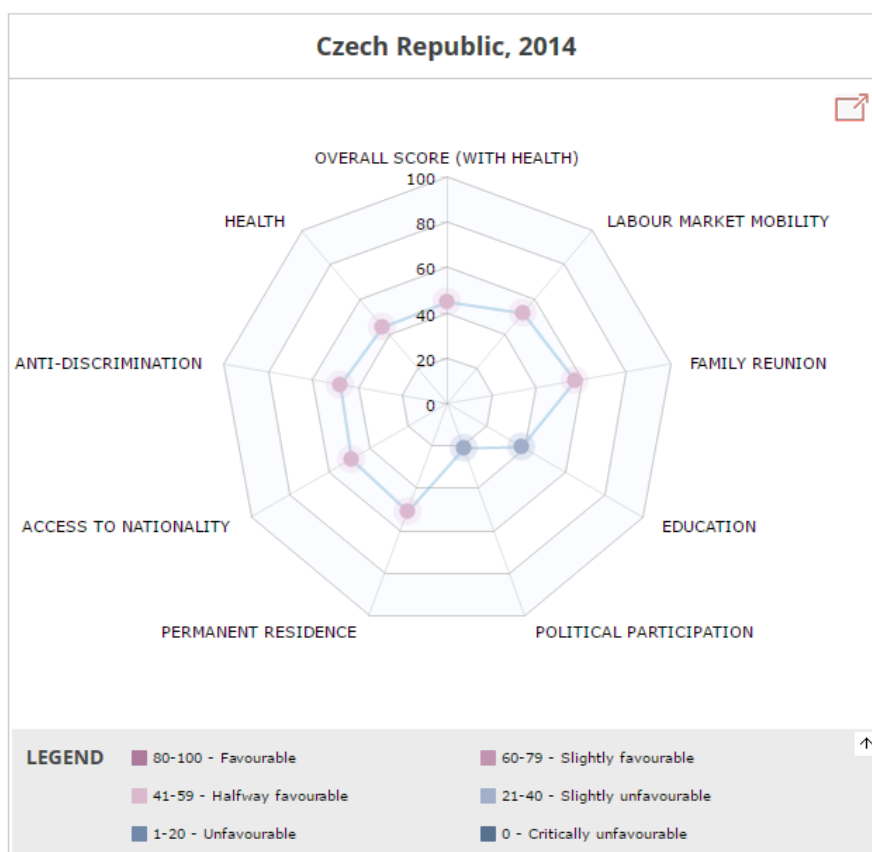
Za jeden z ukazatelů současného stavu zdravotní péče poskytované migrantům můžeme pokládat i výsledky mezinárodního srovnání integračních politik zaměřených na migranty MIPEX (Migration Integration Policy Index). Studie MIPEX měří v časových intervalech od roku 2004 politiky integrace migrantů ze třetích zemí ve všech členských zemích Evropské unie, v Norsku, Švýcarsku, Turecku, Austrálii, Kanadě, Japonsku, Jižní Koreji, na Islandu, na Novém Zélandu a v USA (celkem ve 38 zemích) v osmi oblastech veřejných politik (mobilita na trhu práce, sloučení rodiny, vzdělání, politická participace, přístup k občanství, trvalý pobyt, antidiskriminace a zdravotní péče) pomocí 167 indikátorů. MIPEX slouží především pro evaluaci a komparaci vládních opatření na podporu integrace migrantů v analyzovaných zemích (Mipex, 2015).

V oblasti integračních politik je zacílení na zdravotní péči poměrně novou oblastí. Také do studie MIPEX byla oblast zdravotní péče poprvé zařazena až v roce 2014. Začlenění oblasti zdravotní péče do MIPEX probíhalo v rámci spolupráce Skupiny pro migrační politiku (Migration Policy Group, MPG), Mezinárodní organizace pro migraci (International organisation for migration, IOM) a projektu COST ADAPT (Adapting European Health Services to Diversity). Normativní rámec pro tuto novou oblast MIPEX poskytlo Doporučení Rady Evropy o mobilitě, migraci a přístupu ke zdravotní péči (Rada Evropy 2011). Současná podoba hodnocení zdravotní péče v rámci MIPEX je výsledkem dvouletého procesu konzultací s výzkumníky, zdravotníky, členy národních i mezinárodních organizací zabývajících se problematikou zdraví a migrace a pracovníky nevládních organizací pomáhajících migrantům. Financování nákladů na výzkum oblasti zdravotní péče poskytlo IOM v rámci svého projektu "Equi-Health" (Fostering Health Provision for Migrants, the Roma, and other Vulnerable Groups). Samotný vývoj a pilotování dotazníku probíhalo v rámci projektu ADAPT, což je síť 120 odborníků z 30 zemí, kteří působí v oblasti zdraví a migrace. Experti a recenzenti, kteří vyplňovali dotazníky, byli většinou také členové sítě ADAPT nebo členové MPG. Koordinátorem výzkumu byl Prof. David Ingleby z University of Amsterdam, Centra pro sociální vědy a globální zdraví (MIPEX, 2015). Za Českou republiku byl spolupracujícím pracovištěm Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. lékařské fakulty Univerzity

Karlovy v Praze a odbornou garantkou PhDr. Helena Hnilicová, Ph.D. Byla vypracována kompletní expertní studie, na které jsem měla možnost se podílet (Hnilicová, Dobiášová 2014), která prošla připomínkovým řízením dalších expertů z oblasti integrační politiky. Vlastní hodnocení politik zaměřených na integraci migrantů v oblasti zdravotní péče probíhá ve čtyřech základních podoblastech: právní nárok na zdravotní péči, politiky zacílené na zvyšování dostupnosti, vstřícnost zdravotních služeb a mechanismy pro změny.

Česká republika se v roce 2014 v oblasti zdravotní péče v MIPEX umístila na 21 místě z 38 srovnávaných zemí. Nejlépe hodnocené země, tzv. k integraci migrantů „příznivé“ byly: Nový Zéland, Švýcarsko, USA, Austrálie, Norsko, Itálie, Velká Británie, Rakousko a Švédsko. Česká republika byla zařazena do druhé skupiny s tzv. „částečně příznivou politikou“. Naopak nejhůře hodnocenými zeměmi bylo Chorvatsko, Slovinsko a Litva. V rámci ostatních hodnocených oblastí v ČR, patří zdravotní péče v ČR k hůře hodnoceným (viz graf č. 6).

Graf č. 6 **Výsledky studie MIPEX v ČR v roce 2014**

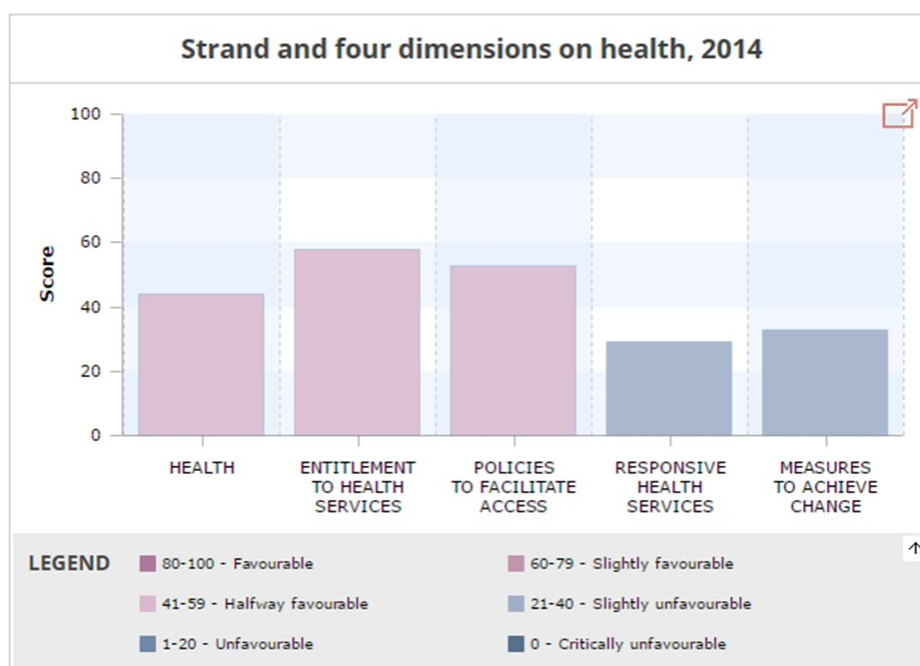


Zdroj: MIPEX 2014

S ohledem na skutečnost, že velká část migrantů včetně žadatelů o azyl a azylantů má nárok na veřejné zdravotní pojištění (viz kap. 5.1), byl v rámci

dalších subkategorií oblasti zdraví hodnocen právní nárok migrantů na zdravotní péči „částečně příznivě“ (viz graf č. 7). Nicméně kritizován byl nedostatečný právní nárok zejména vulnerabilních skupin migrantů ze třetích zemí na veřejné zdravotní pojištění (např. chronicky nemocní migranti, děti s vrozenými vadami a předčasně narozené děti). Rovněž „částečně příznivě“ byly hodnoceny politiky zacílené na dostupnost zdravotní péče (zejména existence informačních materiálů o právním nároku migrantů na zdravotní péči dostupná v několika jazycích, doporučení České lékařské komory o nenahlašování neregulérním migrantů úřadům). Na druhé straně byla negativně vnímána skutečnost, že v ČR není kontinuálně rozvíjena služba kulturních mediátorů (jejich funkci nepravidelně plní pracovníci neziskových organizací v rámci ad hoc projektů) a neexistence projektů zaměřených na podporu zdraví migrantů. Jako „mírně nepříznivá“ byla hodnocena situace v oblasti vstřícné zdravotní péče a opatření cílených na změnu dosavadní politiky. Negativní hodnocení souviselo s nedostatečným zapojováním migrantů do vzdělávání zdravotníků (především lékařů) směrem k vstřícné zdravotní péči a fakt, že úhrada za tlumočení v rámci poskytování informovaného souhlasu je na straně pacientů. Kritizováno bylo i nedostatečné plnění cílů pro oblast zdravotnictví stanovených v rámci Koncepce integrace cizinců - Společné soužití v roce 2013, které bylo přijato Usnesením vlády ČR č. 43 ze dne 16. ledna 2013 (MIPEX, 2015).

Graf č. 7 **Výsledky studie MIPEX v oblasti zdravotní péče 2014**



Zdroj: MIPEX 2014

6. Institucionální vývoj zdravotního pojištění pro migranty ze třetích zemí v ČR

Jednotlivé aspekty dostupnosti zdravotní péče pro migranty, jak již bylo zmíněno výše, nemohou být dále rozvíjeny, pokud migranti nemají právní nárok na zdravotní péči poskytovanou v rámci veřejného zdravotního pojištění. Jak již ukázala kapitola 5, nemalá část legálních migrantů ze třetích zemí nemá v současnosti přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění a je odkázána na pojištění soukromé. Následující kapitola se věnuje institucionálnímu vývoji zdravotního pojištění pro migranty ze třetích zemí s důrazem na roli a jednání klíčových aktérů této oblasti veřejné politiky. V této kapitole ve velké míře vycházím z Analýzy komerčního zdravotního pojištění cizinců v ČR (Hnilicová, Dobiášová, Čížinský a kol., 2012), konkrétně z kapitoly Historie komerčního zdravotního pojištění migrantů v ČR, která je mým samostatným autorským podílem.

6.1 Aktéři veřejné politiky v oblasti zdravotního pojištění pro migranty ze třetích zemí

V této kapitole představuji hlavní aktéry podílející se na tvorbě politiky zdravotního pojištění pro migranty ze třetích zemí, tj. angažujících se v rámci sledovaného subsystému veřejné politiky (Howlett, Ramesh, Perl, 2009). Jak bylo zmíněno výše (kap. 3.6), zaměřuji se především na kolektivní formalizované aktéry (Potůček 2015). Vývoj ideového zázemí a jednání jednotlivých aktérů ve sledovaném procesu politiky je součástí navazující institucionální analýzy.

Klíčové aktéry v rámci sledovaného subsystému veřejné politiky dělím dle Howlett, Ramesh, Perl, 2009:81 následujícím způsobem:

- mezinárodní aktéři,
- aktéři státu
- aktéři společnosti.

Aktéři na mezinárodní úrovni

Problematice zdraví a migrace je dlouhodobě věnována pozornost na úrovni EU i řady mezinárodních organizací. Organizace, které se nejvíce angažují, jsou zejména Světová zdravotnická organizace (WHO), Mezinárodní organizace

pro migraci (IOM), Organizace spojených národů (OSN) a další. Ve vztahu k migraci jsou na mezinárodní úrovni řešena především následující témata: narůstající nerovnosti ve zdraví, sociální determinanty zdraví, právo na zdravotní péči, rizika související s oblastí ochrany veřejného zdraví (zejména v souvislosti s infekčními chorobami) či otázky bezpečnosti a zdraví při práci (např. prevence pracovních úrazů) a v posledních letech i otázky zdravotní gramotnosti (Mladovsky, 2007; Schierup et al., 2006; Ingleby, 2005; Peiro, Benedict, 2009).

Na úrovni Evropské unie již Amsterodamská smlouva, která byla podepsána v roce 1997, poprvé ustanovila odpovědnost Společenství za imigrační a azylovou politiku. Nicméně přelomovým obdobím v oblasti zdraví a zdravotní péče pro migranty bylo EU předsednictví Portugalska (červenec - prosinec 2007), které se specificky zaměřilo na oblast migrace a zdraví a vytvořilo základ pro další politické aktivity na mezinárodní úrovni. V tomto období byla EC DG Health and Consumers (DG Sanco) (Generálním ředitelstvím pro zdraví a spotřebitele) ustanovena ad-hoc poradní skupina pro zdraví a migraci. Úkolem této skupiny bylo podporovat dialog mezi jednotlivými aktéry (Předsednictvím, členskými státy, Evropským střediskem pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC), Radou Evropy, WHO a IOM, aby se dospělo ke konsenzu v přístupu migrantů ke zdraví. Cílem bylo i identifikovat příklady dobré praxe na různých úrovních a zapojit do diskuze vládní i nevládní organizace na úrovni jednotlivých zemí. V lednu 2007 byla také na 8. společné konferenci ministrů zdravotnictví 47 členských zemí Rady Evropy v Bratislavě pod názvem „Lidé v pohybu: Lidská práva a výzvy pro zdravotnické systémy“ přijata „Bratislavská deklarace o zdraví, lidských právech a migraci“, která klade důraz na zajištění zdravotní péče pro migranty (Mladovsky a kol., 2012). Rovněž Španělské předsednictví EU (leden - červen 2010), které mělo stanovenou jako prioritu nerovnosti ve zdraví, věnovalo velkou pozornost migrantům (Peiro, Benedict 2009). Na úrovni EU byla realizována s ohledem na zdravotní péči o migranty také řada výzkumných projektů a projektů zacílených na „síťování“ aktérů působících v oblasti zdraví a migrace. Např. v letech 2007-2009 za podpory EC DG Sanco probíhal celoevropský projekt MIGHEALTHNET „Informační síť o dobré praxi ve zdravotní péči pro migranty a etnické menšiny v Evropě“, jehož cílem bylo *„poskytnout zdravotníkům, politikům, vědcům i představitelům cizineckých komunit a etnických menšin snadno dostupný a průběžně aktualizovaný zdroj poznatků a zkušeností o zdraví, zdravotní péči a všech relevantních tématech, týkajících se migrantů a menšin v EU.“*³⁸ Na tento projekt navázal další evropský projekt zabývající se v letech 2013-2015 otázkami zdraví a migrace financovaný v rámci COST (European Cooperation in Science and Technology) „Adapting

³⁸ MIGHEALTHNET - Informační síť o dobré praxi ve zdravotní péči pro migranty a etnické menšiny v Evropě: http://www.mighealth.net/cz/index.php/Hlavn%C3%AD_strana

European health systems to diversity" (ADAPT).³⁹ Nezanedbatelnou úlohu v této oblasti sehrávají i projekty Agentury pro lidská práva EU (FRA), která je poradním orgánem EU ve věcech lidských práv a v posledních letech se rovněž zaměřovala na oblast naplňování práva na zdraví u migrantů (FRA 2013).⁴⁰

Také WHO se v posledních letech intenzivně zaměřuje na zdraví migrantů a vydala v letech 2007-2009 několik rezolucí, ve kterých je tato problematika chápána v kontextu snižování nerovností a sociálních determinant zdraví. Klíčovou je rezoluce Světového zdravotnického shromáždění o „Zdraví migrantů“ z roku 2008 (Mladovsky, 2012). Nejnověji věnuje WHO zvláštní pozornost migraci a zdraví ve své strategii Zdraví 2020, a to v kontextu zdravotní péče o vulnérabilní skupiny a problematiky lidských práv.

Mezinárodní organizace pro migraci (IOM) se dlouhodobě, více než 60 let, angažuje v oblasti zdraví migrantů zejména na bázi mezinárodních projektů zaměřených na podporu pochopení složitosti a průřezového charakteru migrace a zdraví a významu zdraví pro migranty a jejich rodiny. Aktivity IOM v důsledku globalizace zintenzivněly v této oblasti zejména od 80. let minulého století (IOM, 2013a; IOM, 2013b). V poslední době (2013 -2015) IOM například realizovala v oblasti zdraví a migrace rozsáhlý projekt EQUI HEALTH „Fostering health provision for migrants, the Roma, and other vulnerable groups“, který je zacílen na zlepšení dostupnosti zdravotní péče pro migranty, Romy a další vulnérabilní skupiny.⁴¹

Ve vztahu k sledované politice v ČR jsou důležitými i kontrolní orgány lidskoprávních úmluv (OSN, Rada Evropy). Institucionální nastavení přístupu migrantů ke zdravotní péči v ČR bylo opakovaně v minulosti kritizováno např. Výborem OSN pro ekonomická, sociální a kulturní práva, Výborem OSN pro práva dítěte a Výborem OSN pro odstranění všech forem diskriminace žen (Veřejný ochránce práv, 2014, Láničková, 2016).

Aktéři státu

Hlavními hráči státu (dle Howlett, Ramesh, Perl, 2009) jsou Ministerstvo zdravotnictví (dále MZ), Ministerstvo vnitra (MV), Ministerstvo financí (MF), Ministr pro lidská práva, (Vláda ČR) Rada vlády pro lidská práva - Výbor pro

³⁹ Adapting European health systems to diversity: http://www.cost.eu/COST_Actions/isch/IS1103

⁴⁰ Např. FRA: <http://fra.europa.eu/en/publication/2012/migrants-irregular-situation-access-health-care-10-european-union-member-states>

⁴¹ EQI HEALTH Project: <http://equi-health.eea.iom.int/>

práva cizinců, ombudsman a Kancelář veřejného ochránce práv, Všeobecná zdravotní pojišťovna, Senát Parlamentu, Poslanecká sněmovna Parlamentu, Hospodářská komora.

Ministerstvo vnitra ČR

Ministerstvo vnitra zodpovídá kromě jiného dle § 12, Zákona České národní rady č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky také za „*cestovní doklady, povolování pobytu cizinců a postavení uprchlíků*“. V rámci sledovaného subsystému politiky se Ministerstvo vnitra angažuje zejména v intencích integrační politiky, kterou má ve své gesci⁴². Cílem integrační politiky je: „*podpora začlenění legálně pobývajících cizinců do společnosti, ale zejména prevence případných problémů v oblasti imigračních komunit a jejich vztahu s majoritou.*“ Ministerstvo vnitra za tímto účelem koordinuje aktivity dalších rezortů. Ministerstvo vnitra již od roku 2005 opakovaně upozorňuje na problémy spojené s komerčním zdravotním pojištěním migrantů. Nejprve se k této problematice vyjádřila Aktualizovaná Koncepce integrace cizinců, která byla přijata usnesením vlády ČR ze dne 8. února 2006 č. 126, dále Aktualizovaná koncepci integrace cizinců – Společné soužití, přijatá vládním usnesením ze dne 9. února 2011 č. 99 a i současná Aktualizovaná Koncepce integrace cizinců – Ve vzájemném respektu a Postupu při realizaci Koncepce integrace cizinců v roce 2016, přijatá v usnesení vlády č. 26 ze dne 18. ledna 2016.⁴³

Ministerstvo zdravotnictví ČR

Ministerstvo zdravotnictví se problémem dostupnosti zdravotní péče pro migranty zabývá v rámci své hlavní činnosti, kterou je zajišťování zdravotní péče a ochrana veřejného zdraví (§ 10, Zákona České národní rady č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky). Z tohoto titulu je také ve vztahu k migrantům úkolováno v rámci aktualizovaných Koncepcí integrace, případně Vládou ČR k řešení problémů. V průběhu vývoje sledované politiky se přístup této instituce několikrát měnil, nicméně v zásadních událostech, které nějakým směrem ovlivnily institucionální nastavení, vystupovalo Ministerstvo zdravotnictví jako zastávce statu quo (paralelní fungování veřejného a komerčního pojištění pro migranty), případně připouštělo mírné reformy současného systému.

⁴² Po přechodné období 2006 – 2008 mělo integraci cizinců v gesci Ministerstvo práce a sociálních věcí.

⁴³ MV ČR: <http://www.mvcr.cz/clanek/integrace.aspx>

„Rozhodnutí vůči cizincům je podle mě výsostně politické. Pokud politická reprezentace bude něco chtít prezentovat vůči cizincům, tak se to prostě stane. Pokud tu ta politická vůle nebude, tak se to bude vyvíjet technickým postupem, který se bude krůček po krůčku posouvat, ale rozhodně to nebude žádná skoková záležitost.“ (zástupce MZ ČR, kulatý stůl červen 2013)

Výjimkou byl návrh zákona z roku 2011 (viz níže kap. 6.2.), případně ústupky v rámci mezirezortních jednání, kdy např. v roce 2013 Ministerstvo zdravotnictví souhlasilo s tím, aby do systému veřejného zdravotního pojištění byli zahrnuti migranti - podnikatelé (OSVČ). Problematičnost vyjednávání dokresluje následující citace.

„Teď navrhujeme, aby tam nediskriminačně vstoupili (do veřejného pojištění – pozn. autorky) po roce osoby samostatně výdělečně činné. Bez ohledu na to, jestli to jsou cizinci nebo Češi, platí z 80 % nejmenší částku, kterou musí platit. U nás to všechno táhnou zaměstnanci... Co se týče dětí, tak o tom může být ještě nějaká debata, jak je vydefinovat. Není stále dokončena ta část, která měla být druhou miskou vah, že bude zákon o komerčním pojištění, protože ten zákon má být z dílny Ministerstva financí, protože komerční pojištění nespadá pod nás jako pod zdravotnictví, ale pod finance, které mají všechna komerční pojištění. My bychom asi rádi s nimi na tom spolupracovali, ale prostě se to nestalo. ...Je pravda, že kdyby se řeklo, že tam nemůže být absolutně žádná výluka, tak se to zase velmi prodraží. Těch výjimek by mělo být opravdu minimum a opravdu by to mělo být na věci, které jsou jakoby zřejmé. Rozhodně by to nemělo být, že se nedají pojistit děti nebo matky před porodem. Běžné situace by se v rámci toho měli moci pojistit. To se ale nestalo. Jsme v mezidobí, kdy tohle nenastalo. (zástupce MZ ČR, kulatý stůl, červen 2013)

Ministerstvo financí ČR

Ministerstvo financí je dle § 4, Zákona České národní rady č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky zodpovědné za „*státní rozpočet republiky, státní závěrečný účet republiky, státní pokladnu České republiky, finanční trh s výjimkou dozoru nad kapitálovým trhem v rozsahu působnosti Komise pro cenné papíry, daně, poplatky a clo, finanční hospodaření, finanční kontrolu, účetnictví, audit a daňové poradenství, věci devizové včetně pohledávek a závazků státu vůči zahraničí, ochranu zahraničních investic, pro tomboly, loterie a jiné podobné hry, hospodaření s majetkem státu, privatizaci majetku státu, pro věci pojišťoven, penzijních fondů, ceny a pro činnost zaměřenou proti legalizaci výnosů z trestné činnosti.*“ Sledovaného úseku veřejné politiky se účastní především proto, že do jeho gesce spadají komerční

zdravotní pojišťovny (viz citace výše). Ministerstvo financí po celou dobu vývoje této politiky zaujímá konzistentní postoj proti začlenění migrantů do veřejného zdravotního pojištění a pro zachování komerčního pojištění pro migranty.

Ministr pro lidská práva, rovné příležitosti a legislativu (Ministr pro lidská práva a národnostní menšiny)

Ministr pro lidská práva je ministrem bez aparátu ministerstva a sídlí při Úřadu vlády ČR. V souvislosti se svojí gescí, se v rámci sledovaného subsystému vyjadřuje k aktuální situaci a připomínkuje návrhy na změny z pohledu ochrany lidských práv.⁴⁴

Vláda ČR - Rada vlády pro lidská práva (Výbor pro práva cizinců)

Vláda je vrcholným orgánem moci výkonně (čl. 67 -80 Ústavy ČR)⁴⁵ a „rozhoduje na základě zákonů a v jejich mezích o zásadních otázkách celostátního významu, pokud rozhodování o nich nepřísluší ministerstvům, jiným ústředním orgánům státní správy, nebo jimi řízeným orgánům“. Její role ve vývoji zdravotního pojištění cizinců spočívá ve vydávání rozhodnutí formou vládních usnesení, která jsou závazná pro všechny členy vlády, ministerstva, jiné ústřední orgány státní správy, ostatní správní úřady a další subjekty, pokud tak stanoví zvláštní zákon.⁴⁶ V sledovaném subsystému politiky je s jednáním vlády nedílně svázána Rada vlády pro lidská práva⁴⁷ (zejména Výbor pro práva cizinců), která je jejím poradním orgánem pro otázky ochrany lidských práv a základních svobod. Byla to právě Rada vlády pro lidská práva, která ve věci zdravotního pojištění pro migranty v průběhu sledovaného období podala vládě řadu podnětů, na základě kterých pak vláda rozhodla formou klíčových usnesení (viz dále kap. 6.2.). Vláda, Rada pro lidská práva a Výbor pro práva cizinců ve vývoji zdravotního pojištění téměř výhradně zastávají lidskoprávní a integrační hledisko.

Senát a Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR

Parlament ČR představuje zákonodárnou moc a z tohoto titulu se také odvíjí jeho role v rámci sledovaného politického subsystému. Poslanci a senátoři schvalují navrhované legislativní změny institucionálního nastavení sledované

⁴⁴ Vláda ČR: <http://www.vlada.cz/>

⁴⁵ ústavní zákon č. 1/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 347/1997 Sb., 300/2000 Sb., 448/2001 Sb., 395/2001 Sb., 515/2002 Sb., 319/2009 Sb., 71/2012 Sb. a 98/2013 Sb.

⁴⁶ Vláda ČR: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/lrv/dokumenty/jednaci-rad-vlady-91200/>

⁴⁷ Rada byla zřízena usnesením vlády ČR č. 809 ze dne 9. prosince 1998

oblasti a tím se výraznou měrou podepisují na její výsledné podobě. Z hlediska institucionálního vývoje zdravotního pojištění pro migranty jsou důležité dvě následující pravomoci senátorů a poslanců: projednávání a schvalování zákonů a právo poslanců a senátorů navrhnout zákony.⁴⁸ Na sledovaném politickém subsystému se ukazuje, že právě v Parlamentu vrcholí klíčové události, které formují současné institucionální nastavení zdravotního pojištění pro migranty a v některých případech to byl právě Parlament, kde došlo k nečekaným zvratům (viz kap. 6.2.). Začlenění Parlamentu jako kolektivního aktéra veřejné politiky (Potůček 2015) do některého z identifikovaných názorových diskurzů je nemožné s ohledem na preference jednotlivých poslanců a senátorů, které mohou být značně protichůdné.

Veřejného ochránce práv a jeho kancelář

Veřejný ochránce práv (dále Ochránce) má dle § 1 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv působit „*k ochraně osob před jednáním úřadů a dalších institucí uvedených v tomto zákoně, pokud je v rozporu s právem, neodpovídá principům demokratického právního státu a dobré správy, jakož i před jejich nečinností, a tím přispívá k ochraně základních práv a svobod*“. Z hlediska dostupnosti zdravotní péče pro migranty je důležitým i § 5 výše zmíněného zákona, dle kterého Ochránce „*vykonává působnost ve věcech práva na rovné zacházení a ochrany před diskriminací*“. Po celé sledované období Ochránce i jeho Kancelář veřejného ochránce práv⁴⁹ veřejně vystupují proti instituci komerčního (dříve smluvního) zdravotního pojištění migrantů a vyslovují se pro začlenění legálních v ČR dlouhodobě pobývajících migrantů ze třetích zemí do systému veřejného zdravotního pojištění. Argumentují právem na rovné zacházení a označují některé výluky (zejména plošný institut nepojistitelných osob) v pojistných podmínkách komerčních pojišťoven za přímo diskriminační. Také dlouhodobě upozorňují na to, že vyloučení významné části migrantů z veřejného zdravotního pojištění je v rozporu s principy jejich sociálně – ekonomické integrace (Veřejný ochránce práv 2014).

„Já jenom vzpomenu, že jsme v roce 2010 vydávali stanovisko, které se mimo jiné zabývalo problematikou případné diskriminace cizinců k přístupu ke zdravotní péči. A tam jsme skutečně zjistili, že v té době dvě komerční pojišťovny - Slavie a Pojišťovna VZP - měly přímo ve svých

⁴⁸ Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR: <http://www.psp.cz/sqw/hp.sqw> a Senát Parlamentu ČR: http://www.senat.cz/informace/pro_verejnost/infocentrum/infocentrum_informace_o_senatu.php

⁴⁹ Na základě § 25 odst. 2 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů vydává veřejný ochránce práv Statut Kanceláře veřejného ochránce práv.

pojistných podmínkách větičku o tom, že nepojistí cizince staršího 70 let. Měla proběhnout nějaká komunikace s guvernérem ČNB, který má dohled nad těmi komerčními pojišťovnami a obě dvě pojišťovny v té době přislíbily, že už takhle koncipovanou výluku tam mít nemohou, protože my jsme museli jednoznačně konstatovat, že to je přímá diskriminace na základě věku zakázaná antidiskriminačním zákonem. Musím souhlasit, že dneska už to přímo v těch pojistných podmínkách není, ale samozřejmě ty komerční pojišťovny si to kompenzují jiným způsobem." (zástupce Kanceláře veřejného ochránce práv, kulatý stůl listopad 2013)

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) a další veřejné zdravotní pojišťovny

Samotná VZP až do roku 2004 byla poskytovatelem tzv. „smluvního zdravotního pojištění cizinců“, což byl institucionální „předchůdce“ současného komerčního zdravotního pojištění migrantům a měla na tento pojistný produkt monopol. Současné postavení VZP v daném subsystému je dáno tím, že je 100 % vlastníkem Pojišťovny VZP, a.s., která poskytuje komerční zdravotní pojištění migrantům. Pokud se na aktéry podíváme optikou na aktéry zaměřeného institucionalismu (Scharpf, 1997), je nutno zdůraznit, že VZP je rovněž úzce provázána s Parlamentem, kdy někteří poslanci jsou zároveň členové správní rady VZP. Není překvapující, že jsou to právě ti z nich, kteří se v oblasti komerčního zdravotního pojištění aktivně angažují⁵⁰ (viz dále kap. 6.2.). Také například Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (poskytující veřejné zdravotní pojištění) je provázána s pojišťovnou ERGO pojišťovna, a.s. (nabízející komerční zdravotní pojištění migrantům), kdy je jejím výhradním pojišťovacím agentem⁵¹ a nabízí její komerční produkty na svých internetových stránkách.⁵²

„Já nemohu mluvit o konkrétní osobě, ale asi před rokem jsem měl jednání s vysoce postavenou osobou z Všeobecné zdravotní pojišťovny. Ta osoba jednoznačně potvrdila, že to všichni ví, že podnikatelé, živnostníci...drtivá většina těch lidí je tady v produktivním věku od 20 do

⁵⁰ Bc. Marek Šneider poslanec PČR do roku 2012 a předseda správní rady VZP byl jedním z poslanců, kteří v roce 2010 vznesli pozměňovací návrh k novele cizineckého zákona, kterým bylo zavedeno pro cizince jako povinné „komplexní zdravotní pojištění“. (Čížinský 2010b) Také poslanec PČR a zároveň člen správní rady VZP MUDr. Jaroslav Krákora je jedním z předkladatelů zákona o zdravotním pojištění cizinců z roku 2013. (PSČR, dostupné na: <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=6&T=1023>)

⁵¹ v souladu se zákonem č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí a o změně živnostenského zákona, v platném znění

⁵² ZP MV ČR: <http://www.zpmvcr.cz/cestovni-a-jine-pripojisti/>

40 let, že pro systém veřejného zdravotního pojištění by to byla velice zisková priorita, ale on řekl: „Máme také PVZP a ta musí z něčeho taky žít.“ (zástupce Kanceláře veřejného ochránce práv, kulatý stůl listopad 2013)

Aktéři společnosti

Komerční zdravotní pojišťovny

Významným hráčem ve sledovaném subsystému je především všech šest komerčních zdravotních pojišťoven poskytujících komerční zdravotní pojištění migrantům (Pojišťovna VZP, a.s. (dále PVZP), Pojišťovna Slavia, a.s., Pojišťovna Maxima, a.s., Pojišťovna UNIQA, a.s., Pojišťovna ERGO pojišťovna, a.s. (dříve Victoria Volksbanken, a s.) a Pojišťovna AXA Assistance) a jejich střešní organizace Česká asociace pojišťoven. Tyto pojišťovny se aktivně podílejí na tvorbě politiky (ať již otevřeně – připomínkování zákonů), tak i formou lobbyingu v Parlamentu ČR (viz dále schvalování cizineckého zákona v roce 2010). Tento aktér je prostřednictvím jednotlivců provázán s dalšími aktéry státu (Poslanecká sněmovna PČR nebo VZP ČR), kdy např. někteří členové dozorčích rad či představenstev pojišťoven poskytujících komerční pojištění migrantům jsou zároveň či v navazujícím/předcházejícím období poslanci nebo členové orgánů Všeobecné zdravotní pojišťovny.⁵³

„My tady na půdě Asociace vlastně nebo naše úloha je ta, že vystupujeme a zastřešujeme ty pojišťovny vůči té státní správě, takže samozřejmě pokud se připravuje nějaký nový zákon, tak nás ta státní správa kontaktuje, pošle nám třeba své návrhy a my máme možnost se k nim vyjádřit. Samozřejmě to připomínkujeme tyhle návrhy. V některých věcech nám ta státní správa, tohle dělá třeba Ministerstvo financí nebo Ministerstvo vnitra, většinou nám vyjdou vstříc a samozřejmě v něčem nám nevyjdou vstříc. Takže my se potom s tou finální verzí musíme nějakým způsobem poprat. Abychom mohli tohleto připomínkovat, tak my tu v rámci ČAPu máme odbornou pracovní skupinu, kam dochází zástupci těch jednotlivých pojišťoven a samozřejmě, pokud dostaneme nějaký ten návrh, tak o něm diskutujeme, připomínkujeme ho a vytváříme to jakoby z těch pojišťoven.“ (expert 7)

⁵³ Např. Ing. Jiřina Musílková byla do roku 2005 ředitelkou VZP a v období 2007-2008 byla členem dozorčí rady Slavia pojišťovna a.s.; MUDr. Boris Šťastný člen představenstva PVZP, a.s. a poslanec PČR

Hospodářská komora

Hospodářská komora České republiky (HK ČR) zastupuje podnikatelskou veřejnost na základě zákona č. 301/1992 Sb. o hospodářské komoře a agrární komoře ČR. HK ČR podporuje všechny podnikatelské oblasti a jejím posláním je vytvářet příležitosti pro podnikání, prosazovat a podporovat opatření, která přispívají k rozvoji podnikání v ČR. Z tohoto titulu hájí Hospodářská komora v procesu sledované politiky zájmy komerčních pojišťoven (viz kap. 6.2.).

Organizace občanského sektoru

Mezi klíčové organizace občanského sektoru (Frič, Angelovská, Goulli, 2009, dle Potůček, 2015:39) angažující se v politickém subsystému politiky zdravotního pojištění migrantů v ČR patří především neziskové organizace pomáhající migrantům a především jejich zastřešující organizace Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty. Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty vzniklo již v roce 2000 na základě tříletého projektu, vypracovaného Českým helsinským výborem a financovaného z grantu Evropské iniciativy pro demokracii a lidská práva Evropské Komise, ale až od roku 2010 díky podpoře Nadace Open Society Fund začalo figurovat jako funkční střešní organizace nevládních subjektů pracujících s migranty. Konzorcium v současné době zastřešuje následující organizace: Člověk v tísni, o.p.s., Inbáze Berkat, META o.s. - Sdružení pro příležitosti mladých migrantů, Multikulturní Centrum Praha, Organizace pro pomoc uprchlíkům, Poradna pro integraci, Sdružení pro integraci a migraci, Sdružení občanů zabývajících se emigranty, Evropská kontaktní skupina, Most pro lidská práva, Centrum pro integrace cizinců, Charita, La Strada, Lache Chave, Agency for Migration and Adaptation AMIGA, Poradna pro občanství, občanská a lidská práva a Nesehnutí. Konzorcium bylo s brněnskou organizací Nesehnutí hlavními iniciátory Kampaně za veřejné zdravotní pojištění migrantů a migrantek. Problematikou dostupnosti zdravotní péče pro migranty se však zabývají další organizace jako např. Helsinský výbor, Diakonie ČCE, Liga pro lidská práva a organizace sdružující migranty (např. Klub Hanoi, Ukrajinská iniciativa - Ukrajinská diaspora ČR).

Dalším výzavným aktérem, který v oblasti sledované politiky reprezentuje poskytovatele zdravotní péče, je Česká lékařská komora, která se jménem

sdužujících zdravotníků k negativům komerčního zdravotního pojištění také často veřejně vyjadřuje.⁵⁴

„Česká lékařská komora požaduje takovou úpravu právních předpisů, která umožní legálním imigrantům zapojit se do systému veřejného zdravotního pojištění. Současný právní řád nutí tyto osoby využívat služeb komerčních pojišťoven, jejichž drahé vysokými režijními náklady zatížené pojistky nepokrývají veškerá zdravotní rizika, považuje Lékařská komora za vůči těmto osobám diskriminující a nedůstojné České republiky. Komora zároveň upozorňuje, že vyloučení těchto osob ze systému veřejného zdravotního pojištění tento solidární systém ochuzuje o nemalé finanční částky. V tomto je shrnut postoj České lékařské komory. My jsme připraveni podpořit jakékoliv právní normy ke zlepšení tohoto stavu.“
(zástupce ČLK, kulatý stůl listopad 2013)

Akademická a výzkumná pracoviště

V souvislosti se sledovaným subsystémem sehrávají akademická pracoviště svoji roli zejména na úrovni epistemické (ideové, názorové) komunity (Howllet, Remesh, Pearl 2009). V letech 2000-2005 se problematikou dostupnosti zdravotní péče pro migranty v intencích zdravotní politiky zabýval zejména dnes již zrušený Institut zdravotní politiky a ekonomiky, který byl realizátorem na sebe navazujících projektů, jejichž zadavatelem bylo Ministerstvo zdravotnictví ČR a finančně je podporovalo Ministerstvo vnitra ČR v rámci programu Integrace cizinců ze třetích zemí. V tomto období vznikla řada analytických dokumentů zaměřených také na dostupnost zdravotní péče pro migranty (Háva, Tůmová- Křečková 2001; Dobiášová, Vyskočilová, Čabanová, Tůmová-Křečková, Háva a Šebek 2004; Dobiášová, Tůmová-Křečková a Angelovská 2005). Již v tuto dobu se objevuje kritika smluvního zdravotního pojištění v kontextu lidských práv, nerovností ve zdraví a socio-ekonomické integrace migrantů. Od roku 2007 se díky mezinárodnímu projektu Mighalthnet (viz výše) aktivně zapojili do subsystému sledované politiky akademičtí pracovníci zaměřující se na problematiku veřejného zdravotnictví (zejména z Ústavu veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. lékařské fakulty UK) a později i další akademická pracoviště (zejména zaměřující se na na zdraví migrantů,

⁵⁴ Usnesení XXVI. sjezdu delegátů České lékařské komory konaného ve dnech 3.-4. listopadu 2012 v Praze (http://www.lkcr.cz/doc/clanky_file/xxvi-sjezd-clk-usneseni-99346.pdf).

lidská práva, zdravotní politiku a migraci). Odborníci vnášeli do diskuse nové odborné argumenty (ochrana veřejného zdraví před infekčními onemocněními, ekonomická nevýhodnost komerčního pojištění pro veřejné rozpočty) a příklady „dobré praxe“. V roce 2009 vznikla ad hoc skupina odborníků z akademického sektoru a občanských společností, kterou veřejně podpořili i zahraniční odborníci na problematiku zdraví a migrace,⁵⁵ která shromáždila argumenty pro začlenění migrantů do veřejného zdravotního pojištění, snažila se interpretovat je veřejnosti a stmelit stejně smýšlející aktéry tohoto politického subsystému (Hnilicová 2009). V případě Kampaně za začlenění migrantů a migrantek do veřejného zdravotního pojištění z roku 2012 vypracovali akademičtí pracovníci podkladovou Analýzu komerčního zdravotního pojištění cizinců (Hnilicová, Dobiášová, Čížinský a kol. 2012), která byla informačním a argumentačním podkladem pro navazující diskusi.

Média

Média jsou bezesporu nezanedbatelným hráčem na poli veřejné politiky, kdy fungují jako „okno, které otvírá výhled do světa či jako zrcadlo událostí.“ (Potůček, 2015:43) V rámci politického subsystému média často hrají zprostředkující roli při zveřejňování problémů spojených se subsystémem a při identifikaci možných řešení těchto problémů (Howllet, Remesh, Pearl, 2009). Z hlediska sledované politiky sehrávají média významnou úlohu také při nastolování agendy komerčního zdravotního pojištění, tj. v procesu, ve kterém si společnost stanovuje priority tím, že dochází ke konsenzu, které veřejné problémy je třeba řešit v první řadě (Kalvas a kol., 2012). Zejména v rámci Kampaně za začlenění migrantů a migrantek do veřejného zdravotního pojištění v roce 2012/2013 sehrála média významnou úlohu při přibližování problematiky komerčního zdravotního pojištění veřejnosti a při vytváření mediálního obrazu migrantů v systému komerčního zdravotního pojištění.

Seskupení aktérů dle jejich specifické orientace

Následující schéma č. 14 ukazuje rozdělení a síťování aktérů sledované veřejné politiky dle jejich specifické orientace (Scharpf, 1997), tj. dle jejich představ a preferencí. Na jedné straně jsou aktéři, kteří zastávají v otázce zdravotního pojištění (a tím i dostupnosti zdravotní péče) lidskoprávní a

⁵⁵ Písemnou podporu vyjádřil např. prof. David Ingleby z Univerzity v Utrechtu a později v Amsterdamu, který byl hlavním řešitelem projektů Mighealthnet a COST ADAPT (viz výše).

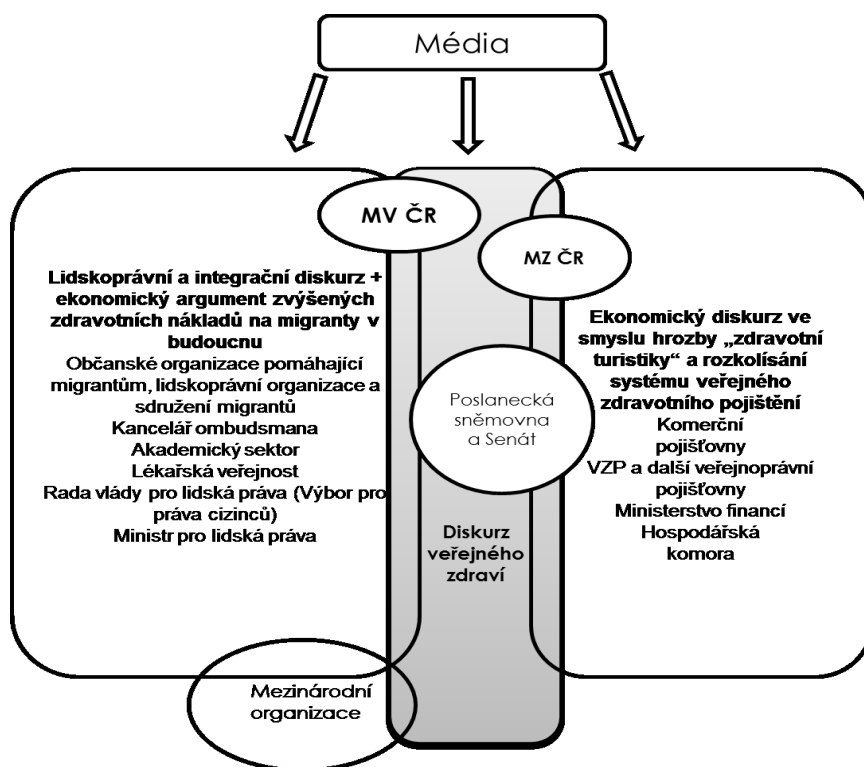
integrační rozměr. Tito aktéři se snaží o zlepšení podmínek „kultivaci“ komerčního zdravotního pojištění a v nejkrajnější variantě o začlenění všech legálních migrantů do systému veřejného zdravotního pojištění. Mezi těmito aktéry jsou nejaktivnější ombudsman a Kancelář ombudsmana, vláda a její poradní orgán Rada vlády pro lidská práva (Výbor pro práva cizinců), neziskové organizace, sdružení migrantů, akademická pracoviště, poskytovatelé péče a Česká lékařská komora a Ministerstvo vnitra ČR, které zastává výše zmíněný diskurz zejména s ohledem na svoji integrační politiku.

Na druhé straně jsou aktéři, kteří argumentují hrozbou zdravotní turistiky neboli hrozbou, že cizinci budou účelově přijíždět do České republiky, aby zde využívali český solidární zdravotnický systém a hrozbou „rozkolísání“ již tak křehkého veřejného zdravotního pojištění, kdy by výdaje systému mohly převážit nad příjmy. Nejaktivnějšími aktéry tohoto diskurzu jsou Ministerstvo financí, komerční pojišťovny poskytující zdravotní pojištění migrantům, veřejné zdravotní pojišťovny, hospodářská komora. Ministerstvo zdravotnictví po většinu času zastává také tuto argumentaci, nicméně s ohledem na svoji funkci a diskurz nadnárodních institucí (viz výše) bere v potaz i argumentaci veřejného zdraví (zejména ochranu před infekčními onemocněními) a v tomto směru se snaží komerční zdravotní pojištění rovněž mírnými změnami „kultivovat“.

V zásadě je možno konstatovat, že v průběhu času otázku ochrany veřejného zdraví akceptovali všichni zúčastnění aktéři.

V reakci na ekonomické argumenty zastánců statu quo začaly v posledních zhruba šesti letech i zastánci začlenění migrantů do veřejného zdravotního pojištění argumentovat ekonomickou výhodností začlenění migrantů do veřejného zdravotního pojištění s odůvodněním, že se jedná o mladé a zdravé jedince, kteří by do systému spíše přinášeli prostředky, než čerpali péči. Jednotliví poslanci se v daném politickém subsystému pohybují na obou názorových stranách, dle osobních a stranických preferencí a zájmů, nicméně z hlediska moci, převládají zastánci statu quo (zachování a rozvoj) komerčního zdravotního pojištění migrantů.

Schéma č. 14 **Seskupení aktérů dle jejich orientace**

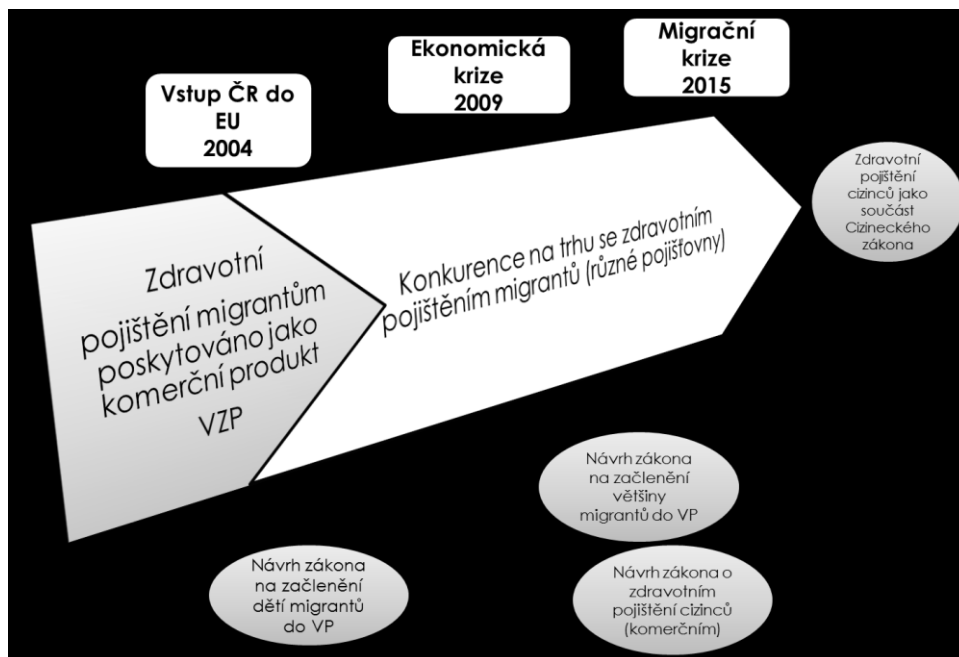


Zdroj: autorka

6.2 Institucionální analýza vývoje komerčního zdravotní pojištění migrantů ze třetích zemí

Vývoj komerčního zdravotního pojištění pro migranty je možno rozdělit do dvou základních období - období tzv. smluvního zdravotního pojištění a období konkurence na trhu s komerčním zdravotním pojištěním (viz schéma č. 15).

Schéma č. 15 **Vývoj komerčního zdravotního pojištění migrantů v ČR**



Zdroj: autorka

1993 - květen 2004: „Období smluvního zdravotního pojištění“

Počátek tohoto období spadá do doby, kdy se celospolečenské změny po roce 1989 promítly také do zdravotnictví, ve kterém zanikl státem řízený systém péče o zdraví, vznikaly veřejné zdravotní pojišťovny, soukromá zdravotnická zařízení a profesní komory, významným způsobem se rozšířila nabídka léků a zdravotnických technologií (Dlouhý, 2010). Brzy po politických změnách koncem osmdesátých let dvacátého století se Česká republika také stala zemí přitažlivou pro (i)migraci, a to zejména pro občany pocházející ze zemí bývalého SSSR a také ze zemí - v té době se rozpadající - Jugoslávie či Vietnamu (Hnilicová, Dobiášová, Čížinský a kol., 2012).

První vlny zásadních transformačních změn českého zdravotnictví byly realizovány v letech 1990-1993. Transformační a privatizační kroky ve zdravotnictví v tomto počátečním období probíhaly velmi rychle, mnohdy docházelo k překrývání tvorby právních předpisů a praktické realizace zdravotní politiky a to v podmínkách nedostatečného institucionálního zakotvení (Háva, Kružík 2002; Mašková, Háva 2007). V této době také dochází k zásadní změně financování zdravotnictví, která se úzce váže i k zakotvení právního nároku cizinců na zdravotní péči. Zásadním krokem bylo rozhodnutí o zavedení systému veřejného zdravotního pojištění občanů na principu solidarity. V roce 1991 byly přijaty příslušné zákony (především zákon České národní rady č. 550/1991 Sb.,

o všeobecném zdravotním pojištění) a v roce 1992 zahájila svou činnost Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP). Uvedenými zákony byla stanovena všeobecná povinnost účastnit se na systému veřejného zdravotního pojištění a platit příslušné pojistné (zaměstnavateli, zaměstnanci a osobami samostatně výdělečně činnými). Do nového systému byli zahrnuti i migranti, kteří byli zaměstnáni u českých zaměstnavatelů (Háva, Kružík 2002; Háva, Křečková 2001).

Migranti bez trvalého pobytu, kteří v ČR nepracovali jako zaměstnanci v ČR registrovaných podniků a organizací, neměli od samého počátku přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění. Proto Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky v roce 1993 na žádost Ministerstva zdravotnictví ČR vytvořila pojistný produkt smluvního zdravotního pojištění migrantů.^{56, 57} Oprávnění k této činnosti vyplývalo pro VZP z § 52 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (dále jen zákon o veřejném zdravotním pojištění), který zdravotním pojišťovnám umožňoval vedle veřejného zdravotního pojištění provádět i smluvní zdravotní pojištění a připojištění a na základě licence Ministerstva financí dle zákona č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví. Hospodaření veřejného zdravotního pojištění a smluvního zdravotního pojištění bylo v souladu se zákonem o pojišťovnictví finančně i účetně odděleno. V rámci VZP ČR byl zřízen fond smluvního zdravotního pojištění, který nahrazoval základní kapitál. V souvislosti se změnami, které přinesl nový zákon o pojišťovnictví č. 363/1999 Sb., obdržela VZP ČR od Ministerstva financí v roce 2002 novou licenci pro provozování komerčního pojištění. Přestože komerční zdravotní pojištění cizinců vzniklo „na zakázku“ státu, nebylo od samého počátku z hlediska ochrany pojištěnců nikterak regulováno. Prvním pojistným produktem komerčního zdravotního pojištění cizinců bylo Dlouhodobé smluvní zdravotní pojištění (dále DSZP), které se v zásadě podobalo současnému Komplexnímu zdravotnímu pojištění (viz dále). V letech 1993-1998 to byla pro migranty, kteří nebyli zaměstnanci českých firem nebo neměli trvalý pobyt, jediná možnost, jak se pojistit pro případ nemoci či úrazu (PVZP, 2004). DSZP se vztahovalo na úrazy, onemocnění nebo zhoršení zdravotního stavu vyžadující zdravotní péči (diagnostickou a léčebnou, a to ambulantní i lůžkovou), ke kterým došlo na území ČR, a to až po vzniku pojistné smlouvy. Účast v DSZP byla podmíněna vstupní zdravotní prohlídkou a pojišťovna mohla odmítnout pojistit osobu, která by se dle vstupního vyšetření jevila jako příliš riziková. Ve všeobecných pojistných podmínkách byly vymezeny výluky z

⁵⁶ Musílková Jiřina, Proslov ředitelky VZP ČR před sborem poslanců

⁵⁷ Oprávnění k této činnosti vyplývalo pro VZP z § 52 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (dále jen zákon o veřejném zdravotním pojištění), který zdravotním pojišťovnám umožňoval vedle veřejného zdravotního pojištění provádět i smluvní zdravotní pojištění a připojištění a na základě licence Ministerstva financí dle zákona č. 185/1991 Sb., o pojišťovnictví.

pojistného plnění. Výše pojistného závisela na věku, pohlaví a typu pojistné smlouvy a pohybovala se od 11 400 Kč u dětí až po 54 000 Kč u seniorů do 70 let. Na některou péči bylo nutno sjednat nadstandardní typ pojištění (např. na stomatologickou péči nebo v případě těhotenství). Pojištěnci v rámci DSZP mohli čerpat péči jen ve smluvních zařízeních, která měla pro tento druh pojištění smlouvu. V prvních letech existence smluvního zdravotního pojištění VZP ČR toto zdravotní pojištění využívalo do konce devadesátých let jen cca 5000 osob ročně (viz graf č. 2). Později byl zaveden pojistný produkt tzv. Krátkodobé smluvní zdravotní pojištění (dále KSZP), které krylo náklady jen na nutné a neodkladné léčení, které cizinec podstoupil v důsledku úrazu či náhlého onemocnění vzniklého během pobytu na území ČR, popřípadě náklady na repatriaci (Háva, Křečková 2001).

V souvislosti s nabytím účinnosti zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR (dále jen zákon o pobytu cizinců), který zavedl vízovou povinnost, došlo v roce 2000 k výraznému nárůstu pojištěnců v rámci smluvního (komerčního) zdravotního pojištění VZP ČR, a to jak v případě DSZP, tak i KSZP. V roce 2001 však novela zákona o pobytu cizinců na území ČR vypustila ustanovení ukládající žadatelům o vízum povinnost předkládat doklad o zdravotním pojištění (Háva, Křečková 2001).⁵⁸ Tato změna vedla k tomu, že někteří migranti se pro případ čerpání zdravotní péče v ČR nepojistili (tab. č. 16), což se projevilo výrazným snížením počtu pojištěnců Krátkodobého smluvního zdravotního pojištění VZP (Výroční zpráva VZP 2001) (viz graf č. 8). Z hlediska občanství pojištěnců komerčního zdravotního pojištění VZP ČR dominovali na prvních místech (řazeno dle velikosti podílu) u Dlouhodobého smluvního pojištění občané Vietnamu, Ukrajiny a Ruska a u Krátkodobého smluvního pojištění v roce 2003 občané Ukrajiny, Ruska a Vietnamu. Z hlediska věkové struktury tvořili téměř polovinu pojištěnců Dlouhodobého smluvního pojištění děti a mladiství do 17 let na rozdíl od Krátkodobého smluvního pojištění, kde ¾ pojištěnců byly dospělé osoby (Výroční zprávy VZP ČR 2001-2003). Důvodem byla skutečnost, že v rodinách s dětmi kupovali rodiče z důvodu velké finanční zátěže dražší a „lepší“ DSZP často jen svým dětem a pro sebe si pořizovali KSZP, které krylo podstatně užší rozsah péče (Dobiášová, Tůmová - Křečková, Angelovská, 2005). S ohledem na vysoký podíl nepojištěných osob (viz tabulka č. 16) vstoupila VZP ČR v roce 2003 do jednání s Ředitelstvím služeb cizinecké a pohraniční policie s cílem změnit příslušná ustanovení zákona o pobytu cizinců na území České republiky ve smyslu znovuzavedení povinnosti prokazovat při žádosti o vízum zajištění zdravotní péče na dobu pobytu v ČR (Výroční zpráva VZP ČR, 2003).

⁵⁸ Cizinci měli nadále povinnost předložit takovýto doklad jen na požádání policie při hraniční kontrole.

Pro poskytování zdravotní péče migrantům na základě smluvního zdravotního pojištění uzavírala VZP ČR s vybranými smluvními zdravotnickými zařízeními dodatky ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče v rámci veřejného zdravotního pojištění, sjednané mezi zdravotnickým zařízením a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky. Výše úhrady zdravotnickým zařízením za poskytnutou péči v rámci soukromého pojištění cizinců byla identická s úhradami v rámci systému veřejného zdravotního pojištění dle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (Hnilicová, Dobiášová, Čižinský, 2012). Jinými slovy, zatímco příjmy komerčního pojištění (výše pojistného) nebyly nijak regulovány (ceny byly tržní), výše výdajů za péči byla omezena na úroveň regulovaných výdajů ve veřejném zdravotním pojištění.

Již v tomto období se ukazovaly některé neuralgické body tohoto typu komerčního zdravotního pojištění vyplývající ze snahy co nejvíce zvýšit příjem z pojistného a snížit náklady na pojistné plnění (platba na celé pojistné období dopředu, výluky z pojištění, apod.). Výsledkem bylo omezení dostupnosti zdravotní péče pro vybrané skupiny migrantů, což se již v té době stalo předmětem kritiky, zejména v souvislosti s dětmi (Háva, Tůmová - Křečková 2001), ze strany organizací zabývajících se lidskými právy, Rady vlády pro lidská práva a akademických pracovníků. Kritika se odvolávala především na Úmluvu o právech dítěte. Na podnět Rady vlády pro lidská práva a na návrh místopředsedy vlády ČR přijala vláda v červnu 2001 usnesení č. 549, kterým uložila ministroví zdravotnictví, aby navrhl novelu zákona č. 48/1997 Sb., o zdravotním pojištění nebo navrhl jiné řešení úpravy zdravotního pojištění dětí cizinců, které pobývají na území ČR na základě dlouhodobého víza. Na toto usnesení navázala dvouletá tvorba návrhu zákona (Čižinský 2004).

V roce 2003 tak na půdě Parlamentu vstupuje návrh zákona o zdravotním pojištění dětí cizinců, které dlouhodobě pobývají na území ČR.⁵⁹ Parlamentní diskuse o tomto zákonu se týkala výhradně (ne)souladu s Úmluvou o právech dítěte⁶⁰ a vyústila v konstatování výboru ústavně právního a výboru pro sociální politiku a zdravotnictví (které se touto otázkou zabývaly),⁶¹ že ČR nemusí nový

⁵⁹ Sněmovní tisk 417 V.n.z., o zdravotním pojištění dětí cizinců

⁶⁰ Která jako mezinárodní smlouva měla v té době dle čl. 10 Ústavy přednost před zákonem. Zejména se vedla diskuse, zda je odkázání dětí na smluvní (komerční) zdravotní pojištění v rozporu s čl. 23 a čl. 24 Úmluvy o právech dítěte.

⁶¹ Výbor ústavně právní konstatoval, že navrhované řešení překračuje rámec povinnosti vyplývající pro smluvní strany úmluvy, s tím, že případné nepřijetí zákona nebude v rozporu s mezinárodními závazky České republiky. Výbor pro sociální politiku a zdravotnictví pak Poslanecké sněmovně doporučil zamítnutí návrhu (PČR, 2004).

zákon přijímat (Čížinský 2004). V úvodním slovu před schvalováním návrhu zákona ministr zdravotnictví upozornil na možné zneužívání českého systému zdravotnictví ze strany migrantů, což je argument, který se v rámci argumentační diskuze kolem komerčního (smluvního) zdravotního pojištění migrantů nese i v následujících letech.

„Je skutečností, že nejen při projednávání návrhu na půdě parlamentu, ale prakticky při celém procesu přípravy a tvorby návrhu byly vznášeny připomínky proti rozšiřování okruhu osob v solidárním systému veřejného zdravotního pojištění a byly současně vyslovovány obavy z účelového jednání a možného zneužívání tohoto systému. Chci zdůraznit, že ochrana systému veřejného zdravotního pojištění je prioritou. Nejde však jenom o ochranu tohoto systému před zneužíváním, ale o to, aby tento systém fungoval racionálně a transparentně.“ (Ministr zdravotnictví ČR Jozef Kubinyi, stenoprotokol z PČR 2004)

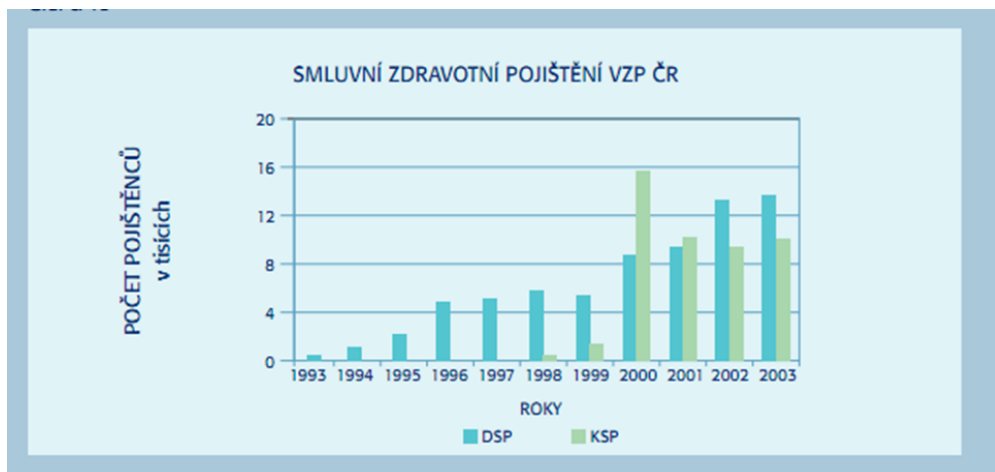
4. 5. 2004 tak byl zákon zamítnut (PČR, 2004). Toto rozhodnutí bylo hned vzápětí kritizováno zmocněncem vlády pro lidská práva v každoroční Zprávě o stavu lidských práv v České republice za rok 2004. Zmocněnec zároveň upozornil na to, že dostupnost zdravotní péče je omezena i u migrantů starších 70 let a těhotných žen migrantek (Úřad vlády pro lidská práva 2004).

Od 1. května 2004 se Česká republika stala plnoprávným členským státem Evropské unie, což s sebou přineslo řadu dalších změn (viz dále).

Po celé období, kdy komerční zdravotní pojištění bylo provozováno VZP ČR, bylo toto pojištění ziskové a „prostředky z něj získané posilovaly v rámci možností platné právní úpravy rozpočet veřejného zdravotního pojištění“ (Výroční zpráva VZP ČR 2001). Jak uvedla k hospodářským výsledkům komerčního pojištění a připojištění⁶² VZP ČR bývalá ředitelka VZP ČR Ing. Musílková před sborem poslanců Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky v souvislosti s udělením nucené správy na VZP ČR v roce 2006: „Za tu dobu vytvořila hospodářský výsledek po zdanění ve výši téměř 589 milionů korun, z nichž téměř 70 % převedla do veřejného zdravotního pojištění.“

⁶² kam spadalo především komerční zdravotní pojištění cizinců a dále cestovní zdravotní připojištění pojištěnců veřejného zdravotního pojištění do zahraničí

Graf č. 8 **Počet pojištěnců smluvního zdravotního pojištění VZP ČR**



Zdroj: Výroční zpráva VZP ČR za rok 2003

Tabulka č. 16 **Počty migrantů na území ČR a migrantů pojištěných v rámci veřejného a smluvního zdravotního pojištění v letech 2001-2003**

	2001	2002	2003
A. Počet migrantů⁶³	211 000	232 000	240 000
B. Počet migrantů pojištěných v rámci veřejného zdravotního pojištění⁶⁴	130 092	142 517	122 775
C. Počet pojištěnců smluvního zdravotního pojištění VZP ČR⁶⁵	19 373	24 000 (odhad)	24 014
D. Počet migrantů, kteří mohli být pojištěni na základě zahraničního zdravotního pojištění nebo nebyli pojištěni⁶⁶	61 000	65 000	94 000

Zdroj: Výroční zpráva VZP ČR 2001, 2002, 2003

Červen 2004-2008 „Období komerčních zdravotních pojišťoven“

V roce 2004 se v souvislosti se vstupem ČR do EU situace změnila. V rámci vstupu ČR do EU v roce 2004 došlo v rámci transpozice konkrétních nařízení Evropských společenství⁶⁷ do českého právního řádu k zařazení občanů

⁶³ S trvalým pobytem nebo s pobytem nad 90 dnů (zdroj ČSÚ)

⁶⁴ Zdroj výroční zprávy VZP ČR

⁶⁵ Zdroj ČSÚ

⁶⁶ A – (B+C)

⁶⁷ Nařízení Rady (EHS) č. 1612/68 o volném pohybu pracovníků uvnitř Společenství, pracovníci migrující v rámci společenství, kteří mají občanství Evropské unie, a jejich rodinní příslušníci a na základě Koordinačního Nařízení Rady (EHS) 1408/71, o aplikaci soustav sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané, samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství, i další občané Evropské unie a jejich rodinní příslušníci, kteří v České republice bydlí (i když jsou ekonomicky neaktivní), a též někteří cizinci ze třetích zemí, kteří buď jsou uprchlíky anebo kteří migrují mezi vícero členskými státy Evropské unie a Nařízení Rady (ES) č. 859/2003,

EU pobývajících v ČR do systému veřejného zdravotního pojištění (Čížinský 2012). Příslušná nařízení se však nedotkla ekonomických migrantů z „třetích zemí“, kteří do veřejného zdravotního pojištění zahrnutí nebyli, čímž byla v legislativním rámci nastavena určitá diskriminace v přístupu ke zdravotní péči oproti občanům EU (Hnilicová, 2013).

Také došlo k novelizaci zákona č. 363/1999 Sb. o pojišťovnictví⁶⁸, dle které byla k 1. 1. 2004 zrušena možnost provozovat pojištění jinými právníckými subjekty, než jsou akciové společnosti anebo družstva. VZP ČR tak ztratila oprávnění poskytovat tento typ pojištění. Z tohoto důvodu došlo k ukončení činnosti VZP ČR v oblasti smluvního zdravotního pojištění a podle rozhodnutí její správní rady byla založena nová 100% dceřiná společnost VZP ČR s obchodním názvem Pojišťovna VZP, a.s. (dále též PVZP). Tato nová pojišťovna přebrala pojistný kmen, tj. pojištěnce VZP ČR.⁶⁹ VZP ČR však nadále zůstala hlavní distribuční sítí pojistných produktů nové PVZP. Dceřiná společnost využívala i nadále síť územních pracovišť VZP ČR jako svých prodejních míst a několik let využívala i materiální a technické zázemí VZP ČR pro své komerční aktivity. Postupně si PVZP vytvořila síť vlastních poboček, některé dokonce odkoupila od VZP ČR.⁷⁰ PVZP od svého vzniku nabízela dva typy komerčního zdravotního pojištění cizinců: pojištění v rozsahu komplexní péče (obdoba Dlouhodobého smluvního zdravotního pojištění poskytovaného dříve VZP ČR) a pojištění pro případ neodkladné péče (obdoba Krátkodobého smluvního zdravotního pojištění). V období 2004-2011 vyplatila PVZP svému jedinému akcionáři VZP ČR na dividendách cca 108 miliónů Kč (viz tabulka č. 17). Jen pro srovnání, dokud bylo komerční zdravotní pojištění provozováno výhradně VZP ČR, bylo, jak uvedeno výše, zpět do veřejného zdravotního pojištění převedeno více než 400 miliónů Kč.

Tabulka č. 17 **Dividendy vyplacené VZP ČR - jedinému akcionáři PVZP, a.s., v tisících Kč**

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Celkem
0	18 080	20 000	20 000	20 000	17 000	0	13 000*	108 080

Zdroj: Výroční zprávy PVZP, a.s. 2004-2011 a * Notářský zápis ze dne 10.4. 2012 jehož obsahem je rozhodnutí jediného akcionáře společnosti Pojišťovna VZP, a.s. týkající se krom jiného souhlasu s rozdělením zisku za rok 2011, uloženo v Obchodním rejstříku ČR

kteří rozšiřuje používání ustanovení nařízení (EHS) i na vybrané skupiny migrantů ze třetích zemí (Čížinský 2010a; Koncepce integrace, 2005)

⁶⁸ § 3, odst. 2

⁶⁹ Výroční zpráva PVZP 2004

⁷⁰ Výroční zpráva PVZP 2007

PVZP nabídla původním smluvním zdravotnickým zařízením VZP ČR novou smlouvu, která by byla sjednána již mezi touto pojišťovnou jako pojistitelem a zdravotnickým zařízením. I přesto, že se jednalo o nový soukromoprávní subjekt, PVZP nadále zachovala v zásadě identické podmínky pro úhrady zdravotnickým zařízením za péči poskytnutou migrantům, jaké platí při úhradách v rámci veřejného zdravotního pojištění.⁷¹ Tuto praktiku později převzaly i ostatní pojišťovny (některé ji mají dodnes obsaženu v pojistných podmínkách), které rozšířily portfolio svých pojistných produktů v rámci neživotního pojištění také na oblast zdravotního pojištění cizinců. Vzhledem k vysokým příjmům z pojistného u komerčního zdravotního pojištění není nízká výše úhrady zdravotní péče zdravotnickým zařízením (na úrovni regulovaných úhrad ve veřejném zdravotním pojištění) odůvodnitelná. Nehledě na to, že na zdravotnická zařízení jsou v souvislosti s vykazováním péče v rámci komerčního zdravotního pojištění kladeny vyšší administrativní nároky a zároveň jim hrozí díky komunikační bariéře při poskytování zdravotní péče migrantům i zvýšené riziko odborného pochybení (viz kap. 7.2.) (Dobiášová, Hnilicová, 2011). Komerční pojištění zdravotní péče migrantů se v průběhu svého trvání ukázalo jako velmi ziskové. Dokladem prosperity komerčního pojištění je také skutečnost, že základní kapitál PVZP při jejím založení v roce 2004 ve výši 60 miliónů Kč byl získán z provozování soukromého pojištění, nikoliv z prostředků veřejného zdravotního pojištění.⁷² Již v prvním roce své existence dosáhla PVZP velmi příznivého hospodářského výsledku. Proto mohl být v souladu s rozhodnutím jediného akcionáře VZP ČR v závěru roku 2004 navýšen základní kapitál PVZP na 100 mil. Kč.⁷³ Také rok 2005 byl z hlediska počtu pojištěnců a tím i hospodaření pro PVZP velmi úspěšný (viz tabulka č. 3). Velkou měrou k tomu přispěla novela zákona o pobytu cizinců,⁷⁴ která zpřísnila požadavky na předkládání dokladů o zdravotním pojištění ze strany migrantů vůči zastupitelským úřadům a orgánům cizinecké policie,⁷⁵ která

⁷¹ Tj. zejména skutečnost, že zdravotnickým zařízením se i ze strany komerčních pojišťoven péče proplácí pouze do té výše, v jaké by tato péče byla proplacena v systému veřejného zdravotního pojištění.

⁷² Výroční zpráva PVZP 2004

⁷³ Výroční zpráva PVZP 2005

⁷⁴ Jednalo se o novelu č. 428/2005 Sb., účinnou ode dne 24. 11. 2005.

⁷⁵ Nová zákonná formulace v ustanovení § 5 písm. a) bodu 4 zněla: „*doklad o uzavření cestovního zdravotního pojištění, které uhradí náklady léčení v souvislosti s úrazem nebo náhlým onemocněním na území, včetně nákladů spojených s převozem nemocného do státu, jehož cestovní doklad vlastní, popřípadě do jiného státu, ve kterém má povolen pobyt, a to do výše minimálně 30 000 EUR (dále jen "doklad o cestovním zdravotním pojištění") po dobu pobytu na území; doklad o cestovním zdravotním pojištění je cizinec povinen předložit i v případě, kdy*

způsobila vyšší poptávku po pojistných produktech PVZP. Předepsané hrubé pojistné⁷⁶ z produktů pojištění cizinců pro případ nutné, neodkladné a komplexní zdravotní péče bylo v roce 2005 143,4 miliónů Kč. Zatímco v oblasti výběru pojistného byl v roce 2005 oproti předchozímu roku zaznamenán nárůst, v oblasti pojistného plnění došlo k poklesu o 539 tisíc Kč. Pojistné plnění činilo v roce 2005 33 % předepsaného pojistného.⁷⁷

V roce 2006-2007 dochází k rozšíření nelegálních praktik některých zahraničních pojišťoven v oblasti vystavování nedůvěryhodných dokladů o zdravotním pojištění tzv. „falešných pojistek“, uzavřených především na Ukrajině a v Rusku (Jelínková, Dobiášová, 2007).

„Ten boj s těmi falešnými pojišťovkami to je rok cca. 2006.“ (expert 1)

V roce 2007 dochází v prvním pololetí ke značnému poklesu výběru pojistného, což PVZP zdůvodňuje rozšířením nelegálních praktik výše zmíněných falešných pojišťoven. Lze se ovšem domnívat, že pokles pojistného byl pravděpodobně způsoben i odlivem potenciálních klientů k jiným pojišťovnám, které od roku 2006 začaly také nabízet produkt komerčního zdravotního pojištění cizinců, čímž začalo docházet na trhu komerčního zdravotního pojištění cizinců k rozvoji konkurence.

„Velkou změnou bylo to, že přišla konkurence, která ale paradoxně nevedla ke zlepšování kvality. Trochu tedy ceny, cenově se to trochu hnulo - to je pravda. Cenově si konkurují.“ (expert 1)

Tato zpočátku existovala pouze u pojistného produktu tzv. zdravotního pojištění pro případ nutné a neodkladné péče a jen PVZP nabízela i pojistný produkt tzv. zdravotního pojištění pro případ komplexní péče. Od poloviny roku 2010 začala však komplexní pojištění nabízet i Pojišťovna Slavia.

I v tomto období se objevuje snaha o začlenění migrantů ze třetích zemí do systému veřejného zdravotního pojištění. Jedná se o pozměňovací návrh poslance Bublana k novele cizineckého zákona ze září 2007. Tento pozměňovací návrh byl podán ve druhém čtení, ovšem ve třetím čtení jej poslanci zamítli. Již

pojištění podle zvláštního právního předpisu (odkaz na zákon o veřejném zdravotním pojištění, poznámka autorů) nebude zajištěno ke dni vstupu cizince na území,

⁷⁶ Předepsané hrubé pojistné zahrnuje veškeré částky pojistného uvedené na pojistných smlouvách nezávisle na skutečnosti, zda se tyto částky vztahují zcela nebo z části k pozdějším účetním obdobím (Výroční zpráva PVZP, a.s. 2009) - jinými slovy se jedná o pojistné stanovené a vybrané na celou dobu pojistné smlouvy, tj. může to přesáhnout i daný kalendářní rok.

⁷⁷ Výroční zpráva PVZP 2005

v roce 2005 Aktualizovaná koncepce integrace cizinců deklarovala jako jednu ze závažných sociálně-ekonomických bariér integrace také „*nemožnost podílet se na veřejném systému zdravotního pojištění u státních občanů třetích zemí nebo jejich rodinných příslušníků (zejména dětí)*“ (Aktualizovaná koncepce..., 2005). Od roku 2006 také Koncepce integrace cizinců, která je hlavním podkladem pro státní integrační politiku, každoročně ukládala Ministerstvu zdravotnictví ČR vyřešit začlenění (některých) dlouhodobě pobývajících cizinců do systému veřejného zdravotního pojištění (Čížinský 2012).

Výše zmíněné aktivity byly doprovázeny silícími snahami některých aktérů, kteří uplatňují lidskoprávní hledisko a hledisko úspěšné integrace legálních migrantů do české společnosti, o začlenění legálních migrantů do veřejného zdravotního pojištění. Hlavními aktéry byli zejména: Ministerstvo vnitra ČR (Odbor azylové a migrační politiky, dále OAMP) v intencích Koncepce integrace cizinců, Rada Vlády pro lidská práva (zejména Výbor pro práva cizinců), Kancelář ombudsmana a ombudsman, občanské organizace pomáhající migrantům a zabývající se lidskoprávní tematikou, akademičtí pracovníci zabývající se zdravím migrantů. Významnější roli také začala sehrávat v této problematice média, která zveřejňovala některé „nejkřiklavější“ kauzy implementace politiky komerčního zdravotního pojištění v praxi, zejména ve vztahu k dětem.

„Změny byly určité i na mediální úrovni. V tom, že se o tom trochu víc mluvilo.“ (expert 1)

V roce 2009 vznikla ad hoc skupina odborníků z akademické půdy a občanských společností (neziskové organizace pomáhající cizincům, lidskoprávní organizace, organizace sdružující migranty), která začala do diskuze přinášet kromě lidskoprávních a integračních argumentů také argument ochrany veřejného zdraví a ekonomickou nevýhodnost komerčního pojištění pro veřejné rozpočty z důvodu, že komerční pojišťovny „vzobávají“ jen zdravé jedince, na nichž generují zisk, zatímco vážně nemocné osoby jsou nepojistitelné a úhradu péče za ně v případě jejich platební neschopnosti nesou veřejná zdravotnická zařízení, popřípadě veřejné zdravotní pojišťovny poté, co na základě délky pobytu nebo humanitárních důvodů tyto osoby dostanou trvalý pobyt⁷⁸ a vstoupí do veřejného zdravotního pojištění.

„Velmi prostý, ale naprosto geniální argument je ten, že skutečně po dobu těch pěti let je ty komerční zdravotní pojišťovny dojí, ale stejně po těch

⁷⁸ Cizinecký zákon

pěti, šesti letech oni dosáhnou na trvalý pobyt a vstoupí do toho systému veřejného zdravotního pojištění." (zástupce Kanceláře veřejného ochránce práv, kulatý stůl listopad 2013)

„Humanitární důvody na udělení trvalého pobytu fungují, ale pouze u urgentních věcí, kdy např. v nemocnici naskakují každý den tisíce, ...To znamená, když se dítě např. narodí postižené a požádá se ve lhůtě dvou měsíců – tak ano." (expert 1)

Tato skupina uspořádala v roce 2009 ke komerčnímu zdravotnímu pojištění tiskovou konferenci a apelovala na nápravu u Ministra pro lidská práva.

Na základě výše zmíněných aktivit vzniklo usnesení Rady vlády ČR pro lidská práva (na podnět Výboru pro práva cizinců) k začlenění vybraných kategorií cizinců, kteří pobývají v České republice přechodně, do systému veřejného zdravotního pojištění, které bylo schváleno v únoru 2009. Tento podnět nakonec nebyl pro odpor Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva financí a Ministerstva vnitra vládě vůbec předložen (Čížinský 2012). Do určité míry zde mohl sehrát roli i fakt, že se v českém zdravotnictví projevila celosvětová ekonomická krize v podobě negativního salda příjmů a výdajů veřejného zdravotního pojištění (Angelovská, Dobiášová 2014).

Paralelně s těmito aktivitami však došlo k dvěma novelizacím zákona o pobytu cizinců, které vyústily v inkrementální změny v podobě určitého „mírného“ reformování komerčního zdravotního pojištění. Obě výše zmíněné novely provázely silný a netransparentní lobbying ze strany zástupců českých pojišťoven poskytujících komerční zdravotní pojištění migrantům (Čížinský 2012), které se v průběhu let staly silným aktérem sledovaného politického subsystému.

V roce 2009 byla přijata nová úprava komerčního zdravotního pojištění cizinců, která odrážela zájem českých komerčních pojišťoven na získání monopolu na prodej komerčního zdravotního pojištění pro migranty. Dle této novely si nadále migranti mohli sjednávat komerční zdravotní pojištění jen u pojišťoven se sídlem na území ČR a vedených v seznamu oprávněných subjektů Českou národní bankou (ČNB).

„To je o tom, že cizinec nemá prostor pro vyjednávání. Musí vzít to, co oni nabízí. Tady je otázka, jestli ty pojišťovny už nejsou v postavení monopolu...." (expert 5)

Jednalo se o tzv. „přílepek“ k zákonu č. 278/2009 Sb., o změně zákonů v souvislosti s přijetím zákona o pojišťovnictví, kterým se novelizoval i zákon o

pobytu cizinců. Jednalo se o poměrně nečekanou akci, kdy tento přílepek byl poslancekým pozměňovacím návrhem.⁷⁹ Ministerstvo vnitra a nevládní organizace se o novele dozvěděly až po jejím schválení ve třetím čtení v červnu 2012 (ministr financí vlády Jana Fischera zaujal neutrální stanovisko), přičemž senátoři nechtěli celý zákon vracet pouze kvůli tomuto přílepku (Hnilicová, Dobiášová, Čížinský a kol., 2010). Tato novela byla zdůvodňována bojem proti výše zmíněné praxi, kdy migranti uzavírali komerční zdravotní pojištění u zahraničních pojišťoven sídlících mimo území České republiky, z nichž některé v případě pojistné události nehradily náklady léčení (případy tzv. falešných pojišťoven).

„Dřív člověku stačilo pojištění z domovského státu, ale pak začalo docházet ke zneužití těch pojištění, fakticky toho pojištění, protože to byl 90% falzifikát, který neručil tomu člověku nic. Tzn. když člověk nemá žádné pojištění, vznikají dluhy vůči českým zdravotnickým zařízením. Pak byl krok, že ho pojistíte u českých, aby to bylo v rámci jednoho prostoru, že je to prostě české zdravotnické zařízení, česká zdravotní pojišťovna a vy jste člověk, kterej se tam bude nacházet legálně. Stát by na to neměl reagovat tímhle způsobem. A tak je to fakticky. V každém intervale čase vznikl problém, pak ten problém byl řešen tímhle nebo jiným jakoby řešením.“ (expert 8)

„Myslím si, že byla velmi prospěšná, že právě ubylo spoustu tady těch ne zcela poctivých pojistek, na základě kterých dostávali ti cizinci povolení k tomu dlouhodobému pobytu nad 90 dní. Pro nás velkou změnou bylo přijetí týhle novely, kde vlastně teda bylo ustanoveno, že cizinecká policie má brát v potaz pouze ty pojistky, které jsou sjednány na území České republiky. O tohle jsme hodně usilovali, takže to bylo pro nás určitě dobrý.“ (expert 7)

Migrantům byla vedle povinnosti kupovat si zdravotní pojištění pouze u českých pojišťoven, uložena i povinnost předkládat při pobytové kontrole „doklad o zaplacení pojistného uvedeného na dokladu o cestovním zdravotním pojištění“ (viz např. § 37 odst. 2 písm. g) zákona o pobytu cizinců ve znění platném od 1. 1. 2010).

„...tady je, že na území ho musí sjednat u pojišťovny, která je oprávněna ČNB, to je zase ústupek těm pojišťovnám. Prostě to má být tak, aby před

⁷⁹ Podal jej dne 12. 6. 2009 v rámci 2. čtení poslanec Tom Zajíček v zastoupení za svého kolegy Josefa Ježka, viz <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=5&T=572>).

cizineckou policií nemohl být nikdo jiný než oni. Aby mohly rýžovat."
(expert 1)

Proti novele se zvedla vlna kritiky ze strany neziskových organizací, ale i organizací zastupujících migranty z vyspělých třetích zemí a samotných migrantů, zejména z vyspělých zemí.

„To bylo v parlamentu velké téma. Fulbrightova nadace tlačila na Haišmana (ředitel OAMP - pozn. tazatelky), aby to změnil ...To si prosazuje Fulbright pro svoje stážísty. Toto jsou ta největší politika v parlamentu. ... Lidská práva tam nikdo neřeší." (expert 1)

„Tak ono je to tak, že od roku 2010, když sem přijedou, tak musí hlavně mít nějaký pojištění z nějaký pojišťovny, která je na seznamu České národní banky. Jinak by nedostali víza. Jeden náš student měl jedno americký a pak když si prodlužoval víza podle tý novely, tak si musel zařídit ještě to český. On z toho byl právě rozezlený, protože jeho máma pracuje v nějaký velký americký pojišťovně, tak proč by si měl ještě dělat pojištění tady český." (expert 12)

Zatím poslední realizované změny v požadavcích na podobu komerčního zdravotního pojištění přinesla v současné době v této oblasti platná podoba zákona o pobytu cizinců schválená pod číslem 427/2010 Sb. v prosinci 2010 a účinná od 1. ledna 2011. Z hlediska vývoje komerčního zdravotního pojištění cizinců byl nejpodstatnější změnou požadavek, kdy cizinci s dlouhodobým pobytem na území ČR, kteří žádají o prodloužení pobytu, musí mít uzavřeno zdravotní pojištění v rozsahu „komplexní zdravotní péče“, kterou zákon blíže vymezuje. Zajímavý je celý proces schvalování tohoto zákona, kdy návrh na zavedení „komplexní zdravotní péče“ se do zákona dostal opět formou pozměňovacího návrhu poslanců Marka Šnajdra (v roce 2016 předseda správní rady VZP ČR) a Borise Šťastného (v roce 2016 člen představenstva PVZP).⁸⁰

Na základě této novely začali tento pojistný produkt kromě PVZP a Slavie pojišťovny, a.s. (viz výše) nabízet i všechny ostatní pojišťovny orientující se na komerční zdravotní pojištění cizinců.

„Studenti musí mít to komplexní, jinak by nedostali vízum. Dřív byla nutná a neodkladná a stačilo to, ale teď už tak rok a půl se změnila zákony a už se uzavírá jenom komplexní. Ta komplexní... tam můžou jít třeba k zubaři, na očkování, na preventivní prohlídky k doktorovi. Ale ti studenti to vůbec nevyužívají, protože oni tu jsou 10 měsíců, pak jedou domů." (expert 6)

Vzhledem k tomu, že zákonné požadavky na krytí rozsahu zdravotní péče u komplexního zdravotního pojištění jsou vyšší, jedná se o produkt finančně nákladnější. Většina pojišťoven také ve svých výročních zprávách hodnotila příznivě nárůst vybraného pojistného. Například Ergo pojišťovna a.s. ve své výroční zprávě z roku 2011 uvádí: „Významný nárůst v předepsaném pojistném byl zaznamenán u pojištění léčebných výloh cizinců pobývajících v České republice. Pojistné v tomto pojistném odvětví narostlo ve srovnání s předchozím rokem o 96,2% na 119,9 mil. Kč (2010: 61,1 mil. Kč.). Se změnou zákona o pobytu cizinců od 1. 1. 2011 a zavedením povinnosti pro cizince pojistit se v rozsahu komplexní péče byl na trh uveden nový tarif pojištění léčebných výloh cizinců s rozsáhlejším krytím. Předepsané pojistné u tohoto nového tarifu (Welcome Komplex) představuje 80% pojistného v oblasti pojištění léčebných výloh cizinců.“⁸¹ Naopak organizace občanské společnosti tento fakt veřejně kritizovali.

„Ty ceny byly vždycky levnější pro zdravé mladé muže. Ti před novelou z roku 2010 platili tak 10 000 na dva roky. Od té doby se to více než zdvojnásobilo. Platí zhruba 11 - 12 000 za rok. A pro děti, těhotné ženy a starší je to naopak ještě podstatně více. (expert 1)

V souvislosti se zavedením povinného komplexního zdravotního pojištění dochází k další marketizaci komerčního zdravotního pojištění. U pojišťoven je patrná snaha o stanovení takových pojistných podmínek, aby dostaly zákonným požadavkům a zároveň se vyhnuly předpokládanému nárůstu nákladů na pojistné plnění. Zřejmě proto, se v této době začínají doposud velmi podobné pojistné podmínky jednotlivých pojišťoven dosti lišit, což činí celý systém komerčního zdravotního pojištění jak pro cizince samotné, tak i pro zdravotnická zařízení a lékaře velmi nepřehledným (Hnilicová, Dobiášová, Čížinský a kol., 2012).

„Protože věci každé pojišťovny je v rámci nějakého konkurenčního boje si nastavit pravidla toho produktu tak, aby byl ten produktu konkurenceschopný vůči těm ostatním a samozřejmě splňoval teda ty podmínky toho zákona.“ (expert 7)

„Každá ta pojišťovna nabízí jiné jako podmínky pro tu základní péči a pro komplexní. Takže jakoby nejčastěji s tím se setkávám u nich, jako u

⁸⁰ Boris Šťastný je v současné době členem představenstva PVZP, a.s., dceřinné pojišťovny VZP.

⁸¹ Výroční zpráva ERGO z roku 2011

problému je to, že nevědí, na co mají nárok v rámci té pojistky a na co ne. A to je teď nejčastější problém co teď s kolegy řeším." (expert 4)

Jak ukazuje tabulka č. 12 v kapitole 4.2.2., rozvoj trhu s komerčním zdravotním pojištěním cizinců ani zmíněné změny v legislativě (tj. zpřísnování povinnosti migrantů ohledně zdravotního pojištění) neměly zásadní vliv na způsob úhrady migrantů, kteří nejsou účastníky systému veřejného zdravotního pojištění, za zdravotní péči, kdy neustále narůstá podíl těch, kteří platí péči v hotovosti. Nutno však podotknout, že došlo ke snížení dluhů za péči u zdravotnických zařízení (viz tabulka č. 12).

Nevyužitým oknem příležitostí ve snahách o změnu systému byl oficiální návrh na začlenění migrantů do veřejného zdravotního pojištění Ministerstva zdravotnictví v ČR⁸² v rámci přijímání zákona o jednotném inkasním místě v červnu roku 2011, kdy v rámci mezirezortního připomínkového řízení bylo začlenění cizinců z podnětu Hospodářské komory z navrhovaného materiálu vypuštěno (Čížinský 2012). Hlavním argumentem byla hrozba nárůstu výdajů na zdravotní péči z důvodu rozšíření osobního rozsahu o další skupiny osob, zejména s ohledem na děti a seniory, za které by platil odvody stát.⁸³ Proti snahám o začlenění migrantů do systému veřejného zdravotního pojištění se také opakovaně vyslovovali zástupci komerčních pojišťoven a jejich zastřešující organizace Česká asociace pojišťoven (Kareš 2015). Nejsilnější argumentací odpůrců začlenění migrantů do systému veřejného zdravotního pojištění bylo „rozkolísání“ systému zdravotního pojištění a hrozba možného zneužívání systému veřejného zdravotního pojištění. K těmto argumentům se kloní i další aktéři: Ministerstvo zdravotnictví ČR, Ministerstvo financí ČR.

„Kdybychom ten systém otevřeli nějaké skupině, tak se okamžitě stane předmětem dalších businessových skupin, protože by se rozběhla turistika za tím, že se u nás lehce vstoupí. My máme obrovskou šíři veřejného pojištění a zároveň máme nesmírně kvalitní to zdravotnictví. Možná máme nějaké komunikační nedostatky, ale ta úroveň je obrovská. Úplně se nabízí, aby ten systém byl jakoby na talíři pro nějaké další komerční

⁸² Čj. vládního materiálu: 32/49006/2011-321, ze dne 3.6.2011

⁸³ „Pojištěncem se stávají OSVČ, které nemají trvalý pobyt na území ČR, a jejich rodinní příslušníci. Dochází k rozšíření osobního rozsahu a další skupiny osob. Je zřejmý reálný předpoklad nárůstu výdajů na zdravotní péči. Předepisujeme, že rodinní příslušníci budou vedeni ve většině případů jako státní pojištěnci (děti, manželky na mateřské dovolené, pečující o děti), tedy porostou nároky i na úhrady státu za tyto pojištěnce.“ (připomínka Hospodářské komory k začlenění migrantů do veřejného zdravotního pojištění)

subjekty. Toto všechno je ve hře." (zástupce MZ ČR, kulatý stůl červen 2013)

„Nebyla politická vůle to řešit, což samozřejmě je z části ten xenofobní argument, že nám sem přijede celá Afrika a bude se tady řešit AIDS. To je první zásadní argument. A dále ti, kteří z toho systému měli profit, to samozřejmě ovlivňovali." (expert 1)

V reakci na tuto neúspěšnou snahu zahájila zastřešující organizace Konzorcium nevládních organizací pracujících s migranty v létě 2012 ve spolupráci s brněnskou organizací NESEHNUTÍ Kampaň za zahrnutí všech migrantů a migrantek pobývajících dlouhodobě na území ČR do systému veřejného zdravotního pojištění. Tato kampaň byla podpořená grantem Open Society Fund. Kampaň směřovala k ovlivnění politiky za účelem začlenění legálních migrantů do systému veřejného zdravotního pojištění. V rámci kampaně byl také plně využíván ekonomický argument, který na základě fenoménu „efektu zdravého migranta“ (viz výše kap. 2.1.2.) zdůrazňoval, že by zařazení migrantů do veřejného zdravotního pojištění bylo ziskové, nikoliv ztrátové, protože se jedná o zdravé jedince, kteří do systému budou více přispívat, než z něj čerpat. V rámci lobbyingu byly pořádány debaty, promítány filmy k tematice, petice. Významným prvkem kampaně byla mobilizace médií, síťování aktérů v rámci jednoho ideového proudu politiky, nátlakové akce, vytvoření analytického materiálu Analýza komerčního zdravotního pojištění (dále Analýza), apod.⁸⁴ Do debaty v rámci kampaně vstoupila i Česká lékařská komora, která se veřejně vyjádřila k podpoře začlenění migrantů a migrantek do veřejného zdravotního pojištění.⁸⁵

„Zde zazněly ještě dvě důležité věci. První věc je to, že systém komerčního pojištění přináší nepojistitelné osoby. Tak jako moje staré auto je nepojistitelné a celkem vzato to není až tak velký problém, protože když se rozbije, tak si koupím nové. Problémem je nepojistitelná babička. A systém komerčního pojištění vede k těmto případům. Jakmile nastavíte pojistné, které odpovídá pojistnému riziku, tak vzhledem k tomu, že více než 90 % výdajů na zdravotní péči většina osob čerpá v posledním roce před svou smrtí a pojišťovny jsou založeny na té pojistné matematice komerční, tak vám přesně vyjde statisticky progresivní nárůst výše

⁸⁴ Konzorcium nevládních organizací pracujících s migranty: <http://www.konsorcium-nno.cz/cz/kategorie/2>

⁸⁵ Usnesení XXVI. sjezdu delegátů České lékařské komory konaného ve dnech 3.-4. listopadu 2012 v Praze (http://www.lkcr.cz/doc/clanky_file/xxvi-sjezd-clk-usneseni-99346.pdf).

pojistného tak, že od určitého momentu se ta osoba stane nepojistitelnou." (zástupce ČLK, kulatý stůl listopad 2013)

V reakci na nátlak neziskových organizací a dalších účastníků Kampaně, byly ještě v roce 2012 vypracovány pro MZ ČR konkurenční analýzy: „Právní stanovisko k posouzení důsledků záměru začlenění cizinců ze třetích zemí, kteří jsou osobami samostatně výdělečně činnými, a jejich rodinných příslušníků do systému veřejného zdravotního pojištění“ vypracované JUDr. Oldřichem Choděrou, advokátem pro akciovou společnost PVZP a.s. a „Vyčíslení přímých i nepřímých dopadů možného rozšíření veřejného zdravotního pojištění o cizince ze zemí mimo Evropskou unii, kteří jsou osobami samostatně výdělečně činnými“ vypracované společností FINAPP group s.r.o., které zpochybňovaly výsledky Analýzy a nedoporučovaly zařazení migrantů do systému veřejného zdravotního pojištění.⁸⁶

V roce 2013 podala skupina poslanců⁸⁷ v čele s předsedou zdravotně sociálního výboru Borisem Šťastným⁸⁸ návrh zákona o zdravotním pojištění cizinců v ČR (Sněmovní tisk č. 1023/0).⁸⁹ Návrh zákona, který by v zásadě „konzervoval“ neadekvátní stav komerčního zdravotního pojištění, byl kritizován ze strany řady aktérů: ombudsmanky, neziskových organizací, ale negativní stanovisko k němu nakonec vydala i Vláda ČR ve svém usnesení. Vládou kritizována byla například i skutečnost, že obsahuje „nevyváženosti práv a povinností pojistitele a osoby pojištěné, a to ve prospěch pojištěoven“ (Vláda ČR, 2013; Konzorcium nevládních organizací, 2014). Zároveň v roce 2013 na podnět Výboru pro práva cizinců schválila Rada vlády pro lidská práva návrh usnesení ke zdravotnímu pojištění cizinců legálně pobývajících na území České republiky po dobu delší 90 dní. Návrh usnesení vlády ukládal ministrovi zdravotnictví novelizovat zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů ve smyslu zařazení migrantů do veřejného zdravotního pojištění (Rada vlády pro lidská práva 2013).⁹⁰

⁸⁶ Interní materiály MZ ČR, které dostaly v rámci společných jednání k dispozici i zástupci Kampaně.

⁸⁷ Jedním z nich byl i poslanec MUDr. Krákora, který je členem správní rady VZP.

⁸⁸ Boris Šťastný se stal v roce 2014 členem představenstva PVZP, což bylo neziskovými organizacemi kritizováno jako střet zájmů a neetické jednání. Konsorcium vyzvalo k odvolání Borise Šťastného z představenstva PVZP, a.s. (Konzorcium nevládních organizací... 2014)

⁸⁹ Sněmovní tisk (č. 1023/0) návrhu zákona je dostupný na: <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=6&T=1023>

⁹⁰ Navrhované kategorie začleněných osob obsahují osoby samostatně výdělečně činné po 3 měsících podnikání v ČR, rodinné příslušníky občanů ČR, cizinců s trvalým pobytem a

V listopadu 2014 vláda ČR přijala Usnesení č. 930 k Souhrnné zprávě o plnění priorit a postupů vlády při prosazování rovnosti žen a mužů v roce 2013, kde navrhuje ministru zdravotnictví „revidovat legislativu vztahující se k veřejnému zdravotnímu pojištění tak, aby cizinci a cizinky dlouhodobě pobývající na území ČR (zejména OSVČ, rodinní příslušníci včetně dětí a studující) byli začleněni do veřejného zdravotního pojištění“ (Vláda ČR 2014). Následně pak přijala již poněkud odlišné usnesení vlády č. 992/2014, kde byla ministrům vnitra a zdravotnictví svěřena pravomoc „vymezit kategorie cizinců, kteří budou začleněni do systému veřejného zdravotního pojištění a na které se naopak bude vztahovat povinnost sjednat si soukromé zdravotní pojištění“ (Předkládací zpráva 2014). Ve světle předchozích usnesení⁹¹ pak uložila vláda za úkol Ministerstvu zdravotnictví, Ministerstvu financí, Ministerstvu vnitra, aby vypracovaly návrh nové právní úpravy zdravotního pojištění cizinců do 30. 9. 2015. Nakonec vláda rozhodla, že nepůjde o samostatný zákon, ale že by pojištění mělo být součástí zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, ve znění pozdějších předpisů (Vláda ČR, 2016, Novela cizineckého..., 2016). K tomuto návrhu probíhalo meziresortní připomínkové řízení, kdy se odehrála řada jednání, kde se vyjadřovaly jak komerční pojišťovny, Česká národní banka, neziskové organizace, zástupci Kanceláře ombudsmana a další (Ministerstvo vnitra 2015). Hlavní kritika návrhu zákona spočívala v jeho nekoncepčnosti, kdy místo odstranění kritizovaných nedostatků přinášel další komplikace. Kritizováno bylo zakotvení velké řady výhod pro pojišťovny na úkor migrantů (Veřejný ochránce práv 2014).

„Ty pojišťovny si vlastně de facto píší ten zákon pro sebe“ (expert 1)

Ke konci roku 2015 vydalo Ministerstvo vnitra tzv. Přípis Ministerstva vnitra ČR ke komplexnímu zdravotnímu pojištění cizinců, kterým požaduje na pojišťovnách poskytujících komerční zdravotní pojištění migrantům zrušení řady problematických výluk z pojištění. Přestože tento Přípis není závazný, od počátku roku 2016 většina pojišťoven řadu výluk zrušila (PVZP, 2015).

V polovině roku 2015 vypukla celoevropská migrační krize, která se může na dalším vývoji této veřejné politiky významným způsobem odrazit.

zaměstnaných cizinců po 6 měsících pobytu a studenty po 1 roce pobytu (Rada vlády pro lidská práva 2013).

⁹¹ Usnesení č. 930 ze dne 12. listopadu 2014 k Souhrnné zprávě o plnění priorit a postupů vlády při prosazování rovnosti žen a mužů v roce 2013 a Usnesení č. 992 ze dne 1. prosince 2014 k Analýze zdravotního pojištění cizinců při jejich pobytu na území České republiky.

Tabulka č. 18 **Aktivity v oblasti zdravotního pojištění migrantů od roku 1993**

Rok	Aktivity za zachování statu quo či jeho inkrementální změny	Aktivity za změnu (začlenění migrantů do veřejného zdravotního pojištění)
1993	Byl vytvořen pojistný produkt smluvního zdravotního pojištění migrantů, který poskytovala VZP. Oprávnění k této činnosti vyplývalo pro z § 52 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.	
2003		Návrh zákona o zdravotním pojištění dětí cizinců, které dlouhodobě pobývají na území ČR (sněmovní tisk 417)
2004	Novelizace zákona č. 363/1999 Sb. o pojišťovnictví, dle které byla k 1. 1. 2004 zrušena možnost provozovat pojištění jinými právními subjekty, než jsou akciové společnosti anebo družstva. VZP ČR tak ztratila oprávnění poskytovat tento typ pojištění. VZP zakládá svou dceřinnou Pojišťovnu VZP, a.s., která provozuje komerční zdravotní pojištění cizincům.	
2005 - 2006	Produkt komerčního zdravotního pojištění začínají nabízet i další komerční pojišťovny. Zároveň se začínají objevovat praktiky tzv. „falešných zdravotních pojišťoven“	
2007	Rozmach „falešných pojistek“.	Pozměňovací návrh poslance Bublana k novele cizineckého zákona ze září 2007 na začlenění migrantů do veřejného zdravotního pojištění.

2009	„Přílepek“ k zákonu č. 278/2009 Sb., o změně zákonů v souvislosti s přijetím zákona o pojišťovnictví, kterým se novelizoval i zákon o pobytu cizinců – de facto monopol českých pojišťoven na komerční zdravotní pojištění cizincům.	Usnesení Rady vlády ČR pro lidská práva (na podnět Výboru pro práva cizinců) k začlenění vybraných kategorií cizinců, kteří pobývají v České republice přechodně, do systému veřejného zdravotního pojištění.
2010	Novela zákona o pobytu cizinců schválená pod číslem 427/2010 Sb., která zavádí povinné komplexní zdravotní pojištění cizinců.	
2011		Oficiální návrh na začlenění migrantů do veřejného zdravotního pojištění Ministerstva zdravotnictví v ČR v rámci přijímání zákona o jednotném inkasním místě.
2012		Kampaň za začlenění migrantů do veřejného zdravotního pojištění
2013 - 2014	2014 Návrh zákona o zdravotním pojištění cizinců (komerčním)	2013 Podnět Rady vlády pro lidská práva – o zařazení do veřejného zdravotního pojištění min. osoby samostatně výdělečně činné, rodinné příslušníky občanů ČR, cizinců s trvalým pobytem i cizinců, kteří jsou v ČR zaměstnanci nebo osobami samostatně výdělečně činnými, a studenty. Usnesení č. 930 z k Souhrnné zprávě o plnění priorit a postupů vlády při prosazování rovnosti žen a mužů v roce 2013.
2015-2016	Novela zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, kde by mělo být komerční zdravotní pojištění upraveno ve zvláštní části tohoto zákona.	

Zdroj: autorka

6.3 Diskuse institucionálního vývoje zdravotního pojištění pro migranty v ČR perspektivou historického institucionalismu

V intencích historického institucionalismu můžeme vznik komerčního (smluvního) zdravotního pojištění spojovat s vnějšími kritickými příčinami, kdy politický převrat v roce 1989 (*critical juncture*) s sebou přinesl i zásadní změny uspořádání společnosti, včetně radikálních změn v oblasti financování zdravotní péče. Je nutno vzít v úvahu, že v době přechodu od státem centrálně

financované zdravotní péče k financování prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění měla Česká republika zatím jen nepatrný podíl migrantů a tudíž i takřka žádné zkušenosti s tímto fenoménem. Z tohoto důvodu při vytváření nového systému financování zdravotnictví nebyla problematika migrantů dostatečně zohledněna. Do systému veřejného zdravotního pojištění byli zahrnuti migranti zaměstnanci a až v průběhu času se začalo ukazovat, že je potřeba řešit i ostatní skupiny migrantů (děti, nevýdělečně činné a podnikatele) (Háva, Tůmová-Křečková, 2001). Zde se ukázalo, že v důsledku *path dependency*, nebyla politická vůle změnit původně nastavený systém. Potvrzuje se zde zákonitost, že primární volba institucionálního nastavení významně omezuje další institucionální změny, protože je jednodušší následovat dříve zvolenou cestu než radikálně změnit směr (Pierson, 2000). Vysvětlením je tzv. „sebe zpevňování“ (self-reinforcement) stávajícího institucionálního nastavení, kdy každý další krok v již nastaveném konkrétním směřování činí obtížnějším tento směr zvrátit či jej zcela změnit, protože zároveň s upevňováním institucí narůstají náklady, které by bylo nutno vynaložit na jejich změnu (Pierson, 2004; Mahoney, 2000). Proto celý vývoj zdravotního pojištění pro migranty se nese jen v duchu inkrementálních institucionálních změn. K stávajícímu systému veřejného zdravotního pojištění tak byl v roce 1993 přidán inovativní prvek tzv. smluvního zdravotního pojištění fungujícího na tržních principech. Jednalo se o inkrementální změnu, kterou Thelen a Shreek (2005) nazývají ve své teorii *vrstvením (layering)*, tj. přidáním nového potenciálně transformativního prvku ke starému uspořádání (viz výše kap. 2.3). V roce 2004 opět nastává změna v institucionálním nastavení sledované oblasti, přičemž ale logika celého systému se nemění - podstatná část migrantů nadále zůstává mimo systém veřejného zdravotního pojištění. Tato změna nastala v důsledku, řečeno slovy Thelen a Shreek (2005), „invazí cizích vzorů“, kdy na základě vlivu práva EU dochází k *nahrazení (displacement)* smluvního zdravotního pojištění pojištěním komerčním, které má v zásadě stejné uspořádání jako předchozí, s tím rozdílem, že jej může poskytovat již nejen Všeobecná zdravotní pojišťovna, která měla v předchozím uspořádání na tuto činnost monopol, ale je umožněno i dalším pojišťovnám (komerčním) vstoupit do systému. Již v tomto období se začínají objevovat snahy změnit nastavení zdravotního pojištění pro migranty jiným směrem, a to začlenit migranty do veřejného zdravotního pojištění.

Celý institucionální vývoj zdravotního pojištění pro migranty provází v zásadě soupeření dvou protichůdných proudů: snaha o změnu statu quo - zařazení migrantů do veřejného zdravotního pojištění a snaha o zachování statu quo - ponechání paralelního fungování veřejného a komerčního zdravotního

pojištění pro migranty. Z hlediska historického institucionalismu je zajímavé podívat se i na aktéry této politiky, především na tzv. *agenty změny* (Mahoney a Thelen, 2010b). Ve vývoji sledované politiky jsou po celé sledované období klíčovými agenty změny výše zmínění zastánci statu quo, které můžeme dle Mahoney a Thelen (2010b) zahrnout pod tzv. kategorii *symbiontů (symbionts)*, a to konkrétně jejich variantu, kterou Mahoney a Thelen (2010b) nazývají parazitickou (viz kap. 2.3). Pro tyto agenty změny je příznačné, že se snaží o zachování stávajícího institucionálního nastavení a využívají jej pro soukromý prospěch, kdy jejich chování je založeno na „proklouzávání“ mezi pravidly a jejich aplikací v praxi přizpůsobenou vlastním potřebám. Symbionti jsou spojováni s inkrementálními institucionálními změnami v podobě *posunu (drift)*, což znamená, že stávající institucionální nastavení není schopné adaptovat se na měnící se podmínky, čímž dochází k minimalizaci jeho smyslu a funkce (Thelen a Shreek, 2005). To odpovídá i vývoji zdravotního pojištění pro migranty v ČR, kdy navzdory měnícím se podmínkám (narůstající počet migrantů - dětí, studentů, podnikatelů, objevování se řady problémů, tlak mezinárodních organizací) zůstává současný základní rámec systému téměř nezměněn. Potencionálními agenty změny by mohli být aktéři a jejich seskupení, kteří se snaží o začlenění migrantů do veřejného zdravotního pojištění, tj. jejich preferovanou volbou je změna stávajícího institucionálního nastavení formou *nahrazení (displacement)* (Thelen a Shreek 2005). S ohledem na jejich zaměření, můžeme o nich hovořit jako o *rebelech či povstalcích (Insurrectionaries)* (Mahoney a Thelen, 2010b). I přesto, že klíčovými agenty změny byli doposud symbionti a systém zdravotního pojištění pro migranty zůstal ve svých hlavních rysech nezměněn, na nátlak *rebelů* došlo v komerčním zdravotním pojištění migrantů k řadě drobných ústupků i bez institucionální změny (např. většina komerčních pojišťoven již nemá ve výlukách z pojištění infekční onemocnění, vrozené vady). Je otázkou, jak se sledované institucionální nastavení bude dále vyvíjet.

7. Dostupnost zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí v ČR pohledem z praxe

V následujícím textu podávám výsledky z empirického šetření mezi migranty a poskytovateli zdravotní péče, kteří při své práci přicházejí do styku s migranty. Jejich perspektivou jsou zde nahlíženy dopady sledované politiky do praxe a identifikovány bariéry přístupu migrantů ze třetích zemí ke zdravotní péči a jejich důsledky.

7.1 Dostupnost zdravotní péče pro migranty perspektivou cílové skupiny migrantů ze třetích zemí

Z rozhovorů s migranty vyplynulo, že se významně liší zkušenosti těch, kteří mají veřejné zdravotní pojištění a těch, kteří jej nemají a jsou odkázáni na pojištění komerční. Tato skutečnost bude reflektována v rámci dalšího textu.

Ve výzkumu byla identifikována následující klíčová témata, jak ukazuje tabulka č. 19, která budou interpretována níže.

Tabulka č. 19 **Základní témata související s dostupností zdravotní péče pohledem migrantů**

Migranti s veřejným zdravotním pojištěním	Migranti s komerčním zdravotním pojištěním
Zdravotní stav a čerpání zdravotní péče	Zdravotní stav a čerpání zdravotní péče
Právní nárok na zdravotní péči	Právní nárok na zdravotní péči
Bariéry v přístupu ke zdravotní péči	
	Nedostatečná síť smluvních zařízení
	Výluky z pojištění
	Nejistota ohledně úhrady péče
	Nesrozumitelnost pojistných podmínek
	Nedostatečné informování o pojištění ze strany pojišťovacích agentů
	Neinformovanost a nedůvěra zdravotníků
	Zajištění péče o děti
Komunikační, kulturní bariéry a diskriminace	Komunikační, kulturní bariéry a diskriminace
Strategie k zajištění zdraví	Strategie k zajištění zdraví

Zdroj: autorka

7.1.1 Zdravotní stav migrantů a využívání zdravotní péče

Téměř u všech dotázaných se potvrdilo, že přišli do České republiky především pracovat nebo studovat. Jen ve dvou případech se dotázaní přesídlili do ČR za svými rodinnými příslušníky, v jednom případě se jednalo o otce dotazované, ve druhém o manželku českého občana. Všichni dotázaní se cítili zdraví a uváděli, že zejména v prvních letech pobytu v ČR navštěvují lékaře v České republice sporadicky, většinou jen ve výjimečných akutních případech. U žen byly častým důvodem návštěvy lékaře těhotenství a porod. Také studie založené na kvantitativním přístupu ukazují, že migranti čerpají zdravotní péči v nižší míře než většinová populace (Dobiášová, Vyskočilová, Čabanová a kol., 2004; Vacková a kol., 2013; Brabcová, 2013; Malmusi a kol., 2014).

„Naštěstí moc nejsem nemocná. Vlastně jsem vůbec nechodila k lékaři. Ne, celou dobu, každé ráno cvičím, trochu dělám čínskou medicínu, vím co jíst a tak.“ (Han, Vietnam, 2010)

„S veřejným pojištěním jsem spokojený, ale moc k doktorovi nechodím, když jsem byl párkrát u doktora, kvůli lékům, tak mi to bez problémů hradila pojišťovna, takže ano.“ (Andrei, Moldávie, 2010)

„Porod byl první pobyt v nemocnici, jinak jako normálně rýmu nebo kašel, ale to stačí jít za obvodním lékařem, praktickým a ten napíše Zirtec nebo něco takového... Nic vážného jsem neměla.“ (Tsetsegma, Mongolsko, 2010)

„Nebyl jsem nemocný posledních pět let. Jsem velmi zdravý, takže jsem k nikomu ani jít nepotřeboval.“ (Kevin, USA, 2010)

„Ne, nikdy... Díky bohu, skoro vůbec nemám ani chřipku, nebolí mě hlava, asi mám dobrou imunitu.“ (Nataša, Rusko, 2014)

„Zatím jsem to nezkoušela (čerpání zdravotní péči - pozn. tazatele), ale chci zkusit, až budu potřebovat potvrzení do lékaře. Nevím, proč ta VZP se tak bojí, že nebudeme platit nebo co. Oni na tom ještě vyhrají, protože my nechodíme po doktorech. To je velká hloupost, přichází o peníze.“ (Oksana, Ukrajina, 2013)

„Já nebyl na žádných prohlídkách nikdy. Nečerpal jsem nic. [...] Čtyři roky. Ne, ani jednou. Jenom jsem platil.“ (Volodyslav, Ukrajina, 2013)

„Já jí koupila za 15 000, stálo to 18 000, ale byla akce za 15 000 a byla jenom jedenkrát u doktora. Je (dcera - poznámka tazatele) hodně zdravá.“ (Irina, Ukrajina, 2014)

Jedinné případy vážné nemoci a intenzivního čerpání péče se týkaly dvou starších rodičů dotázaných (Han, Vietnam, 2010 a Anastazia, Rusko, 2014).

„Tatínek měl rakovinu, už tady umřel, chodila jsem s ním často po doktorech, na různý vyšetření, dlouho nevěděli, co mu je, měl toho hodně. Měl veřejný pojištění.“ (Han, Vietnam, 2010)

Souvisí to zřejmě i s výše zmíněným „efektem zdravého imigranta“, který je příznačný zejména pro ekonomickou migraci, kdy pro migraci se rozhodují vesměs zdraví jedinci (Ingleby, 2005; Mladovsky, 2009). Výpovědi dotázaných však potvrzují i známou skutečnost, že výhoda „zdravého migranta“ se s prodlužující se délkou pobytu v cizí zemi vytrácí (Gee, Kobayashi, 2004; Ingleby, 2005; Mladovsky, 2007; Lassetter, Callister, 2008; Uiters, E. a kol., 2009). Na existenci efektu zdravého migranta v českém prostředí poukazuje i řada kvantitativních studií (např. Dobiášová, Vyskočilová, Čabanová a kol., 2004; Vacková a kol., 2013; Brabcová, 2013).

Z výpovědí respondentů však vyplývá, že na čerpání zdravotní péče má významný vliv i typ zdravotního pojištění, podobně jako se to potvrdilo v kvantitativních výzkumech (Tóthová a kol., 2011; Brabcová, 2013; Brabcová, Záleská, 2013). Ti, kteří mají komerční pojištění, často nevyužijí péči z důvodu, že je ve výlukách komerčního zdravotního pojištění či z prostého důvodu, že nemají jistotu, že jim péče bude uhrazena.

„Já jsem tady za těch 12 let byla těhotná a to mi pojištění nekrylo, to bylo tenkrát na tu akutní a to se nevztahovalo. Těch pár vyšetření na začátku těhotenství jsem si platila sama hotově... rodit jsem jela na Ukrajinu.“ (Marina, Ukrajina, 2013)

Problematickou je i skutečnost, že pacienti s komerčním zdravotním pojištěním mají problémy se zaregistrovat u lékařů primární péče.

„K praktikovi žena chodí, protože nás zná, ale je tam problém se systémem těch jmen a když ten člověk nemá rodné číslo, přidělený v rámci veřejného pojištění, tak je hroznej problém se tam plnohodnotně zaregistrovat.“ (Nhung/Linh, Vietnam, 2013)

7.1.2 Zkušenosti s veřejným zdravotním pojištěním

Respondenti, kteří byli pojištěni v rámci veřejného zdravotního pojištění, nepocítovali žádné formální bariéry čerpání zdravotní péče (Nørreda, Krasnik, 2011; Rechel a kol., 2013). Péči vždy dostali uhrazenu a výše patientských poplatků jim nečinila potíže.⁹² Respondenti, kteří v průběhu svého pobytu měli nejdříve komerční (smluvní) pojištění a následně veřejné, hodnotili veřejné jednoznačně pozitivněji.

⁹² Patientské (regulační) poplatky byly zavedeny do praxe 1.1. 2008 a od 1.1. 2015 byly s výjimkou poplatku za pohotovost zrušeny. Poplatky byly pocíťovány jako bariéra dostupnosti zdravotní péče některými vulnerabilními skupinami (např. žadatelé o azyl) (Hnilicová, Dobiášová, 2014). Tyto vulnerabilní skupiny ale nejsou cílovou skupinou této práce.

„Nyní mám všeobecný, to dobrý. Před tím spoustu let jsem měla to smluvní. To blbý.“ (Han, Vietnam, 2010)

„A syn špatně šlápnul, jako skočil a pak ho a odvezla záchranka, dali mu gips a pak ho odvezla domů a pak jsme chodili na kontroly, no a všechno to bylo z veřejného zdravotního pojištění. Pomůcky dali mu, tu ortézu a...“ (Darja, Bělorusko, 2010)

„Podle mého, když člověk má už veřejné pojištění, tak nic nemusí...Já jsem tedkon byla v nemocnici, byla jsem pojištěná a všechno probíhalo dobře, bez problémů, žádný nějaký... za noc je 60 korun, v nemocnici za pobyt, jinak já myslím, že nic...“ (Tsetsegma, Mongolsko, 2010)

„Já mám veřejnou pojišťovnu jako zaměstnanec, tak já to neřeším. Ne, to nebyl nikdy problém. Já měla zraněnou ruku, tak já šla jsem do nemocnice. Normálně doktor mi to jako zašil. Potom já přišla za pár dní na kontrolu a to jsem šla už do nemocnice X, protože tam pracuju. Jednou jsem tady byla u gynekologa, neměla problém.“ (Irina, Ukrajina, 2014)

7.1.3 Zkušenosti migrantů s komerčním zdravotním pojištěním

Z výzkumu vyplynulo, že většina dotázaných migrantů, kteří nemají právní nárok na veřejné zdravotní pojištění a tudíž jsou odkázáni na pojištění komerční (viz kapitola 5.1.), vnímá tuto instituci velmi negativně a často pouze jako „nezbytný doklad k udělení víza“, nikoli jako instituci, která by jim měla zajistit dostupnou zdravotní péči.

„No, to ne, náš odjezd se vyřizoval v Moldávii, kde naši známí udělali papíry na firmu, my jsme přijeli v rámci té firmy, že rodiče byli jako podnikatelé a každý rok museli prodlužovat vízum a tam na pojišťovně nezáleželo, jen šlo o to pojistku mít, takže jsme kupovali tu nejlevnější pojistku, což pokud si dobře pamatuji byla pojistka od Maximy nebo od Slavie, což byla spíš formální záležitost.“ (Andrei, Moldávie, 2010)

Kvůli vízu musíte udělat pojištění, ale je drahý dost, když nic nehradí.“ (Sarangerel, Mongolsko, 2011)

„Opravdu bych chtěl zmínit to, že to soukromé pojištění je strašné a profituje z toho, v jak situaci ti lidé jsou, nemáme moc na výběr. Privátní zdravotní pojištění nemusí být vždycky špatné, ale v tomhle případě teda je. Rozhodně nedostanete to, za co zaplatíte.“ (Ethan, USA, 2014)

„Mám Slavia, komplexní. Když se něco stane třeba se mnou, nemůžu jít k doktorovi. To je jenom pro to, abych měla vízum.“ (Nataša, Rusko, 2014)

Důvodem nedůvěry v komerční zdravotní pojištění jsou respondenty opakovaně zmiňované případy z praxe, kdy poskytnutá zdravotní péče nebyla z důvodů výluk ze zdravotního pojištění uhrazena buď samotným dotázaným, nebo jiným členům komunity.

„... může ležet [dcera - poznámka tazatele] v nemocnici týden, dva, jak dítě nemocný, tak já to prožívám, co ta pojišťovna. Bojím se. Já slyšela

hodně lidí, který říkali, že ta zdravotní pojišťovna nic nechce platit." (Irina, Ukrajina, 2014)

Několik respondentů zmínilo praxi některých pojišťoven, které v rámci „likvidace pojistné události“ v první fázi odmítají poskytnutou péči uhradit i v případě, že má migrant na úhradu právo. Využívají tak zranitelnosti této skupiny pojištěnců, kteří vzhledem k časově i komunikačně náročnému administrativnímu jednání s pojišťovnou často snahu o vyřízení úhrady péče, zejména v případě menších finančních částek, vzdají a uhradí ji sami.

„Největší problém je a to si myslím, že pro cizince obecně, že platí hotově a nedostanou žádné peníze nazpět. Nevím, jestli to je kvůli smlouvám nebo jen proto, že si pojišťovací agentury myslí, že když je někdo cizinec, mohou s ním zacházet špatně... prostě nevím, ale myslím, že to je největší problém, protože doktoři jsou profesionální, je to v pojišťovnách.“ (Perry, USA, 2010)

„Neproplatili mi vyšetření, i když to bylo tady v nemocnici, která je mezi smluvními zařízeními. Říkali, že ten doktor s nima smlouvu nemá.“ (Natalya, Ukrajina, 2011)

„Nezaplatili ani 700 Kč za vyšetření. To jsme ještě měli to PVZP. [...] Já taky neměla čas brát si na celý den volno a jít tam do zdravotní pojištění. [...] Ano. Já zaplatila hotově, protože bych ztratila celý den i peníze.“ (Irina, Ukrajina, 2014)

„Neregulované“⁹³ prostředí systému komerčního zdravotního pojištění umožňuje značnou variabilitu při vyřizování pojistných událostí. Jak ukázal výzkum, pokud při jednání s pojišťovnou migrantům pomáhá někdo z Čechů nebo pracovníci neziskové organizace, tak jsou pojišťovny při řešení pojistné události vstřícnější.

„Nejdřív odmítli tu operaci zaplatit. Pak doktorka napsala dopis, potvrzení, že to potřebuju, volala jsem tam společně s paní z neziskovky a pak to najednou proplatili.“ (Umida, Uzbekistán, 2013)

Ve třech případech respondenti uvedli, že jim poskytnutá péče byla uhrazena bez problémů. Jednalo se o ošetření akutních stavů (operace slepého střeva a úraz) a v jednom případě o porod.

„Já měla připojištění na porod a všechno proběhlo v pořádku. Stálo mě to sice 40 tis., ale na Ukrajině bych za takový porod dala víc.“ (Natalya, Ukrajina, 2011)

„Něco mi prostě vlítlo do oka a tak jsem byl na očním oddělení v nemocnici. Jen mi vybrali nějaký střep a už to bylo. Neměl jsem problém s tím pojištěním. Zatím jsem spokojený.“ (Boris, Ukrajina, 2011)

⁹³ V současné době (březen 2015) je Ministerstvem financí připravován zákon, který by měl regulovat prostředí komerčního zdravotního pojištění cizinců.

„Na druhou stranu, když jsme byli asi před rokem se slepým střechem, tak za to jsme neplatili vůbec nic. Ta nemocnice si to vykořisťovala přímo. To proběhlo všechno v pohodě. Nebyl tam žádný problém a nic jsme nedopláceli.“ (Nhung/Linh, Vietnam, 2013)

Nespoléhání se na komerční zdravotní pojištění umocňuje skutečnost, že migranti většinou pocházejí ze zemí, kde zdravotní péče, ať již v důsledku odlišného systému financování zdravotní péče (např. Vietnam, USA) nebo díky fungování „šedé ekonomiky“ (zejména země bývalého SSSR), není všeobecně dostupná a lidé jsou zvyklí za poskytnutou péči platit.

„Je tu jeden zásadní rozdíl. V Moldávii totiž sice existují neplacené zdravotní služby, ale jen formálně. V reálu záleží na tom, kdo má kolik peněz. Což vlastně bylo pro mě pozitivní překvapení v Čechách, že když tu mamka byla asi měsíc v nemocnici, že jsme platili jen za lůžko a léky i péči hradila pojišťovna, což u nás neexistuje, takže, to mě potěšilo, to byl zásadní rozdíl.“ (Andrei, Moldávie, 2010)

„Systém pojištění je lepší než v Mongolsku, služby hrazených jsou širší, a kvalitnější.“ (Altantseseg, Mongolsko, 2011)

„A ani je to nezajímá, protože ve Vietnamu žádné pojištění neexistuje, tam si člověk platí všechno sám. Oni sem přijedou prostě s tím, že si to taky všechno budou platit sami. Pro ně to není samozřejmost. Ve Vietnamu mají na pojištění nárok jenom státní zaměstnanci, ale to je hodně bídný pojištění a jinak všichni musí platit.“ (Nhung a Linh, Vietnam, 2013)

„Tam si platíte všechno sama. Ono to není podle zákonů takhle zavedený, tam je to zdravotnictví bezplatný, ale nedaj vám vůbec nic [...]Třeba táta ten je po operaci srdíčka, takže jsme ho tam chtěli dostat, tak aby nebyl ve frontě, aby nečekal X let - to oni to takhle samozřejmě neřeknou, oni řeknou, že není místo... Tak jsme jako nabídli, že by šel na komerční oddělení, že si všechno zaplatíme. No neplatí jen ten nadstandard, platí si i léky a všechno. ... Lidi od nás [z Ukrajiny - pozn. tazatele] ani nezkoumaj, co jim pojišťovna platí, oni jsou zvyklí platit. A radši to zaplatí, aby neměli problémy a taky aby neztráceli čas.“(Marina, Ukrajina, 2013)

Ani výše zmíněná novela cizineckého zákona z roku 2010, dle které již většina migrantů, odkázaných na komerční zdravotní pojištění, musí mít tzv. komplexní zdravotní pojištění, jež by mělo být „srovnatelné s veřejným zdravotním pojištěním“,⁹⁴ nepřinesla z pohledu migrantů do praxe významné změny. Dokonce se ukázalo, že vzhledem k všeobecně špatné informovanosti migrantů v ČR, někteří dotázaní ani netušili, že současné komplexní zdravotní pojištění by jim mělo pokrývat větší rozsah péče. Zejména ti, kterým žádost o pobyt vyřizoval tzv. „zprostředkovatel“, zaznamenali v podstatě jen skutečnost, že je komerční zdravotní pojištění finančně nákladnější.

„Je dražší to komplexní zdravotní pojištění oproti pojištění na nutnou a neodkladnou péči - pozn. tazatele.“ (Oksana, Ukrajina, 2013)

⁹⁴ zákon č. 329/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky

„Dřív to nebyla ta komplexní, ale ta neodkladná. Tehdy jsem platila, než se zavedlo to komplexní, asi 5 000, 6 000. Teď mám komplexní, protože ze zákona musím mít a to je dražší. Skoro jako veřejné zdravotnictví. 9 750 to stálo na 7 nebo 8 měsíců.“ (Adela, Izrael, 2013)

Výjimečně zaznamenali někteří dotázaní změny v rozsahu kryté zdravotní péče. Zde se ukázalo, že to byli ti, kteří v České republice žijí již delší dobu, jsou informovaní, hovoří dobře česky a uzavírali si pojištění sami.

„Já mám teďka to komplexní rok a půl u Maximy a nic jsem nepotřebovala, ani manžel ani dítě. Takže jen platíme a rozdíl je, že je to dražší.Ale možná je to pojištění lepší, že aspoň máte šanci, že Vás ošetří, že mají smlouvu tady s Krčskou nemocnicí, s Motol, že když vás něco trápí, tak s tím můžete za doktorem.“ (Marina, Ukrajina, 2013)

7.1.4 Výběr komerční pojišťovny

Z výpovědí dotázaných migrantů se ukazuje, že při výběru z nabízených produktů komerčního zdravotního pojištění je ve většině případů rozhodující cena. Souvisí to zejména se skutečností, že migranti musí hradit pojistné na celou dobu povolení k pobytu pojištění dopředu (viz dále). Z výpovědí migrantů vyplývá, že vzájemně si konkurující pojišťovny, ve snaze přilákat klienta, nabízejí řadu slev, které jsou migranty hojně využívány.

„Maxima [...] 19 500 na dva roky. Bylo to se slevou. [...] V minulém roce se i PVZP nabízela. Na dva roky jste musela zaplatit 38 tisíc a tady to je 19,5, takže to je velký rozdíl.“ (Oksana, Ukrajina, 2013)

„Slavii. Ta byla nejlevnější. [...] Šlo o peníze. Byla nejlevnější. Neměl jsem moc peněz a potřeboval jsem to na dva roky. Když jsem si to dělal, tak to (komplexní pojištění - pozn. tazatele) stálo 12 500 Kč za rok a za dva roky 24 000 Kč.“ (Volodyslav, Ukrajina, 2014)

„Tam byla možnost Slavia a Maxima a někdo mi poradil, že ta Maxima je výhodnější, ale nevyžívala jsem péči ani jednou, takže. Tady u té pojišťovny platíme trochu míň, takže jsme jí zvolili spíš z finančních důvodů. Dokud jsem ještě zdravá, tak vybíráme z důvodů, že šetříme. Šetříme, kde se dá, ale pokud by přišli nedej Bůh nějaké problémy zdravotní, tak bych přemýšlela, že bych se pojistila u nějaký jiný pojišťovny. Třeba to PVZP“ (Marina, Ukrajina, 2013)

Nezřídka hraje roli i fakt, že konkrétní komerční pojišťovna nabízí pojištění přímo u úřadovny Ministerstva vnitra (dříve Cizinecké policie), kde jsou vyřizovány žádosti o dlouhodobý pobyt.

„Ty pojišťovny nabízejí to pojištění v takových autobusech přímo před cizineckou policií.“ (Natalya, Ukrajina, 2011)

„...že skoro u každé pobočky bývalé cizinecké policie (od loňského roku nějaký jiný úřad - patří ministru vnitru) se nabízí to komerční pojištění.“ (Le Huong, Vietnam, 2014)

Někteří migranti z vyspělých třetích zemí (USA, Japonsko) vnímali jako negativní skutečnost, že si musí kupovat zdravotní pojištění jen u jedné z několika pojišťoven evidovaných Českou národní bankou a nemohou mít své zahraniční pojištění.

„Mám PVZP, mám ho kvůli právním požadavkům, abych získal vízum. Na "dlouhodobý pobyt" musím mít pojištění a to musí být... jsou tam nějaké detaily kladené na to pojištění, ne? Protože jsem si nejdřív koupil pojištění od soukromé Britské společnosti a to mi nebylo uznáno neakceptovala ho Česká národní banka. Řekli mi, že není dobré a donutili mě si pořídit státní pojištění tady. Docela jsem se divil, o co jde. Myslím si, že to bylo dost zvláštní, protože toto pojištění platí po celém světě, Chápete?“ (Kevin, USA, 2010)

Výjimkou je výběr komerčního zdravotního pojištění pro děti, kdy někteří migranti zvažují i kritérium kvality.

„Dcera zatím čeká na trvalý pobyt. Nemá Slavii, ale VZPčko (PVZP-pozn. tazatele). Udělali jí VZP. [...] Já myslím, že VZP je o nějakou tu stovku dražší, ale lepší péče. Slavia je určitě levnější. My jenom za půl roku u VZP platili 9 000 Kč, ale dostáváme veškerou péči.“ (Volodyslav, Ukrajina, 2014)

U starších občanů je výběr omezen tím, že většina komerčních pojišťoven osoby nad 70 let v době, o které respondentka mluvila, nepojišťovala.

„Komplexní zdravotní pojištění. Udělali mu to zdravotní komplexní pojištění u Maximy a jenom Maxima udělá zdravotní pojištění pro starý lidi. 72 let. Jenom Maxima.“ (Anastasiya, Rusko, 2014)

Výjimečně hrály při výběru roli i specifické pojistné podmínky, jako je například otázka vracení „nespotřebovaného“ pojistného (například v případě, že migrant nedostane povolení k pobytu).

„Vím, že u Maximy dostanu peníze zpátky [...]. Pojištění mám na dva roky, ale vízum jenom na půl roku. A říkali, že kdyby to neprodloužili, tak mi to vrátí.“ (Oksana, Ukrajina, 2013)

7.1.5 Bariéry v přístupu ke zdravotní péči u pojištenců s komerčním zdravotním pojištěním

Většina dotázaných migrantů zmiňovala konkrétní negativní stránky komerčního zdravotního pojištění, které v praxi výrazným způsobem ovlivňují jejich přístup ke zdravotní péči. Zejména se jednalo o nedostatečnou síť smluvních zdravotnických zařízení, finanční nákladnost, existenci četných výluk z pojištění, nutnost v některých případech hradit péči v hotovosti, nejistotu, zda péče bude uhrazena, nesrozumitelnost pojistných podmínek, neetické jednání prodejců pojištění a negativní vliv nepřehledného duálního systému zdravotního pojištění na vztah a komunikaci pacienta a lékaře/zdravotníka.

7.1.5.1 Nedostatečná síť smluvních zařízení

Většina pojišťoven nabízejících komerční zdravotní pojištění vyžaduje po pojištencích, aby využívali převážně služby jimi nasmlouvaných lékařů a zdravotnických zařízení, popřípadě těch, která jim pojišťovna prostřednictvím asistenční služby doporučí. Vzhledem k celkově neatraktivním podmínkám, které pojišťovny zdravotnickým zařízením nabízejí (viz následující kapitola), je síť jejich smluvních zdravotnických zařízení nedostatečná, čímž je omezována místní dostupnost zdravotní péče. Tato skutečnost je riziková zejména v případě potřeby akutní péče, kdy migranti jsou v řadě případů nuceni cestovat za péčí někdy i neadekvátní vzdálenost. Pokud využijí jiné než smluvní zařízení, musí péči nejprve uhradit v hotovosti a pak si proplacení péče vyřizovat s pojišťovnou zpětně. Vzhledem k nejistotě úhrad, která je zmíněna níže, to v řadě případů znamená, že péči nakonec uhradí sami z vlastních zdrojů.

„Když já ptala na zdravotním pojištění, když moje dcera bude mít zlomenou ruku nebo nohu, nějaký úraz, tak co budu dělat. Oni mi řekli, že mám jako smlouvu s nemocnicemi, do kterých musím chodit. [...] Ano. A když já budu pracovat někde za Prahou a vedle bude poblíž nějaká nemocnice, tak já nebudu jezdit až do Prahy. Musím to zaplatit sama svoje peníze.“ (Irina, Ukrajina, 2014)

„Tak já šla domů, večer začalo jako víc to krvácení, to šlo už víc toho stále. My jsme v 12 hodin jeli do Bulovky, protože moje pojištění má smlouvu s Bulovkou, Motol. Přestože bydlíme v Praze 4, já jsem jela přes půl Prahy na Bulovku.“ (Umida, Uzbekistán, 2013)

Nemůžeme s tím kamkoliv, tam je, že má ta pojišťovna asi 4 nemocnice. Můžeme jenom tam, který jsou v té smlouvě. Aspoň mi takhle vysvětlovala ta pani, ale to bych si musela doma probrat, musela bych se na to podívat, abych byla chytřejší.“ (Marina, Ukrajina, 2013)

„Ne, ne, ne. Tady vlastně mám svůj seznam zdravotnických zařízení, kam já můžu chodit. Jinam ne. Není jich moc. Jsou to jenom nemocnice.“ (Oksana, Ukrajina, 2013)

„Oni mi řekli, že jenom do Motola nebo Krč můžu jít... tam, kde je cizinecké oddělení. Oni vysvětlili, tam je telefonní linka bezplatná. Dali mi seznam zdravotnických zařízení, kam můžu jít. Je to ve smlouvě.“ (Volodyslav, Ukrajina, 2013)

7.1.5.2 Finanční náročnost

Finanční náročnost souvisí zejména se skutečností, že migranti musí hradit pojistné na celou dobu povolení k pobytu pojištění dopředu, někdy až na dva roky. Vzhledem k tomu, že většina dotázaných pracuje nebo provozuje živnost v méně placených nekvalifikovaných profesích (Jelínková, 2011) nebo studuje, je pro ně tato částka velkou finanční zátěží. Největší zátěží je to zejména pro rodiny s dětmi, kde je nutno uhradit pojištění více členům.

„Na jednorázové náklady na pojištění a prodloužení víza si musela i nějaké peníze vypůjčit, jedenkrát si nemohla dovolit zaplatit pojištění pro všechny najednou, takže pro děti prodlužovala vízum vždy po roce.“ (Sarangerel, Mongolsko, z terénních zápisků tazatele, 2011)

„Platíme na dva roky pro tři asi přes 50 tisíc.“ (Marina, Ukrajina, 2013)

7.1.5.3 Výluky z pojištění

Někteří dotázaní migranti měli již zkušenosti, že jim na základě výluk z pojištění nebyla péče proplacena. Jednalo se zejména o případy chronických obtíží jako např. problémy se žaludkem, alergie. Jiní si na základě prostudování pojistných podmínek byli vědomi výluk a vyvolávalo to v nich pocity úzkosti a nespokojenosti.

„Jsem velmi nespokojená s komerčním pojištěním vůči hodně omezené péči. Např. nehradí vyšetření infekčních onemocnění.“ (Altantsetseg, Mongolsko, 2011)

„Když člověk neví, tak vždycky zavolá na tu linku. Já mám prostě problém se žaludkem jakoby chronický a já zavolal, jestli můžu pokračovat a oni mi řekli, že když to mám chronicky, tak to ne.“ (Volodyslav, Ukrajina, 2013)

„Moje žena, když sem přijela, tak tu začala mít problémy se sliznicí a zjistili, že má alergie. Měla tak tři, čtyři měsíce dýchací problémy a za tu dobu jsme byli u doktorů, na rentgenech, u alergologa na vyšetření a vlastně všechno jsme museli platit sami a z toho nám toho alergologa nikdo neproplatil.“ (Nhung a Linh, Vietnam, 2013)

„Ano, podmínky jsem studovala a ještě jsem se radila s jednou paní. Kdybych byla nedej bože diabetik, tak mi tu péči neplatí, musela bych to

platit sama nebo ještě nějaký nemoce, že to neproplatí." (Adela, Izrael, 2013)

Vážným problémem je i situace, kdy pojišťovna péči neproplatí s odůvodněním, že nemoc nebo její příčiny vznikly v období před uzavřením pojistné smlouvy (výše zmíněné pre-existing conditions).

„Musel jsem platit v podstatě vždycky, když jsem šel do nemocnice. I když jsem měl soukromé zdravotní pojištění. Pořád si myslím, že kdybych ho vůbec neměl a platil to všechno v hotovosti, vyjde mě to levněji. Teď jsem idiot, který platí soukromé pojišťovně, která to nakonec vždycky nějak zařídí, aby nemusela nic proplácet. Měl jsem problémy s žaludkem a šel do nemocnice na vyšetření. Asi tak 4 x. V pojišťovně mi řekli, že nebudou platit ani za jednu tu návštěvu, protože ty problémy s žaludkem mi mohly vzniknout ještě před tím, než jsem tu s nimi to pojištění uzavřel. Jasně, mohl jsem to mít od narození nebo cokoliv, ale první příznaky se objevily až tady, když už jsem byl pojištěný u nich. Musel jsem to zaplatit všechno, bylo to velmi drahé. " (Ethan, USA, 2014)

7.1.5.4 Nejistota ohledně uhrazení péče a nutnost hradit péči předem v hotovosti

Bariérou v přístupu ke zdravotní péči je i skutečnost, že pojištěnci v rámci komerčního zdravotního pojištění nemají jistotu, zda péče bude proplacena. Jedná se zejména o výše zmíněné případy, kdy využijí zdravotnické zařízení, které nemá s jejich pojišťovnou uzavřenu smlouvu a uhradí péči v hotovosti. Pojišťovna péči uhradí až po prošetření pojistné události, které může trvat až 3 měsíce.

„Ano jsem nervózní, že kdyby se něco stalo, třeba mě srazilo auto nebo tak, jsem nervózní, že by to nezaplatili, ale doufám, že se to nestane, takže to nebudu muset řešit?" (Perry, USA, 2010)

„Oni jako říkali, že je to jako komplexní. Když já mám nemocný dítě a chci s ní jít k doktorovi, tak musím zaplatit to svoje peníze. A potom volám a tam buď budou platit, nebo ne." (Irina, Ukrajina, 2014)

„Já zavolala do nemocnice pro sanitku. Přijela k nám sanitka a já řekla, že to je můj otec a že se necítí dobře. Oni mu změřili tlak a říkali, že jestli chcete, můžeme do Vinohradské nemocnice. Já říkám dobře. Vzali otce a sanitkou ho vzali do nemocnice. Lékař se v sanitce zeptal, jestli má pojištění. Řekl, že má a ukázal kartičku Maximy. To je komerční pojištění, a otec má vízum k tomu komerčnímu pojištění. Tak on řekl dobře, a že musíme zaplatit 2 500 Kč. Tak já řekla, že když musím, tak musím. Dostala jsem potvrzení a zaplatila jsem 2 500 Kč přímo do ruky. Vystavil takovou fakturu jako potvrzení o zaplacení." (Anastasiya, Rusko, 2014)

V některých případech však pojišťovna neuhradí na základě výluk z pojištění péči vůbec nebo ji uhradí jen částečně. Důvodem částečné úhrady je skutečnost, že většina komerčních pojišťoven má ve svých smluvních

podmínkách, že péči zaplatí jen v takové výši, v jaké by byla uhrazena v rámci veřejného zdravotního pojištění. Zdravotnická zařízení však cizincům mimo systém veřejného zdravotního pojištění velmi často účtují péči ve smluvních cenách. V případě akutní zdravotní péče jsou sice zdravotnická zařízení na základě vyhlášky MZ ČR⁹⁵ povinna požadovat od cizinců úhradu péče jen ve stejné výši jako ve veřejném zdravotním pojištění, jak ale vyplývá z některých výpovědí migrantů, v praxi tato vyhláška bývá zdravotnickými zařízeními, ať již vědomě či nevědomě, porušována a cizincům jsou i v případě akutní péče účtovány ceny vyšší. Migranti pak musí rozdíl mezi smluvními cenami a cenou výkonu v rámci veřejného zdravotního pojištění uhradit sami.

„Já mám kamarádku, která měla apendix a ona měla Slaviu zdravotní pojištění, tak Slavia jí zaplatila jenom 12 % té operace. A ta operace stála 70 000 Kč.“ (Irina, Ukrajina, 2014)

„Moje žena je Vietnamka a zatím má jenom tohle komerční pojištění. Byli jsme tak u sedmi doktorů, takže ty zkušenosti jsou hodně různé. Když to porovnám s tím, když já jsem nemocný[má veřejné zdravotní pojištění] a manželka je nemocná, tak ty její náklady jsou mnohem větší. Je to na té peněžence skutečně cítit. Když jde na rentgen nebo na cokoliv, tak všechno platíme v hotovosti. Jedna kontrola 200, rentgen 250 a za ten den tam člověk může nechat 1 000 nebo i 2 000. Pojišťovna proplácí, ale jenom částečně. A ty místa, kde se to proplácí, jsou asi jenom dvě nebo tři. Je s tím dost práce. My dostaneme nějaký účtenky, musíme na pojišťovnu, pak musíme pár dní čekat, jestli něco proplatí nebo ne.“ (Nhung a Linh, Vietnam, 2013)

7.1.5.5 Nesrozumitelnost pojistných podmínek

Většina dotázaných migrantů neznala pojistné podmínky vztahující se k jejich pojištění. Jako nejčastější důvod byla uváděna dostupnost těchto podmínek jen v českém jazyce, těžký právní jazyk a malé písmo těchto podmínek. V některých případech, zejména tam, kde berou pojištění jen jako doklad pro získání dlouhodobého pobytu, se migranti ani nesnažili podmínkám porozumět.

„Tam jsem zkoušela pročíst podmínky pro komerční pojištění od PVZP. Zkoušela jsem to pochopit, ale nic jsem nepochopila. Probírala jsem to s Češkou a pro ní to taky bylo moc náročný to pochopit. Spíš je to jenom pro právníka. Pro normálního člověka i pro občana to taky není srozumitelný. Je to psáno právníckými slovy. Maxima psaná konkrétně pro cizince. Tam jsou konkrétní podmínky, konkrétní povinnosti a konkrétní práva. Co se týče práv, tam napsáno všechno, ale co se týče povinností, tam nenapsáno všechno.“ (Umida, Uzbekistán, 2013)

⁹⁵ Cenový předpis MZ ČR 1/2011/DZP, o regulaci cen zdravotní péče..., Věstník MZ ČR č.1/2011

„Jo. Člověk vidí malá písmena a moc na to nekouká. [...] Popravdě neměl moc času, dost tak nečetl. Dali mi to všechno podle zákona. Já chtěl, aby to bylo rychle.“ (Volodyslav, Ukrajina, 2014)

„Řeknu vám pravdu, že já nečetla tu smlouvu z Maximy. Taková smlouva a takový malý písmenka. [...] Když jsem smlouvu uzavírala, neřekli nic. Uzavírali jsme to pojištění v metru, kde je taková kancelář, která zajišťuje všechny ty pojištění. Na Můstku. To není chyba kanceláře. Pro ně je důležité prodat hodně těch pojištění.“ (Anastasiya, Rusko, 2014)

„Nemůžu říct, moje pojištění je takové, protože jsem nerozuměla dobře tomu, co v tom pojištění mám. Nerozuměla jsem, jaký pojištění já mám. A taky určitě doktor nebo doktorka tomu nerozumí.[...] Problém je, že všechny dokumenty jsou česky.“ (Hanako, Japonsko, 2013)

Jeden z respondentů dokonce poukázal na to, že ve vietnamské variantě smluvních podmínek je závažná chyba v překladu, která může být brána jako „klamání klienta“.

„Je to A4 hodně hustě popsaná a jsou tam v překladech chyby. [...] Ano. My máme PVZP, tak jsem si vzal obojí [ve vietnamštině i v češtině - pozn. tazatele] a zjistil jsem, že tam jsou zásadní chyby. Třeba tam je v češtině napsáno, že pokud se klient zraní v rámci jeho práce mimo území ČR, tak pojišťovna není povinná nic proplácet. Jenže ve vietnamštině je napsáno ne mimo ČR, ale v ČR. [...] To je podle mě záměr. Vzhledem k tomu, že 90 % všech lidí pracuje tady, tak to je docela zásadní informace. Problém je v tom, že kromě mě, si toho asi nikdo nikdy nevšimne. Za prvé, Vietnamcům je to jedno a ten, kdo by si to přečetl, tak musí umět i česky, aby si to dokázal zkontrolovat. V podstatě je to podvod. Kdy jindy se budu zajímat o ty podmínky? Jenom, když se zraním v práci. To je asi jediná pojišťovna, která si dala práci s tím, to přeložit a přeložili to blbě. Našel jsem tam asi tři nebo čtyři chyby. Ty ostatní to byly jen drobnosti ve slovíčkách, ale tohle mě teda fakt zarazilo.“ (Nhung a Linh, Vietnam, 2013)

7.1.5.6 Nedostatečné informování při uzavírání pojištění

Řada respondentů byla velmi nespokojena s podáváním informací při uzavírání pojistné smlouvy. Setkávali se se situacemi, kdy jim pojišťovací agenti odmítali odpovídat na jejich dotazy, dodat seznam smluvních zařízení, nesdělili podstatné skutečnosti (např. existenci čekacích lhůt, nutnost volat asistenční službu). Možným vysvětlením této arogance a neprofesionálního chování pojišťovacích agentů může být fakt, že zdravotní pojištění cizinců je povinné, tudíž „přisun“ klientů mají tito zajištěni a „nemusí“ se tolik snažit. Jedná se také o to, že řada z těchto pracovníků nabízí pojistné produkty více pojištěni a v zásadě jim nezáleží na tom, který produkt si potencionální klient vybere.

„Víte co, když bylo to komplexní zdravotní pojištění, tam nikdo neřekl, když například budete v nemocnici, tak zavolejte. To je důležitá informace. Řekněte číslo smlouvy a všechno oni pro vás udělají. ... Ne řekli jenom zdravotní pojištění, částka, zaplaťte, uhradte a nashledanou. Nejdůležitější

je informace, že když nebudeš moct, tak zavoláš. A to mi nedali." (Anastazyia, Rusko, 2014)

„Byli strašně nepříjemný. Ten pán se mnou vůbec nechtěl komunikovat. On jenom podepište tady, tady, tady a já říkám, že potřebuju vědět, co podepíšu. Nechtěl mi to vůbec vysvětlit. Chtěla jsem seznam doktorů, který mají smlouvy s tou pojišťovnou a on ať jdu zaplatit a že mi něco připraví a připravil mi jenom v Boleslavi. A já mu říkám, že potřebuju něco z Prahy, ale vy máte tam adresu, takže mi to nechtěl dát. A do smlouvy mi dali datum těhotenství nebo datum porodu. A já říkám, co to znamená? A on, že kdybych byla teď těhotná, tak to se prostě ta čekací lhůta nekryje. Neupozornili mě na to. Jen jsem si toho všimla tady na kartičce, kde je to napsané malýma písmenama. Všimla jsem si toho, a až teprve pak mi to vysvětlil.“ (Adela, Izrael, 2013)

„Ne. Nic mi neřekli. Oni si nevšímaj. Já neumím mluvit dobře česky, proto oni myslí, nerozumím dobře, proto nevysvětlí nic.“ (Hanako, Japonsko, 2013)

Nemalá část respondentů, zejména z Ruska, Vietnamu a Ukrajiny, si kupovala pojištění přes zprostředkovatele. Tito migranti pak nebyli o pojistném produktu informováni vůbec.

„Co se týče Vietnamců, tak většina Vietnamců si to kupuje od zprostředkovatelů, kde si dělají dlouhodobý pobyt. Člověk přijde za zprostředkovatelem, ten za několik x desítek tisíc mu udělá dlouhodobý pobyt a ten zprostředkovatel je domluvený s nějakým dealerem zdravotního pojištění a od toho to automaticky bere. Dealer té pojišťovny jim dá jenom to razítko, že mají pojištění. To není dealer typu, že by vám nabízel různé produkty a vysvětloval. Většina Vietnamců tady má pojišťovnu u tohoto svého zprostředkovatele.“ (Nhung a Linh, Vietnam, 2013)

7.1.5.7 Ne/informovanost a nedůvěra zdravotníků ve vztahu ke komerčnímu zdravotnímu pojištění

Dotázaní migranti potvrdili, v souladu s výsledky předchozích studií zaměřených na zkušenosti zdravotníků s péčí o migranty v ČR (Dobiášová, Hnilicová, 2011), že také lékaři a zdravotní sestry se neorientují v tomto duálním systému zdravotního pojištění. To ústí v jejich nedůvěru ke komerčnímu zdravotnímu pojištění, která je mnohdy ještě umocněna negativními zkušenostmi, kdy pojišťovna již poskytnutou péči neuhradila, pacienti (většinou z nízkopříjmových vrstev) nemohli péči uhradit a zdravotnickým zařízením zůstali dlužní. Nepřehlednost systému a špatná informovanost zdravotníků vede i k tomu, že ve vztahu k cizincům nepostupují jednotně a konkrétní řešení závisí na jeho/její osobnosti a zkušenostech. Silně problematická je také skutečnost, že se pojistné podmínky často mění a zdravotníci ani nemohou znát všechny verze pojistných podmínek. To vše vede v praxi k tomu, že zdravotníci požadují po migrantech často raději platby v hotovosti. Dle výpovědí některých respondentů se rovněž

nezřídka objevuje diskriminační přístup, kdy jsou zdravotníci k migrantům (zejména k těm s komerčním zdravotním pojištěním) nevstřícní a jednání o úhradě péče vážně narušuje vztah pacient-zdravotník. Problémy s úhradou péče a negativní přístup zdravotníků k migrantům (většinou však u neregulérních) zmiňují i zahraniční studie (např. Priebe et al., 2011).

„Také si stěžovala, že někteří požadovali různou platbu za stejné ošetření.“ (Sarangerel, Mongolsko, z terénních zápisků tazatele, 2011)

„Vždy se zdá, že úhrada je důležitější než poskytnutí kvalitní péče. (Joseph, USA, 2011)

„Jednou jsem byla nemocná hned první rok, co jsem tady bydlela. Měla jsem angínu. Šla jsem k doktorovi na Národní třídě. Tehdy jsem měla Slavii, ukazovala jsem průkaz, že mám pojištění a byla jsem strašně nemocná, sotva jsem tam došla a ona místo aby mi řekla, že mě hned pustí k doktorovi, řešila moje pojištění. Říkala jsem jí, že je mi to jedno, že za to zaplatím, ale že potřebuju ošetřit. A ona ne, musela pořád telefonovat a dělat nějaký hovory a pak teprve mě začali vyšetřovat a já jsem měla horečku. Od té doby jsem tady naštěstí nebyla.“ (Adela, Izrael, 2013)

„Já krvácela. A sestra pak začala řešit to s tím pojištěním. Já jí ukázala tu kartu a ona jí jakoby neuznala a začala, že nemaj s tou pojišťovnou smlouvu. Ona na mě začala ukazovat, že mi platí od roku 2009. Ale prostě my sme v tu chvíli z domu utíkali rychle a já jsem zapoměla vzít všechny papíry s sebou a hlavně ten seznam nemocnic, které mi dala Maxima při uzavírání pojistné smlouvy. Tam ta Bulovka byla [...] My jsme schválně jeli na Bulovku. Já říkám, já mám doma papír, který je platný, vy máte už neplatný. Takže jsme s ní začali řešit, kdo z nás jako právníky je šikovný, jestli ona nebo já. Dvě hodiny řešíme ty administrativní věci.“ (Umida, Uzbekistán, 2013)

V rozhovorech se objevil i případ, kdy neinformovaný lékař v podstatě donutil příbuznou vážně nemocného pacienta, aby mu zařídila vstup do veřejného zdravotního pojištění tím, že ho fiktivně zaměstnala.

„Pak doktor hlavní toho oddělení mi řekl, jestli mám ještě nějaké jiné než to komerční pojištění. Já říkám, že mám tu Maximu, že je to komplexní komerční pojištění velmi dobré a že je to velmi drahé. To je nejdražší pojištění, 30 000 na rok [...] A on mi říkal, ať udělám nějaké veřejné zdravotní pojištění, jestli ne, tak to budu platit. Můj otec do pátku do 12 hodin, jestli nepřinesu potvrzení to veřejné zdravotní pojištění, tak otcovi pobyt v nemocnici zrušíme a můžete si ho vzít zpátky. Já říkala ne, ne, ne, otec bude mít to veřejné zdravotní pojištění.“ (Anastasiya, Rusko, 2014)

7.1.5.8 Zajištění pojištění pro děti

Někteří dotázaní nebo jejich blízcí, kteří měli dlouhodobý pobyt, ale byli zaměstnání, měli nárok na to, být účastníky veřejného zdravotního pojištění, zatímco jejich děti byly odkázány na pojištění komerční. Tato možnost srovnání rozsahu péče hrazené veřejným a komerčním zdravotním pojištěním jasně vedla

rodiče k závěru, že veřejné zdravotní pojištění by daleko lépe odpovídalo potřebám jejich dětí. Cítili jako nespravedlnost, že oni mají nárok na „lepší“ zdravotní péči než jejich děti. Také v „Závěrečném doporučení Výboru pro dětská práva OSN: Česká republika k 3. a 4. periodické zprávě ČR o naplňování Úmluvy o právech dítěte“ z června 2011 byla ČR kritizována za to, že je dětem migrantů „bráněno v přístupu k veřejnému zdravotnímu pojištění a je na nich požadováno, aby si zařídily soukromé zdravotní pojištění za podstatně vyšších nákladů. ... že děti cizinců, jež trpí vážnými onemocněními, jsou často odmítány soukromými poskytovateli zdravotního pojištění, a proto nemají přístup ke zdravotním službám a péči“ (UNICEF, 2011).

„Já mám normální zdravotní u veřejné. Moje dcera, tu j etři roky a měla Slaviu, měla Uniqu a měla PVZP. Ted' má Inter Partner Assistance.[...]Budu mít nemocnou dceru, něco se s ní stane, potřebovala by nějakou operaci, tak aby se to zaplatilo. U toho komerčního se obávám, zda to půjde. Já mám pojišťovnu jako zaměstnanec, tak já to neřeším.“(Irina, Ukrajina, 2014)

Ze systémového hlediska je nedořešená také situace, kdy matka dítěte je zaměstnána, a tudíž pojištěna v systému veřejného zdravotního pojištění, ale její nově narozené dítě ne. Rodiče mohou pro něj uzavřít pojistku až po jeho narození, kdy v případě zdravotních komplikací (např. vrozená vada) komerční pojišťovna novorozence na potřebnou péči nepojistí nebo uplatní na vrozenou vadu podmínku pre-existence. Doposud neexistuje v rámci komerčního zdravotního pojištění migrantů takový pojistný produkt, který by umožňoval uzavřít pro dítě pojistku ještě před porodem, aby jeho veškerá potřebná poporodní péče byla finančně kryta. Existuje zatím jen možnost, aby novorozenec těsně po porodu byl pojištěn v rámci komerčního pojištění matky, což neřeší výše zmíněnou situaci, kdy je matka pojištěna ve veřejném zdravotním pojištění.

„Manželka má VZPčko. Ona byla vždycky zaměstnaná, takže měla vždycky to veřejné pojištění. Tam nebyl problém. My museli zaplatit akorát za narozenou holčičku 8 000 Kč.“ (Volodyslav, Ukrajina, 2013)

7.1.6 Komunikační bariéra, kulturní rozdíly a diskriminace

Komunikační bariéra je u dotázaných migrantů jednou z nejčastějších neformálních překážek čerpání zdravotní péče a to jak u migrantů s veřejným, tak i u migrantů s komerčním zdravotním pojištěním. Podobné výsledky přinesl již výzkum z roku 2004 zaměřený na zdravotní péči o děti migrantů (Dobiášová, Křečková - Tůmová, Angelovská, 2005). Také Vacková, Rolantová (2015) zjistili

v kvalitativním výzkumu mezi mongolskými migranty, že oddalují zdravotní péči z důvodu jazykové bariéry a jazykovou bariéru pociťují při čerpání zdravotní péče jako problém (Vacková, Rolantová, 2015). Vzhledem k tomu, že lékaři a zdravotníci mají ze zákona⁹⁶ povinnost poskytovat zdravotní péči na základě informovaného souhlasu (Těšinová, Žďárek, Policar, 2011), je běžnou praxí v českých zdravotnických zařízeních využívání tlumočnicků. Problematickou může být skutečnost, že se ve většině případů jedná o laické tlumočení příslušníky rodiny či komunity. K tlumočení jsou nezářídka využíváni i migranti z řad personálu zdravotnického zařízení. Podobně např. Tóthová a Scholz zjistili, že čínští migranti v ČR si nejčastěji přejí, aby jim v nemocnici tlumočil člen rodiny (Tóthová a Scholz, 2011).

„Já ze začátku taky trochu měla problémy s porozuměním. Ale mí známí kteří neumějí místní jazyk, vždy museli se zeptat někoho, aby jim ztlumočil a za to také zaplatit za hodinu 100-200 Kč.“ (Alatantseseg, Mongolsko, 2011)

„Doktor povolil mě a mamince, protože otec nemluvil česky, zůstat tam 24 hodin. Tak maminka například přes den a já večer a v noci atd.“ (Anastasyia, Rusko, 2014)

„Tady u nás v nemocnici taky někdy musíme tlumočit, když třeba přijde někdo z Ruska, ale ty doktoři většinou rusky umí, to spíš ty mladý holky ne.“ (Marina, Ukrajina, 2013)

„Nejdřív jsem musela být s maminkou mnoho měsíců v nemocnici, měla nemocnou slinivku. Musela jsem jí překládat a k tomu jsem musela být v práci. To bylo těžký. Každý slovo jsem si musela hledat, napsat, nešlo mi to, vietnamsky, česky... To bylo fakt těžký.“ (Han, Vietnam, 2010)

„Všude chodím s manželkou a tlumočím jí.“ (Nhung a Linh, Vietnam, 2013)

Řada dotázaných, hovořících anglicky nebo rusky, s porozuměním neměla velké problémy. Při čerpání péče se setkávali se snahou lékařů domluvit se.

„Oba lékaři, které jsem navštívil, mluvili perfektně anglicky.“ (Perry, USA, 2010)

„Pak jsme zjistili, že v nemocnici byla doktorka, co uměla rusky, tak to takový problém nebyl“ (Andrei, Moldávie, 2010)

„Rozumím, ale prostě jakoby špatně mluvím. Vaši doktoři znaj trochu ruštinu, tak je to lepší. Když jdu k nějakému doktoru, chci mu vysvětlit, co potřebuji, tak já napřed v hlavě promyslím, co budu říkat. Vždycky si to připravím. Otázky už vím. Nebo když mi oni dávají otázky, tak to už znám.“ (Volodyslav, Ukrajina, 2014)

⁹⁶ zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Také oceňovali cizinecká oddělení velkých nemocnic, kde byl k dispozici lékař s jazykovými dovednostmi.

„Ne, v nemocnici bylo oddělení pro cizince. A byli dobří a ta doktorka mluvila anglicky velmi dobře. Říkala, že pracovala v charitě v Africe nebo tak něco. Mluvila se mnou anglicky.“ (Kevin, USA, 2010)

V několika případech se dotázaní nebo jejich známí (jak s veřejným tak i komerčním zdravotním pojištěním) setkali s tím, že je zdravotníci nechtěli zaregistrovat v oblasti primární péče (praktický lékař, gynekolog, stomatolog) nebo ošetřit. I když migrační původ jako příčina odmítnutí byl explicitně vyjádřen jen v jednom případě, migranti i v ostatních případech přikládali tuto nepříjemnou zkušenost tomu, že jsou cizinci.

„Stalo jí také, že zubní lékař ji odmítl, že je cizinka.“ (Sarangerel, Mongolsko, z terénních zápisků tazatele, 2011)

„Překládala jsem pro mého pracujícího známého, který neumí jazyk, několikrát - i když s VZP - sestričky, lékaři byli neochotni ho přijmout a ošetřit.“ (Altantsetseg, Mongolsko, 2011)

Kulturní rozdíly jako určitou překážku čerpání zdravotní péče pocítovali jen dva migranti z vyspělých třetích zemí (USA a Japonsko).

„Někteří doktoři nedodržují standardy péče, nebyl jsem spokojený zejména při dvoutýdenní hospitalizaci v nemocnici. (Joseph, USA, 2011)

„Česká nemocnice není striktní. Třeba v Japonsku je všechno moc striktní, proto třeba váha... V české nemocnici oni se zeptaj mě, kolik kilo mám. Oni se zeptaj, ale nekontrolují. Výšku, zeptaj se, ale neměřili. A ještě měřit tlak, ale v Japonsku není ruční, tam je elektronický. Všechno vypadá staré bohužel. [...] Ne, ne, ne. V Japonsku víc mluví.“ (Hanako, Japonsko, 2013)

Všichni ostatní dotázaní žádnou kulturní bariéru nepocítovali a s přístupem zdravotníků byli spokojeni.

No pro mě v Česku je lepší přístup k pacientům jako oni jako ochotný.. (Darja, Bělorusko, 2010)

„V Asii máme k tělu jiný přístup, ale jsem tady spokojená. (Han, Vietnam, 2010)

„V průběhu těhotenství mně pan doktor všechno vysvětlil, tak jsem jako nemusela, v průběhu těhotenství jsem neměla takový problém.“ (Tsetsegma, Mongolsko, 2011)

„Doktorka vždycky s úsměvem „Dobrý den, posadte se.“ Dobrý to bylo. Starají se o člověka. Dcera byla spokojená. Vždycky nějaký dáreček na odchodu dostala od paní doktorky.“ (Volodyslav, Ukrajina, 2014)

7.1.7 Strategie migrantů k zajištění zdraví

Migranti vzhledem k omezené dostupnosti zdravotní péče volí různé alternativní strategie řešení zdravotního problému. Výzkum ukázal, že ti, kteří mají komerční zdravotní pojištění, tj. nemají právní nárok na státem hrazenou zdravotní péči, volí podobné strategie jako neregulární migranti v jiných evropských zemích (Biswaset al., 2011): platby v hotovosti, odkládání léčby či samoléčbu. Vzhledem k špatné informovanosti a nedostatečné integraci do české společnosti preferuje řada migrantů, včetně těch, kteří mají veřejné zdravotní pojištění, čerpání zdravotní péče v zemi původu, využívání známých lékařů (často také migrantů) a zdravotnických zařízení specializujících se na zahraniční pacienty.

7.1.7.1 Platby v hotovosti

Nejčastějším řešením je placení v hotovosti, kdy se migranti ani nesnaží zdravotníkům vysvětlit, že mají komerční pojištění. Jedná se zejména o menší výkony, o preventivní lékařské prohlídky a stomatologickou péči (i akutní).

„Mám tu nějaký kaz. Dřív jsem se zeptala, jestli mě ona [lékařka - poznámka tazatele] zaregistruje a ona mi řekla, že pracuje s takovejma jako jsem já. Já tam platím sama v hotovosti. Třeba 700, 800 jeden zub... jako oprava kazu. A jestli bych měla chřipku, tak taky bych platila to asi sama. Pojištění nevyužívám.“ (Nataša, Rusko, 2014)

„A když se jedná o zubaře nebo takhle, tak to jdou většinou k normálnímu lékaři, ale chodí většinou k soukromým, takže si to platí. Nemyslím si, že si vůbec někdo nechá něco proplácet nebo že si uvědomují, že to pojištění má nějakou funkci. Myslím, že si všechno platí sami. On je o tom nikdo neinformuje.“ (Nhung a Linh, Vietnam, 2013)

7.1.7.2 Odkládání péče a čekání na vstup do veřejného zdravotního pojištění

Současný duální systém veřejného a soukromého zdravotního pojištění s sebou přináší pro vulnerabilní skupinu cizinců, nacházejících se v již tak poměrně tíživé situaci života v cizím prostředí, řadu dalších stresových situací. Na komerční pojištění jsou odkázáni zejména cizinci v prvních letech života v cizí zemi, kdy nejistota úhrady zdravotní péče v rámci komerčního pojištění a strach, že je kvůli tomu budou zdravotničtí pracovníci diskriminovat, vedou migranty často k odkládání léčby. Podobná zjištění přináší i výzkumná studie zaměřená na mongolskou minoritu Tóthové a kol. z roku 2011, kdy co nejdříve jde k lékaři jen

24 % dotázaných a na druhé straně 12 % odkládá návštěvu co nejdéle je to možné (Tóthová a kol., 2011). V některých případech také odkládají péči z důvodu naprosté neinformovanosti o tom, na co mají v rámci komerčního pojištění právo a jak by v případě nemoci měli postupovat. Tato strategie migrantů je velmi riziková zejména v případě infekčních onemocnění.

„Já jsem to odkládala jenom kvůli tomu, že nevěděla jsem, kam jít. ..Vůbec nic jsem nevěděla. Já jsem jela tady studovat, takže měla jsem dokumenty jako v pořádku. To jsem dělala ještě v Rusku. Měla jsem nějakou pojišťovnu, to jsem věděla, ale nevěděla jsem, co ta pojišťovna dělá a co s tím já můžu dělat.“ (Nataša, Rusko, 2014)

„Docela to vnímám jako i v tý vietnamský komunitě. Hodně lidí se nedonutí léčit a pak půlka tržnice je permanentně nemocná.“ (Nhung a Linh, Vietnam, 2013)

Z výpovědí některých dotázaných migrantů vyplynulo, že ti v době, kdy mají komerční zdravotní pojištění, odkládají řešení některých zdravotních problémů či např. plánují rodičovství až na dobu, kdy získají trvalý pobyt a vstoupí do systému veřejného zdravotního pojištění. Tím dochází k tomu, že v prvních letech života v České republice řada z migrantů péči nečerpá, zanedbává své zdraví a po vstupu do systému veřejného zdravotního pojištění mohou mít v budoucnu větší zdravotní potřeby než majoritní populace.

„Víte, já vám to řeknu takhle. Mám pár kamarádek. Jedna má už trvalej pobyt a je strašně spokojená, že má to veřejný. Je u doktorů furt. Někde jí něco píchne a ona už tam.“ (Oksana, Ukrajina, 2013)

„My čekáme, až bude mít manželka trvalý pobyt, tak potom snad zkusíme si pořídit dítě, ale až potom, až to bude všechno v klidu.“ (Nhung a Linh, Vietnam, 2013)

„Ano. Jsem registrován (u praktické doktorky), koukám na svoje zdraví. Cizinec vždycky čeká na ten trvalý pobyt. Tedka akorát půjdu k doktorovi udělat kontrolu aspoň jednou za deset let. Ano už mám trvalý pobyt a veřejné pojištění. Získal jsem ho v prosinci. Určitě to hraje roli. Můžu jít do jakékoliv nemocnice a jakýkoliv doktor mě může vyšetřit. To předtím nešlo.“ (Volodyslav, Ukrajina, 2013)

„Přemýšlela jsem nad tím, že bych se měla začít léčit tady (doposud se jezdí léčit do Izraele - pozn. tazatele), ale právě doufám, že to je poslední rok, co mám to komplexní, protože pak se stěhuju, požádám o trvalý pobyt a pak budu mít normální, to veřejný.“ (Adela, Izrael, 2013)

„Doufám, že mě ten trvalý pobyt vyřídí dříve, do těch třech měsíců. Jsem těhotná a bylo by dobré, abych měla trvalý již v době porodu, protože jinak budu muset dítěti platit komerční pojištění a za péči v porodnici za dítě budu muset platit.“ (Irina, Ukrajina, 2014)

7.1.7.3 Samoléčba

Další velmi rizikovou strategií, zejména v případě dětí, je hojně migranty praktikovaná samoléčba. Migranti si většinou obstarají léky v zemi původu či si je sami po poradě s lékárníkem koupí v lékárně. Někteří dotázaní také využívají k samoléčbě tradiční léčebné metody užívané v zemi původu. Podobná zjištění přinášejí i výzkumy zdravotního chování mongolských migrantů, dle kterých tito preferují alternativní metody léčby před konzervativními (nejvíce léčivé byliny a masáže) (Tóthová a kol., 2011; Vacková, Rolantová, 2015). Zdravotní komplikace takovéto samoléčby, mohou být v konečném důsledku daleko finančně nákladnější než samotné léčení primární nemoci. Zde je nutno opět zdůraznit i fakt, že velká část migrantů s komerčním zdravotním pojištěním později, kdy získají pobyt trvalý, vstoupí do systému veřejného, který ponese pozdější náklady zanedbané péče.

„Ještě kupuju léky na Ukrajině. Když má dcera angínu nebo teplotu, tak léčím jí doma sama, nejdou k doktorovi.“ (Irina, Ukrajina, 2014)

„Moje nemoci jsou nachlazení, močák, ledviny a to mám vždycky v létě...Řeším to tak, že si vezmu nějaký paralen, čaj, člověk zůstane doma v klidu nebo urologické čaj. Někdy přecházím nemoci, pokud je jenom rymička. No pokud mám ledvinovou koliku, tak to těžko. To jsem si vzala prášky a zůstala doma v teple [...] Já vím, že se musej dělat náběry, ale já no většinou na to kašlu [...] To se mi stalo jednou, že se mi to vrátilo a to už byl problém...“ (Marina, Ukrajina, 2013)

„Ano, to je pravda, když mi není dobře, tak se o sebe starám sám, protože to je levnější. Snažím se věnovat prevenci a jíst zdravě, беру vitamíny. To mi pomáhá. Není mi zle moc často. Radši si něco koupím sám v lékárně, než abych šel k doktorovi.“ (Perry, USA, 2010)

„Během těhotenství léčila potíže převážně tradičními mongolskými metodami, homeopaticky, bylinkami apod.“ (Sarangerel, Mongolsko, z terénních zápisků tazatele, 2011)

7.1.7.4 Využívání zdravotní péče v zemi původu

Pokud je péče jen trochu odkladná, většina migrantů, zejména z Ukrajiny, ale např. i z Izraele, se jezdí léčit do země původu nebo zdravotní situaci konzultují s lékařem v zemi původu po telefonu. I v zahraniční literatuře je uváděno, že pokud migranti udržují pevné vazby se zemí původu, využívají v zemi původu i zdravotní péči (Abraido-Lanza et al., 1999). V této souvislosti se zde projevuje výše zmíněný tzv. „salmon bias efekt“ (Razum a kol., 1998; Abraido-Lanza et al., 1999; Razum a kol., 2006; Wallace, Kulu, 2013; Villalonga-Olives, Kawachi, 2014). Využívání péče v zemi původu platí také pro preventivní prohlídky (stomatologické, gynekologické, apod.), kdy tyto jsou plánovány společně s návštěvou domovské země. Tuto strategii volí někdy i migranti s veřejným zdravotním pojištěním a to z důvodu, že se v domovské zemi lépe domluví a že mají blízko příbuzné, kteří o ně mohou pečovat.

„Já měla už několik let sem měla jednoho gynekologa [doma v Bělorusku – potn. tazatele] a každé rok k němu chodím a tady jsem se nějak bála a každé rok jsem jezdila domů na dovolenou a každé rok když jedu na dovolenou, tak jdu na gynekologii.“ (Darja, Bělorusko, 2010)

„Jel kvůli žaludku. Kvůli žaludku jsem šel k lékaři na Ukrajině.“ (Volodyslav, Ukrajina, 2014)

„Jo. Jezdíme něco jako vyšetření, jako analýzy, výsledky... to jezdíme na Ukrajinu. Tam nic neplatíme. Tam platíme za zdravotnický materiál. Jinak je to zdarma.“ (Irina, Ukrajina, 2014)

„Taky se radím, zavolám domů (na Ukrajinu - pozn. tazatele) doktorce a ta mi řekne co a jak. [...] Léky si mohu koupit v lékárně, třeba když je člověk nastydlý, ale i ty léky si přivezu z domova.“ (Marina, Ukrajina, 2013)

„Dělám to [uzavření komerčního pojištění – poznámka tazatele] ze zákona a dělám to jenom proto, kdyby se se mnou něco náhodou stalo, tak abych byla pojištěná, ale jinak k doktorům chodím v Izraeli. Jednou, dvakrát do roka, když jezdím domů, tak chodím tam. Víím, že se u nás líp postaraj nebo ne líp, ale jsem zvyklá, dokážu s nima komunikovat bez problémů.“ (Adela, Izrael, 2013)

7.1.7.5 Využívání známých lékařů

Někteří migranti využívají péči známých lékařů, nezřídka z komunity. Zde se objevuje u některých respondentů (Tsetsegma, Mongolsko, 2010 a Adela, Izrael, 2013) v zahraniční (Biswas, 2011) často citovaný faktor, že migranti preferují lékaře z komunity (s migračním původem), který lépe chápe jejich problémy a se kterým se rovněž dobře dorozumí. Jak vyplývá z výpovědí migrantů, smluvní podmínky komerčních pojišťoven jsou pro lékaře natolik nevýhodné, že se ani lékařům, kteří ošetřují větší počet cizinců, nevyplatí

uzavírat s nimi smlouvu. Zdravotní péči poskytují cizincům buď za platby v hotovosti, ale často zadarmo na základě osobních vztahů či jako dobročinnost.

„S dětmi chodí na pravidelné prohlídky, dětského lékaře našla na doporučení známých, je s ním spokojená. Zná dobře nemoci i situaci rodiny, dá se s ním dohodnout i na odložení plateb za ošetření.“ (Sarangerel, Mongolsko, z terénních zápisků tazatele, 2011)

„...hrozně hodný pán to byl. On taky byl jako, oženil s se Ukrajinkou, manželku měl taky cizinku, tak on s náma byl takový, hrozně dobrý pán,...všichni pan doktor, pan doktor“ (Tsetsegma, Mongolsko, 2010)

„Toho doktora jsem znala. To nebylo ve vztahu s pojišťovnou, ale on je původně ze Sýrie, přijímal mě a udělal mi preventivní prohlídku. A kdybych něco potřebovala, tak za ním zajdu. On to dělá jakoby... že mě zná. Je to praktický lékař. Není smluvní, takže bych si to musela platit sama, ale šla bych k němu, protože ho znám. Zažil asi to, co jsem zažila já, protože tu byl taky jako cizinec, tak člověk je rád, že může pomoci. Ta naše tradice... jsme zvyklí, že těm lidem pomáháme. Nekoukáme na pojištění a neřešíme kolik to a to. Já u něj neplatím. Já jsem mu nabízela, že mu to zaplatím a on to nechtěl. On to dělá rád, z přátelství.“ (Adela, Izrael, 2013)

„Když měla žena ten slepák, tak jí to operovali laparoskopicky a ty tři malé jizvičky se jí nehojily, tak jsme šli ke kožnímu, kterež řekl, že by normálně člověka s tímhle pojištěním nepřijal, ale naštěstí to byl můj známej. Že ta pojišťovna mu nic neproplácí. On nemá s tou pojišťovnou smlouvu. Měl jí, ale pak od ní ustoupil, protože mu nic nepropláceli.“ (Nhung a Linh, Vietnam, 2013)

7.1.7.6 Využívání specializovaných zdravotnických zařízení pro cizince

Zejména cizinci z vyspělých zemí a s vyšším socioekonomickým statusem využívají soukromá zdravotnická zařízení poskytující nadstandardní služby⁹⁷ určené mimo jiné také cizincům. V těchto zdravotnických zařízeních všichni lékaři hovoří anglicky a někteří dalšími světovými jazyky. Důvodem využívání těchto služeb je kromě jazykové vybavenosti personálu i vyšší kvalita péče. Podobné zjištění přinesl již kvalitativní výzkum zaměřený na zdravotní péči o děti cizinců z roku 2004 (Dobiášová, Křečková-Tůmová a Angelovská, 2005). Klienti těchto zařízení nebo jejich zaměstnavatelé platí za nadstandardní péči členské příspěvky a samotná péče je pak hrazena buď z veřejného zdravotního pojištění (pokud její pacienti mají) nebo prostřednictvím zahraničních pojišťoven, s nimiž má konkrétní zařízení smlouvu. Klienti českých komerčních pojišťoven poskytujících zdravotní pojištění cizincům však musí tuto péči hradit v plně v hotovosti, protože české komerční pojišťovny (registrované u ČNB) tuto péči nehradí. Zde nastává paradox, kdy si cizinec musí zakoupit dvě pojištění - jedno, které je uznáváno

⁹⁷ Tyto služby poskytují např. společnosti Medcover/Mediconet, Canadian Medical Care, Unicare Medical Center.

Ministerstvem vnitra ČR pro udělení víza k pobytu v ČR a jedno zahraniční, které mu pokrývá péči v specializovaném zdravotnickém zařízení pro cizince. Například respondentka z Japonska nebo respondent z USA uvedli, že své české komerční zdravotní pojištění nevyužívají, protože v případě nemoci plně hradí péči v soukromém specializovaném zdravotnickém zařízení pro cizince, kde se dobře dorozumí.

„Jazyk je velký problém u doktorů. Proto bojím se chodit do české nemocnice. Unicare je lepší. [...] Unicare je soukromá nemocnice a tam bych si to zaplatila, protože oni mluví anglicky. V české nemocnici nikdo nemluví anglicky.“ (Hanako, Japonsko, 2013)

7.2 Dostupnost zdravotní péče pro migranty perspektivou poskytovatelů zdravotní péče

Čeští lékaři, sestry i další pracovníci ve zdravotnictví se v nemocnicích i ve svých ordinacích dnes již běžně setkávají s pacienty různých národností, kteří do ČR přicházejí převážně za prací. Také čeští zdravotníci, tak jako jejich kolegové ve většině zemí EU, dnes téměř denně řeší, jak rostoucímu počtu migrantů poskytnout kvalitní zdravotní péči bez odborného i etického pochybení (Hargreaves a kol., 2008; Reichel, 2009). Profesionální, tj. medicínsky i eticky korektní přístup vyžaduje, aby zdravotní péči přizpůsobili pacientům s často velmi odlišnými kulturními zvyklostmi (Dobiášová a kol., 2010; Priebe, 2011). Zároveň ze strany migrantů očekávají nezbytnou orientaci v českém zdravotnictví a posléze také jejich snahu přizpůsobit se oprávněným požadavkům zdravotníků - v zájmu co nejlepší účinnosti a efektivity péče. Pohledem českých zdravotníků bylo v praxi identifikováno šest základních problémových oblastí při poskytování zdravotní péče migrantům (viz tabulka č. 20).

Tabulka č. 20 **Základní problémové oblasti a podoblasti identifikované zdravotníky při poskytování zdravotní péče migrantům**

Hlavní oblast	Podoblast
Financování zdravotní péče migrantům	Nejasnost rozsahu hrazené péče u komerčního zdravotního pojištění
	Administrativní náročnost spojená s úhradou péče z komerčního zdravotního pojištění
	Neuhrazená péče
Informovanost cizinců	Neznalost českého zdravotnického systému
	Nedostatečná znalost pojistných podmínek komerčního zdravotního pojištění
Komunikační bariéry	Nejistota ohledně porozumění ze strany cizinců
	Obavy ohledně kvality tlumočení a riziko z hlediska zachování lékařského tajemství
	Větší riziko pochybení.
	Větší časová náročnost
Odlišnosti související s etnickým původem	Kulturní odlišnosti
	Odlišnosti související s rozdílným pojetím zdravotní péče
	Odlišnosti související s nízkým socio-ekonomickým statusem a odlišným životním stylem migrantů
	Vzácná či neobvyklá onemocnění
Ochrana veřejného zdraví	Očkování
	Infekční nemoci
	Psychiatrická péče
Informovanost zdravotníků	Neznalost zdravotní historie pacienta
	Neznalost systému financování péče za migranty

Zdroj: autorka

7.2.1 Financování zdravotní péče migrantům

Téma financování zdravotní péče pro migranty zaujímalo v rozhovorech se zdravotníky a dalšími pracovníky zdravotnických zařízení dominantní postavení a objevilo se ve všech rozhovorech, jako problematické. Z analýzy vyplynuly tři klíčové podoblasti, které respondentům v praxi způsobují největší problémy:

- nejasnost rozsahu hrazené péče u komerčního zdravotního pojištění,
- administrativní náročnost spojená s úhradou péče z komerčního zdravotního pojištění,
- neuhrazená péče.

Řada respondentů, zejména ze specializované ambulantní péče a někteří řadoví lékaři v nemocnicích, měla neúplné a mnohdy zkreslené informace o podmínkách legálního pobytu a o právním rámci zdravotního pojištění pro cizince. Prokazovali velmi nepřesné znalosti o komerčním zdravotním pojištění a o

pojistných podmínkách, neznali rozsah kryté péče, a zda tedy pojišťovna potřebnou péči v daném konkrétním případě vůbec uhradí. Naopak velmi dobře informováni byli pracovníci cizineckých oddělení či vedoucí pracovníci.

„Ono je to tak, že jakmile se dostane do nemocnice cizinec, je u nás aktivizován systém, kdy pracovníci úctárny zdravotních pojišťoven kontaktují tu komerční pojišťovnu, která si zpravidla vyžádá výhled jaká péče má být poskytnuta a na základě toho sdělí, zda to uhradí nebo ne a podle toho se pak odvíjí i ten léčebný postup, takže pokud by pojišťovna sdělila, že tu péči nehradí, tak my k tomu přistoupíme, že tu péči zkorigujem. Samozřejmě, že nezbytnou péči poskytneme vždycky.“ (lékař/vedoucí pracovník, interní lékařství)

S ohledem na to, že každá komerční zdravotní pojišťovna má odlišné pojistné podmínky a ty se ještě v čase mění, i pracovníci v jejichž pracovní náplni je vyjednávat s migranty úhradu péče, postrádali některé informace.

„U těch komerčních pojišťoven mi trošku vadí, že my se ani v těch výlukách nevyznáme.“ (cizinecké oddělení, krajská nemocnice)

Někteří lékaři z našeho vzorku se v souvislosti s tím, zda je pacient pojištěn nebo tzv. podpojištěn (pojistka nekryje některá onemocnění či kryje jen akutní péči), popřípadě nepojištěn, cítili omezení v rozhodování o postupu stanovování diagnózy a následné léčby, kdy zejména v nemocnicích jsou nuceni volit strategii finančně nejméně náročné varianty péče.

„Pacienti jdou do kartotéky, pokud nespadá do systému veřejného pojištění, jde na specializované oddělení, oni nám dají pokyn, jakou péči poskytnout, ...u ortopedie to není otázka života a smrti, ale život zachraňující výkony provedeme bez debat u každého i nepojištěného. U zlomenin se ale rozhoduje, zda operačně, což je dražší nebo konzervativně - což je levnější s tím, že definitivní řešení si zajistí cizinec v domovině“ (lékař, ortopedie).

„S problémy s placením péče se setkávám, musím přemýšlet nad každým vyšetřením, aby to byla ta neodkladná péče...“ (lékařka, interní oddělení)

Pokud se jedná o akutní a neodkladnou péči nebo o péči o dětské pacienty, lékaři zdůrazňovali, že poskytnou potřebnou péči vždy a její úhradu „neřeší“.

„U akutních úrazů u dětí, tam ošetříme co je potřeba a neřešíme rozsah“ (lékař, dětská ortopedie).

„Kdyby mi přišla v nemocnici akutní ženská silně krvácející, tak jí nevyhodím, tu péči poskytnu. To se mi stalo v nemocnici mimo Prahu, kde jsem pracovala dříve, že přišla Ukrajinka co tu pracovala načerno. No to jí musím ošetřit, v ohrožení života.“ (lékařka, gynekologie)

„Když je případ urgentní, tak i když vím, že to nikdo nezaplatí (stejně tak, jako pomůžu člověku, který upadl na chodníku), dám mu základní ošetření.“ (lékař, interní lékařství)

Pokud se nejedná o akutní péči, někteří lékaři, zejména v ambulantní specializované péči, odešlou pacienta - migranta do nemocnice. Důvodem jsou jednak komplikace s finanční úhradou a také náročnější a rizikovější péče (z důvodu obtížnější komunikace, nedostupnosti dokumentace apod.) (více viz dále).

„Když má problém nepojištěná, pošlu ji do nemocnice. Ve fakultní nemocnici je spec. oddělení, i nějaké směrnice ohledně léčby cizinců tam asi jsou, oni to asi mají ošetřené...“ (lékařka gynekoložka)

„Je fakt, že díky tomu, že mám ordinaci mimo centrum Prahy a že vím, která pracoviště jsou v Praze dobrá, tak většinou doporučím, že bych to řešil hospitalizací a že doporučuji nemocnici Motol nebo Homolku, kde jsou lékaři, kteří hovoří všemi světovými jazyky. Vybavím je telefonními čísly a doporučím například převoz taxi.“ (lékař, interní lékařství)

Někteří respondenti udávali, že jejich zdravotnickým zařízením vznikly kvůli migrantům dluhy. Týkalo se to jednak nepojištěných migrantů nebo migrantů s tzv. falešným pojištěním (před zavedením novely Cizineckého zákona platné od roku 2010 - viz kapitola 6.2.).

„Odhadují, že ze všech cizinců, kteří jsou v psychiatrické léčbě, je okolo 30% pacientů bez zdravotního pojištění. Jsou to cizinci, jejichž pobytový status je nejasný. Tito cizinci musí zdravotní péči hradit z vlastních prostředků. Nejsou-li schopni zaplatit vystavenou fakturu (obvykle ve výši 30 000 - 50 000 Kč), je jim vytvořen splátkový kalendář. Zda bude či nebude péče zaplacená v plné výši, není jasno. Praxe ukazuje, že část této péče zůstane neuhrazena a stane se součástí dlouhodobých pohledávek PL.“ (cizinecké oddělení, psychiatrická léčebna)

„Ano, celkově evidujeme dluh po lhůtě splatnosti zhruba půl milionu.“ (lékař/vedoucí pracovník, interní lékařství)

„Pamatuji si na tu Ukrajinu nepojištěnou v mém předchozím zaměstnání v nemocnici mimo Prahu. [...] No pak se to z ní vymáhalo. Prý to byly deseti až statisíce.“ (lékařka, gynekologie)

„Tenkrát to byla nějaká ruská a pak se zjistilo, že ty pojistky z Ruska nebo Ukrajiny jsou neplatné. To bylo před tím rokem 2011, kdy oni sem přijeli s nějakou svojí pojistkou a ono to zřejmě bylo zfalšovaný. My jsme se radostně obrátili na Koris. To byla agentura. Koris to ověřuje na Ukrajině a pak nám prostě řekli, že to nezaplatí. Zaznamenali jsme takový případy.“ (cizinecké oddělení, krajská nemocnice)

Druhým důvodem, proč respondentům vznikaly dluhy, byly výluky z komerčního zdravotního pojištění (více viz kap. 5.1). Nejčastěji kritizovanou výlukou byla výše zmíněná (viz kap. 5.1) výluka „pre-existence“, výluky vrozených vad u dětí, infekčních onemocnění a některých chronických nemocí.

„Nebo je i problém, když usoudíš, že to onemocnění vzniklo ještě před dobou toho pojištění. Tak to pak odmítnou normálně platit všechno, i když je člověk nemocnej. To byl případ jedné Ukrajinky. Oni prostě usoudili, protože ty potíže trvaly nějakou dobou. Jenže při prvním píchnutí neběžíte

hned někam k lékaři a ona pak byla asi dva měsíce pojištěná a udělalo se jí tady nějaký gastrokopický vyšetření a takovýchle věcí a oni to potom nezaplatili a my jsme po ní chtěli vlastně peníze. Furt si hledali nějaký cestičky, aby to nemuseli uhradit." (cizinecké oddělení, krajská nemocnice)

„Tam jsou hodně výluky na přímo typy onemocnění. Jako ty onkologický ty tam jsou určitě, pak jsou tam různý HIV a pohlavní nemoci. Na to se to prostě nevztahuje. [...] Je to na rozhodnutí tý pojišťovny. Pacient už je dávno propuštěnej pryč a nám najednou třeba přijde, že se na to vztahuje nějaká výluka a že to nezaplatěj. My už to pak nezjišťujeme jako proč. My pošleme fakturu tomu člověku s tím, ať si to jde do tý svý pojišťovny vlastně vyřídit." (cizinecké oddělení, krajská nemocnice)

„Řada lidí, kteří tu jsou i dlouhodobě na pracovních pobytech třeba Ukrajinci na stavbách nebo ty lidi podnikají a maj sebe i svý rodinný příslušníky pojištěny u pojišťoven komerčních, např. VZP, a.s., ne VZP jako taková a mají podepsanou pojistnou smlouvu, která se nevztahuje na psychiatrický diagnózy a ty lidi to ani neví třeba kolikrát. A to je problém, pokud ten člověk má potíže charakteru, který ho přivedou k léčbě sem, tak se pak následně zjistí, že ta pojišťovna to vlastně nehradí, protože on na tuto diagnózu není pojištěnej." (cizinecké oddělení, psychiatrická nemocnice)

V souvislosti s výlukami, na jejichž základě nebyla péče proplacena, upozornili dva lékaři na to, že je pacienti žádali o provedení ex-post změn v dokumentaci.

„Dítě uložili k hospitalizaci a zjišťovali co a jak. Pojištění bylo v pořádku, ale ta pojišťovna si vyžádala dokumentaci, zjistili, že dítě je tady na vyšetření a ne jen akutní ošetření, takže po nich chtěli peníze. Ta rodina nás žádala, zda by se to nějak nedalo v dokumentaci, ale už je to jednou napsaný." (lékařka, imunologie)

„Pacient uvedl, že si úraz způsobil při fotbale, byl profesionálním hráčem. Vše jsem, jak je to při prvním vyšetření běžné, zapsal do dokumentace, kterou si následně vyžádala pojišťovna. Pak odmítli péči zaplatit, protože pojistka se nevztahovala na profesionální sporty. Pacient mě pak žádal, abych to v dokumentaci odstranil, ale to už nemohu..." (lékař, ortoped)

Velmi kritizovanou oblastí bylo komerční pojištění ve vztahu k těhotenství a novorozeným dětem. U těhotenství jsou velmi problematickou tzv. čekací lhůty, kdy těhotná žena od uzavření pojištění může čerpat péči související s těhotenstvím až po uplynutí předem stanovené doby (zpravidla 3 měsíce).

„Pak vlastně máme jeden případ, že cizinka otěhotněla a nesměla čerpat péči, že jo, protože je tu ta čekací doba." (cizinecké oddělení, krajská nemocnice)

Také péče o novorozence není součástí standardního pojištění matky. Ta si může zaplatit připojištění, které péči o novorozené dítě v porodnici pokrývá ale jen po nepřetržitou předem vymezenou dobu po porodu (viz výše kap. 5.1.). Toto připojištění je ale velmi nákladné.

„Jedna vietnamská pacientka měla problém v tom, že si musela udělat ... bylo to myslím u PVZP, a tam musela zaplatit 40.000 Kč předem (protože předtím nebyla pojištěná vůbec) a teď když otěhotněla, tak ji pojistili jako maminku s dítětem a chtěli po ní zaplatit dalších 4.000 Kč měsíčně na celý rok dopředu. A ještě ode mě chtěli vstupní vyšetření, jestli ji vůbec přijmou do toho smluvního vztahu. Po mě chtěli za úplatu vyšetřit krev, HIV, vyšetření na syfilis a EKG. To chtěli ode mne a na základě toho ji potvrdili, že ji komerčně pojistí.“ (praktický lékař 2)

Explicitně pak byly zmiňovány případy, kdy se dítě narodí matce, která sama má veřejné zdravotní pojištění z důvodu zaměstnání (viz kap. 5.1) a tudíž si ani nemůže pro dítě připlatit komerční připojištění na porod a poporodní péči.⁹⁸ Tato matka v podstatě může dítě pojistit až po porodu a péči do doby, než pojištění nabude platnosti, zaplatit. V souladu s tím, že od roku 2009 Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo výše zmíněnou vyhlášku, dle které zdravotnická zařízení mohou migrantům účtovat péči jen v částkách, které by obdržely v rámci veřejného zdravotního pojištění, nejedná se zpravidla o takové finanční obnosy, které by migranti nemohli uhradit. Problém však nastává ve chvíli, kdy se dítě narodí vážně nemocné a péče je velmi nákladná. Navíc v řadě případů takového dítěte pojišťovny nechtějí pojistit, nebo jej pojistí, ale uplatňují podmínku pre-existence.

„Měli jsme pacientku, která zde porodila. Dítě mělo nějaké onemocnění a pojišťovna ho nechtěla pojistit. Myslím, že matka byla Vietnamka a nevím, jak to vyřešili. U nás ta péče nepokračovala. Ta péče už byla nad rámec běžného dětského oddělení a byla odeslaná na specializované odd. do Prahy. Byla to, pokud si vzpomínám, nějaká vrozená vada.“ (lékař/vedoucí pracovník, interní oddělení)

„Největší problémy jsou miminka... maminka, když je tady z třetích zemí, Ukrajinka, třeba uklízí nebo někde pracuje, je pojištěná, má normální veřejné pojištění, tak to miminko nemá nárok veřejný pojištění. Až po propuštění je pojištěný (komerčně - pozn. tazatele), až když odejde z nemocnice. Což není problém, když je normální porod, tak je to 4, 5 tisíc, ale když se miminko narodí postižený nebo potřebuje inkubátor. Stačí císařské řez a dva dny na JIPce a rázem to máte desítky tisíc. Ale ta maminka ...ona nemá šanci se v komerčním připojistit.“ (cizinecké oddělení, krajská nemocnice)

Migranti, kteří se stanou dlužníky často dostanou od zdravotnického zařízení splátkový kalendář.

„My ho pak považujeme jako za pacienta samoplátce. Máme stanovený ceníkem úhradu za den hospitalizace. To se odvíjí od průměrný výše úhrady z veřejných pojišťoven. Pokud ten člověk má peníze nebo jeho rodinný příslušníci mají peníze, chtějí to uhradit, jsou si vědomi toho, že to pojištění se na to nevztahuje, my je na to upozorníme, oni zjistí, že to tak

⁹⁸ Komerční připojištění dítěte se odvíjí od komerčního pojištění matky. Na základě pojistných podmínek komerčních pojišťoven však není možný souběh komerčního a veřejného zdravotního pojištění (viz kap. 5.1).

je, tak v řadě případů to uhradí potom sami. Někdy na základě splátkového kalendáře, někdy okamžitě. Nedá se říct, že každé z těchto pacientů pojištěných je dlužníkem." (cizinecké oddělení, psychiatrická nemocnice)

V souvislosti s financováním péče z komerčního zdravotního pojištění řada respondentů upozorňovala na velkou administrativní zátěž spojenou s vykazováním péče, kdy toto je ve srovnání s vykazováním ve veřejném pojištění složitější. Navíc s ohledem na to, že jednotlivé zdravotní výkony hradí komerční pojišťovny ve stejné výši jako veřejné pojišťovny (kde jsou však výdaje státem regulované) (viz kap. 5.1.), je ošetřování pojištěnců komerčních zdravotních pojišťoven krajně nevýhodné.

„Po nás se vyžaduje tolik splnění, podmínek, okamžitě oznamovat, volat. My jim tam okamžitě hlásíme, co si vyžádají, to jim dokládáme, i když některý lékař je opravdu naštvaný, protože skoro každý den se psala nějaká zpráva. My ale nejsme schopní to splnit, když přivezou úraz v pátek večer, zůstane tady ležet. Ty doktoři mají jiný starosti. A i na těch ambulancích by musely tu agendu kolem toho zajistit a to nepřichází v úvahu... Ty ambulance tu jsou zejména za ústavní pohotovosti... Spousta administrativní zátěže." (cizinecké oddělení, krajská nemocnice)

Nejistota ohledně úhrady a složité vykazování péče vede nejčastěji lékaře a další pracovníky zdravotnických zařízení k tomu, že vyžadují za poskytnutou péči od migrantů úhradu v hotovosti. V praxi se tomu tak děje zejména v případech ambulantní péče a v případech, kdy se jedná o nižší částky.

„... je to tak složité vykazování, když to není přímá úhrada pacienta, že i když nám pacient slíbí, že nám to pojišťovna uhradí, tak nakonec to ty pojišťovny nepošlou a my už to pak nevyděláme, protože to je časově náročné. Někdy zas to chtějí vykazovat úplně jinak, než my jsme zvyklí, tak nám z toho vznikají další problémy, nejméně jako dojet na poštu, poslat to doporučeně apod. Nejlepší je pro nás přímá platba." (sestra, neurologie).

„Ale pro individua - jako pro mě - je to složitá věc. Těžko jedním s našimi pojišťovnami, o to horší je jednat s pojišťovnami komerčními. Takže většinou se píše cash - to znamená účet, pak fakturu, kterou jim předám (o tom co zaplatili)." (lékař, interní lékařství)

„... tak tam to ambulantní ošetření se pohybuje řádově ve stokorunách maximálně, tak to si ty lidi platějí v hotovosti, dostanou stvrzenku a pak si to v té své pojišťovně vyřídějí." (cizinecké oddělení, krajská nemocnice)

„To rozhodně rozlišuji. Protože, ti, kteří mají to komerční pojištění, tak ty neregistruji. Ty si vedu zvlášť. Oni ani nemají rodné ani jiné číslo, takže já je ani nemohu zanezt do počítače. S tím mám trochu problém. Proto já jim normálně zavedu kartu, a vedu si je zvlášť. Ti mě vyhledají, jen když něco potřebují. Já jim vystavím fakturu a oni zaplatí." (praktická lékařka pro děti a dorost)

„Kdyby přišla, že jí něco svědčí, nějaký banální problém, tak bych jí řekla, ať si to zaplatí v hotovosti." (lékařka, gynekologie)

„My bereme pojištění jen to naše. Když mají jiné, tak dostanou fakturu. Všichni platí v hotovosti.“(praktický lékař 1)

Především nemocnice řeší v praxi nejistotu úhrady požadováním tzv. garance úhrady péče od komerčních pojišťoven.

„Pokud dostaneme garanci, tak u nás nikdo neplatí. Pokud je pojištěnej a já dostanu garanci. Nikdo nemůže říct, že bysme se nesnažili.“ (cizinecké oddělení, krajská nemocnice)

Problémem je, že získat garanci je často administrativně náročné a v souvislosti s tím nastávají i neřešitelné situace.

„Teď jsme řešili jednu operaci. Komerční pojišťovna chtěla předem, co se jí bude dělat a jak atd. a kolik to bude stát. To nikdo není schopn předem říct. Takovej začarovanéj kruh. Oni nechtěli dát ten papír, tu garanci a ti se zase báli jí na tu operaci objednat, takže...“ (cizinecké oddělení, krajská nemocnice)

Někteří lékaři poskytují cizincům občas péči jako dobročinnost, a to z vícera důvodů. Motivací byla buď skutečnost, že se jednalo o nelegální migranty a/nebo příliš chudé, jindy je odradila složitá administrativa. Podobně v kvalitativním výzkumu mezi dánskými lékaři, uváděli praktičtí lékaři, že v případě nelegálních migrantů často poskytují péči zdarma (Jensen a kol., 2011).

„Už jen kvůli tomu, abych s tím neměl administrativní problémy, tak jsem je léčil zadarmo nebo mi dali 30 Kč jako ostatní. Z mé strany šlo vlastně jen o soucit, protože jsem jim chtěl pomoci. Poslední rok jsem si uzavřel smlouvu s jednou komerční pojišťovnou, ale jinak je to pro mě v podstatě finančně nezajímavé. Je s tím více papírování než užitku.“ (praktický lékař 2)

„S tím komplexním komerčním je větší agenda. Musím vystavit fakturu na vyšetření za 300 Kč a platím za poštovné, formuláře faktur, apod....Někdy se to skoro nevyplatí. Je to tak náročné, že to někdy raději nechám plavat“ (praktická lékařka pro děti a dorost).

„Ano, přijdu do styku i s Ukrajincema, mám pověst lidumila „Běž tam, on ti XX pomůže“. Já je šetřím, možná ještě víc, než české pacienty, a když si řeknu třeba jen za léky nebo za nějaký základ.“ (lékař, interní lékařství)

V souvislosti s výše zmíněnými změnami v rámci legislativního nastavení komerčního zdravotního pojištění migrantů (viz kap. 6.2.), byli respondenti z roku 2011 a 2013 dotázáni také na to, zda a jak se v praxi tyto legislativní změny projevily. Zde bylo zajímavým zjištěním, že řadoví nemocniční lékaři, ambulantní specialisté ani lékaři primární péče změny nepocítili. Změny zaznamenali jen pracovníci cizineckých oddělení nemocnic a dle jejich hodnocení se celková situace v oblasti úhrad péče za migranty nezměnila nijak zásadně (viz kapitola 6.2.). Dokládají to i data Českého statistického úřadu, kde se ukazuje,

že mezi roky 2010 a 2011 o 5 % poklesly dluhy zdravotnických zařízení za péči poskytnutou cizincům a že tyto dluhy se dále snižují, ale na druhé straně se rapidně zvyšuje podíl pacientů - migrantů, kteří hradí péči v hotovosti (z 42 % v roce 2010 na 60 % v roce 2014), přičemž podíl péče uhrazené ze smluvního zdravotního pojištění zůstává ve sledovaných pěti letech konstantní (cca 30 % ročně) (ČSÚ 2004-2014) (více viz kap. 4.2.2.).

„Tenkrát to byla nějaká ruská a pak se zjistilo, že ty pojistky z Ruska nebo Ukrajiny jsou neplatné. To bylo před tím rokem 2011, kdy oni sem přijeli s nějakou svojí pojistkou a ono to zřejmě bylo zfalšovaný.“ (cizinecké oddělení, krajská nemocnice)

Změna ano, ale ne nějak zásadní. Nedá se říct, že by to byl zásadní zlom. (cizinecké oddělení, psychiatrická nemocnice)

Respondentka, která pracuje v této oblasti již déle než 20 let hodnotila jako přelomové spíše zavedení povinnosti být pojištěn a prokazovat to v rámci žádosti o vízum od roku 2000 (viz. kap. 6.2.).

„Je pravda, že od té revoluce, tak ze začátku to bylo... to se všechno tvořilo atd. Pak byl problém s téma nepojištěnejma z těch třetích, což byli hlavně ti Ukrajinci. To se všechno zlepšilo. Zlepšilo se to hodně i s tou vízovou povinností.“ (cizinecké oddělení, krajská nemocnice)

7.2.2 Nedostatečná informovanost cizinců

Naši respondenti nejčastěji zmiňovali dva okruhy problémů, a to že migranti se neorientují v českém zdravotnictví (bez ohledu na typ pojištění) a neznají pojistné podmínky komerčního zdravotního pojištění. Stěžovali si, že často musí vysvětlovat cizincům elementární pravidla fungování českého zdravotnického systému (např. rozdělení ambulantní péče na segment primární péče a ambulantní specializované péče) a na potřebu registrovat se u vybraného praktického lékaře.

„Většina, i těch, kteří mají pojištění, není registrována. Například z dvaceti Číňanů z mé dokumentace, má polovina veřejné pojištění a jen 3 jsou registrováni... My se jich ptáme, zda nechtějí zaregistrovat a oni nechtějí, ale chodí opakovaně. Ale to tak nejde, není možné vykazovat na pojišťovnu pořád nepravidelnou péči“ (praktický lékař 1).

„Většina z nich se absolutně nevyzná v systému. Nevědí na koho se obrátit, rozdělení kompetencí mezi nemocnicí a ambulantním specialistou. Je problém, kam se obrátit, když mají chronický problém. Nemají ponětí o primární péči, jdou rovnou do nemocnice, a tak to pro běžné české pojištěnce být nemá. Přijdou, protože nevědí kam jinam se obrátit, rovnou do velké nemocnice s problémem, který by mohl vyřešit ambulantní specialista.“ (lékař, ortopedie)

„Často setkávám s tím, že nemají praktického lékaře. Dokumentaci si pak berou do vlastních rukou.“ (lékařka, dermato-venerologie)

Lékaři a ostatní zaměstnanci zdravotnických zařízení jsou často prvními osobami, které cizincům musí sdělit, že jejich zdravotní pojištění jim nekryje veškerou potřebnou péči a že v dané konkrétní situaci budou muset poskytnutou péči uhradit v hotovosti. Uvedlo to více než polovina respondentů. Cizinci pojistným podmínkám komerčního pojištění dostatečně nerozumí, nevědí, čeho všeho se péče týká, co je naopak z pojištění vyloučeno. Pracovníci ve zdravotnictví tak jsou někdy stavěni do eticky náročných situací, pro které nebyli v rámci vzdělávání zaměřeném na solidární zdravotnický systém nijak připraveni.

„Oni mají nějakou kartičku, kterou se nám prokazují. Tam je většinou telefonní číslo, na které si zavoláme a zeptáme se, jakou oni mají smlouvu s tím pacientem, co smlouva osahuje, zda je tam zahrnuta i péče neurologická, Oni nám například (většinou) sdělí, že na to se již pojištění nevztahuje a že si to pacient musí uhradit sám...(neurologie, lékařka).

„Často k nám chodí Ukrajinci, oni mají takové to zvláštní pojištění - Slavia. To hradí snad jenom ty akutní případy a oni si myslí, že to hradí všechno. Většinou se s nimi tady dohadujeme, oni to opravdu neví. Oni na té pojišťovně něco podepíší a není jim vysvětleno, jak to tady chodí“ (praktický lékař č. 1).

„Často nejsou informováni ze strany pojišťovny. Oni prostě žijou v tom domnění, že pojištění mají dobrý, kvalitní a platějí ho, ale nevztahuje se na to, co tady léčíme my a oni o tom nevědí. Mně je těch lidí líto, protože si to představte. Jako když si člověk představí tu situaci, kdy není extrémně movitý a žije v přesvědčení, že teda je zdravotně pojištěný a tady se octne během léčby, když se dostane do trochu stavu, kdy je schopnej věci trochu vnímat, tak se dozví, že jenom ten týden, kterej tu byl, stojí 14.000,- Kč. Tak to je docela šok. To je nepříjemný. A pro ty rodinný příslušníky, pokud jsou to nejsou nějak dobře situovaný lidi na Ukrajině, tak taky ty peníze nemají.“ (cizinecké oddělení, psychiatrická nemocnice)

„On dostane šest papírů malinkým písmem a ty pojistný podmínky... musí vycházet z toho, že to jsou cizinci, že kolikrát i Čech má.... i já jsem si to jednou četla a pak jsem s tím praštila, protože kolikrát si to vysvětlíte a ono to tak není. Když se pojistím já sama úrazově nebo byt nebo něco a najednou ty lidi zjistěj, že si mysleli, že jsou na něco pojištěný, jenže... A u těch cizinců by to chtělo citlivější přístup, aby hlavně ty lidi sami... kolikrát jsou překvapený, že se to na to pak nevztahuje.“ (cizinecké oddělení, krajská nemocnice)

7.2.3 Jazyková bariéra

Na komunikační problémy si respondenti stěžovali méně často než na problémy s úhradou. Většina dotázaných se považuje za schopné se nějak s cizinci domluvit.

„Pro mě je to vždycky zpestření. Já mám rád jazyky a tak si tam vždycky užiju.... S Ukrajinci, Rusy se pobavím rusky, zaměstnanci k nám chodí na preventivní prohlídky, protože pracují v radioaktivitě a musí být sledováni každý rok, takže děláme prevenci v ruštině. S těmi ostatními mluvím anglicky a někdy si říkám, že bych za to měl ještě platit, že si s nimi procvičuji jazyk.“ (praktický lékař 2)

„Co se týká komunikace, tak mladší lékaři vždy jeden světový jazyk ovládají, takže se vždycky nějakým způsobem dá domluvit. Co se týká Ukrajinců - ti už většinou umějí alespoň částečně česky nebo naši starší kolegové dokáží využít ruštinu.“ (lékař/vedoucí pracovník, interní oddělení)

Zdravotníci uváděli, že léčení cizinců je pro ně v důsledku komunikační bariéry podstatně časově náročnější.

„Nedávno jsme měli mladého Číňana, s prvozáchytem cukrovky prvního typu, kterého jsme museli poučit jak si píchat inzulín a měřit glykemii. Nebylo možné se s ním dorozumět. Neměl překladatele, volal kamarádce, která uměla česky. Sestry v naprosté většině případů se nedomluví anglicky. Na začátku hospitalizace nám příbuzní pacienta nebo překladatel připraví papírky s textem, „je mi dobře“, „není mi dobře“ a to pak používáme. Já pacientům kreslím, tomu Číňanovi jsem kreslila inzulínové pero, kam si bude píchat, ale pak na vizitě strávím o půl hodiny více“ (lékařka, interní lékařství).

Zároveň u nich přetrvává nejistota ohledně porozumění ze strany cizinců, případně ohledně kvality tlumočení. Poukazují na větší riziko pochybení, kdy díky jazykové bariéře mohou určit špatnou diagnózu. V praxi poměrně rozšířené tlumočení dětí rodičům (zejména mezi vietnamskými imigranty) bývá kvůli omezené slovní zásobě dítěte a někdy i citlivosti probíraného tématu vážnou překážkou komunikace. V praxi úhradu za tlumočení platí pacienti.

„Stalo se, že se nám nepodařilo zjistit osobní anamnézu. Např. jestli a jaké užívá léky, s čím byl nemocný, apod. Neřekne to, protože nerozumí, co po něm chceme... Někdy se tváří, že rozumí, přikyvuji a pak se ukáže, že nerozumí...“ (lékařka neurologie).

„Vzpomínám na případ Bulhara, který nepochopil, jak má postupovat při ošetřování v případě léčby pohlavní choroby - kdy si má nasazovat rukavice a u kontrolního vyšetření se ukázalo, že to dělal naopak, což je dost rizikové z hlediska přenosu nákazy.“ (lékařka, dermato-venerologie)

„Například někdo z příbuzenstva přijde a přetlumočí to, ale my si tlumočnický neplatíme.“ (lékař/vedoucí pracovník, interní oddělení)

„Setkal jsem se (protože v té Vietnamské restauraci je zaměstnána také jedna Češka - naše pacientka) - ta jednou tlumočila jedné těhotné Vietnamce. V podstatě to, co jí řekl manžel té těhotné tak to překládala a tlumočila mě. Ale jen to, co řekl manžel. S tou paní samotnou jsme se vůbec nedomluvili. Bylo to celé zprostředkované. Hodně indukované tlumočení.“ (praktický lékař 2)

„Je to problém třeba u Vietnamců. Ono to strašně klame, protože oni se usmívají a na všechno kyvají, umějí říkat ano, dobrý den, a takhle, takže člověk nabyde dojmu, že něco rozumějí [...] Pak se mi stalo, že jsem tady měla novorozence a oni chodili opravdu přesně, tak jak byli ojednaní,

miminko prospívalo, ...Pak přišel pátý měsíc, kdy by mělo začít s nějakou tou zeleninou. Tak já jsem jim to všechno vysvětlila, co a jak by měli a pak se ptám jaké to mléko podáváte, a tatínek povídá ano a tak se ptám ale jaké to mléko dáváte a on zase ano, ano. Tak si představte, že on mi půl roku nerozuměl, všechno mi vždy odkýval [...] Tak pak jsme museli znovu od začátku, ukázali jsme bramboru na obrázku, vzali jsme lžičku a názorně ukázali,... To bylo pro mě velké poučení, že je nutno se ptát a nejenom dávat instrukce. [...] Se školními dětmi už není problém, protože ty tlumočí. Teď zrovna jsem tu měla kluka na jedenáctiletou prohlídku a tatínek sice mluví, ale ne zase že by všechno rozuměl, takže syn mu to občas dopřeloží, i když je problém ta slovní zásoba. U prevence to stačí, horší je to, když je nějaká komplikace,... ale tam jsme to dělali tak, že oni mají na telefonu tlumočnicka." (parktická lékařka pro děti a dorost)

Zdravotníci si uvědomují, že tlumočení je rizikové z hlediska zachování lékařského tajemství.

„Na poliklinice, kde paní doktorka nehovoří žádným jazykem, tak vezme někoho z čekárny, úplně cizího, kdo jí překládá. Což moc dobré není, protože je to proti lékařskému tajemství". (praktický lékař č. 1)

Ve většině nemocnic a v jednom ambulantním zařízení z našeho vzorku měli zdravotníci k dispozici informované souhlasy v různých jazykových verzích; zatím zcela výjimečně mají pomůcky pro základní dorozumění s pacientem (obrázky, kartičky s důležitými frázemi v několika jazycích, apod.). Některé velké nemocnice využívají tlumočení po telefonu (které si platí nebo využívají ambasády) a/nebo mají k dispozici specializovaná oddělení pro cizince s personálem, který je jazykově vybaven. Celkem běžná je také praxe, kdy tlumočí někdo ze zaměstnanců s migrační historií.

„My máme předtištěné i nějaké informace k výkonům v cizích jazycích, a je to vynikající. Vše chápou. My jsme si to vyrobili sami. Hlavně pro kosmetické výkony, ale používáme to i pro jiné." (sestra, chirurgie)

„Pracujeme na základních informovaných souhlasech v němčině a angličtině." (lékař/vedoucí pracovník, interní oddělení)

„V nemocnici jsou souhlasy, které musí být podepsány v případě invazivních zákroků, na ambulanci je to v několika jazycích." (lékař, ortopedie)

„Na výkony máme informované souhlasy v různých jazycích. Nemocnice si platí tlumočení po telefonu." (lékařka, interní lékařství)

„Využíváme tlumočnicka přes ambasádu nebo z našeho specializovaného oddělení." (lékař, dětská ortopedie)

„No někdy jsme to řešili, že jsme zavolali ty ukrajinky, které v nemocnici pracují jako pomocný personál." (lékařka, gynekologie)

„Máme telefon.... máme grafické kartičky a máme i přeložené informované souhlasy o tom jaký typ výkonu se jim bude dělat (asi v 6ti jazycích)." (lékařka, urologie)

V praxi se ukázalo, že komunikační bariéra může vést až k odmítání pacienta a riziku, že dojde k poškození jeho zdraví nebo k poškození zdraví v důsledku miskomunikace.

„Těsně před koncem ambulance asi v 17h přišel student - Angličan s velkými bolestmi břicha a vyděšeně se ptal, zda mluví anglicky. Odpověděl jsem, že je to samozřejmost a on mi vykládal, že od rána, kdy ho akutní bolesti postihly ho posílali snad po všech poliklinikách v centru Prahy a nikdo nebyl schopen se s ním domluvit a základně ho ošetřit. Kdyby to byl např. slepák, je to průšvih. Myslím si, že toto není vůbec v pořádku, v tomto na tom Praha jako metropole není vůbec dobře.“ (praktický lékař 1)

„Slyšela jsem na kongrese případ, že vietnamská holčička měla vážné poškození zdraví, protože jí rodiče agresivní mastičku měli mazat jen na konkrétní místo na ruce, což nepochopili a mazali jí tím celé tělo.“ (lékařka, dermato-venerologie)

7.2.4 Ochrana veřejného zdraví

V souladu s evropským trendem, který kopíruje i ČR, kdy se na výskytu některých infekčních onemocnění podílí narůstající procento migrantů (Wagner a kol., 2013; Wallenfels, 2015a; Wallenfels, 2015b) se dotázaní lékaři obávají možnosti ohrožení veřejného zdraví.

Lékaři, kteří pečují o dětské pacienty, si stěžovali na nejistotu ohledně proočkování u dětí cizinců. Ty nejsou podchyceny tak, jako české děti a je těžké zjistit, zda vůbec a pokud ano, tak jaké očkování dítě absolvovalo. Podobně např. výzkum autorů Tóthová a kol. ukázal, že 30% dotázaných mongolských migrantů v ČR nedává své děti pravidelně očkovat (Tóthová a kol., 2011). Lékaři se pak shodli na tom, že dítě by měl očkovat někdo, kdo jej zná. Z tohoto důvodu by bylo vhodné v intencích vstřícné zdravotní péče informovat a motivovat migranty k tomu, aby své děti registrovali u praktických lékařů pro děti a dorost. Omezí se tak možnosti neočekávané alergické reakce a předejde kontraindikovanému očkování. Dotázaní také podporovali zachování povinnosti očkování a varovali před přílišnou liberalizací s poukazem na riziko zavlečení infekčních nemocí, také v souvislosti s migrací.

„Minulý týden jsem tu měla třináctiletou vietnamskou slečnu, která do ČR přišla ve třech letech a až dosud nikde u doktora nebyla. Nepotřebovala žádné očkování. Až ve škole ji honili, že nikde není registrovaná.“ (imunologie, lékařka)

„To očkování je problém, např. u Vietnamců. Ne u těch, co se tu narodí, u těch je to většinou už z porodnice zařízené. Ale problém je u těch starších dětí, 7-10 let. [...] Většinou přijdou, že potřebují potvrzení na školu v přírodě. Při nástupu do školy, není zdravotní potvrzení potřeba, to jen při nástupu do školky... Do školky je vezmou, i když nejsou ovočkované,

bez potvrzení. Naštěstí ostatní děti jsou očkované. To když nastupují do školky a nemají pojištění, tak my na rodiče tlačíme, aby jim to zajistili. (praktická lékařka pro děti a dorost)

Zdravotníci vesměs silně vnímají rizika ohrožení veřejného zdraví v souvislosti s výlukami sexuálně přenosných nemocí, HIV/AIDS či některé psychiatrické péče z komerčního zdravotního pojištění. Ukázalo se také, že zdravotníci na dermato-venerologii, na infekčním oddělení i na psychiatrii jsou zvyklí, že jim péči často nikdo neuhradí, přestože jí dle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví poskytnout musí. V praxi pak rozlišují mezi těmi, kteří si hradí péči v hotovosti a těmi, kterým to zaplatí veřejné, zdravotní pojištění. Samoplátcům poskytují obvykle levnější a pouze zcela nezbytnou péči. Pokud si to pacient vysloveně nežádá, upouští od dalších doporučených avšak ne-mandatorních vyšetření, o kterých však pacienta informují.

„A jak se léčí ty pohlavní nemoci?...Ti lidé, až když je to již hrozné, tak se jdou nechat vyšetřit. Ale často choroby probíhají skrytě nebo to až tak nevadí, a ten člověk může šířit nákazu.“(praktický lékař č. 1)

„Ale nepřijmout nemůžete ve chvíli, kdy ten člověk potřebuje nějakou základní pomoc. To se nedá, to není cesta. A nějaký to předčasný propuštění, to musí ten lékař bez ohledu na to, jak to je nebo není, musí ho tu prostě nechat do té doby, dokud je ta léčba potřeba. Je jenom na rozhodnutí lékaře, kdy je propustitelný. Ten lékař musí sám určit, jestli je propustitelný nebo ne.“ (cizinecké oddělení, psychiatrická nemocnice)

„Když na to nemají, tak si nenechají udělat vyšetření za 10 tisíc. Zjistíme jim pohlavní chorobu a k těm vyšetřením je dobré udělat ještě třeba chlamydie. Když to nechtějí, tak to neuděláme.“ (dermato-venerologie, lékařka)

7.2.5 Odlišnosti související s etnickým původem

S kulturními a náboženskými odlišnostmi pacientů - cizinců se setkali všichni z našeho vzorku. Odlišnosti nejčastěji souvisely s muslimskými pacienty. Většina z nich pramenila z postavení žen v této kultuře. Lékaři dále udávali, že Ukrajince a Rusy nepovažují za kulturně odlišnou skupinou, i když některé odlišnosti zaznamenali - např. vyšší práh citlivosti na bolest a rychlejší hojení. Vietnamci, zejména děti, byli opakovaně charakterizováni jako trpělivější, méně emotivní a více podřídiví. Také se ukázaly některé odlišnosti ve stravování, případně životním stylu. Na rozdíl od zkušeností z ciziny (Priebe, 2011) se ukázalo, že naši respondenti, nepovažují toto téma za příliš významné. Většina se shodovala na tom, že jsou ochotni akceptovat požadavky cizinců pramenící z kulturních a náboženských odlišností, pokud to není na překážku odbornosti provedeného výkonu a pokud o to pacient sám požádá.

„Na EEG jsem měla vyšetřit ženu a přišel s ní manžel a nenechal by svou ženu vyšetřit mužem. Také chtěl být u vyšetření přítomen. Takže i když mne rušil, protože při EEG chtěl telefonovat, já jsem nebyla schopna mu vysvětlit, že mne to ruší“ (sestra, neurologie).

„U Arabů jde manžel s manželkou a např. na ultrazvuk si vyžádali mě jako ženu lékařku, u porodu zase chtěla ženu.“ (lékařka, gynekologie)

„Například u vietnamských maminek symbol zdraví dítěte je tloušťka, tak to oni ty miminka mají vykrmená.“ (praktická lékařka pro děti a dorost)

„Kulturní ani ne, ale Rusové mají vyšší práh bolesti, a nedávno jsem to měla a již poněkolikáté, oni více vydrží.“ (lékařka, radiologie)

Někteří lékaři uváděli, že se v případě cizinců setkali poprvé s nemocemi, které u nás nejsou běžné (např. tropické nemoci, specifické formy TBC) nebo s etnickými odlišnostmi při ultrazvukovém měření biometrie plodu. Možnosti vzdělávání o odlišnostech souvisejících s etnickým původem pacientů vítají, avšak spíše z osobního zájmu, ne jako nezbytnou součást vzdělávání. Vždy přitom zdůrazňovali stručnost a praktičnost informací.

„Tropické nemoci jsou pro nás vždy mimořádné. My to řešíme většinou přes cestovní medicínu, ne vždy, ale přeci jen ta erudice není taková... Pomohlo by, kdyby ty nejčastější tropické nemoci byly podány v nějaké stručné formě a k tomu kontakty na koho se obrátit. Zde je na místě něco zlepšit“ (praktický lékař č. 1).

„Loni mne navštívil jeden Vietnamec se závažnou věcí a zjistili jsme, že má tuberkulózu mízních uzlin. To bylo medicínsky hodně zajímavé.“ (praktický lékař 2)

„No to jo, tak například co se týče ultrazvuku, tak Vietnamci nebudou zapadat do našich biometrických tabulek, když budu dělat biometrii plodu, třeba, že budou menší. I když mají naši stravu, no... Určitě v diferenciální diagnostice, kdyby mi to nezapadalo, tak bych zvažovala, že by to mohl být problém toho, že se jedná o cizince.“ (lékařka, gynekologie)

Respondenti rovněž zmiňovali důsledky migrace a související socio-ekonomické faktory, jako je nejisté postavení na trhu práce, nižší příjmy, omezený přístup k informacím, nedostupnost služeb, aj. Nejčastější praktické problémy se týkaly odkládání péče nebo nedodržování léčebného režimu.

„Oni se většinou už neobjeví, většinou na kontrolu nechodí. Chtějí tu první pomoc, dostanou antibiotika, doberou to a již se neobjeví...“ (praktická lékařka pro děti a dorost).

„Je to otázka financí. Proč ten člověk, který má tady problémy přežít, má ještě utrácet za doktora? Ty poplatky jsou sice malé, ale nakonec to není zas tak málo, když si uvědomíte, že je potřeba ještě nějaké odběry, atd., tak to jde do vyšších částek. Proto oni nikam nepůjdou, jenom když mají akutní potíže“ (praktický lékař č. 1).

„Například Vietnamec vás navštíví, jen když např. manželka rodí, nebo se na porod připravuje. Jinak chodí minimálně, protože se snaží být zdravý a snaží se nemocem vyhýbat.“ (praktický lékař 2)

„Někteří přijdou, nechají se rozléčit a pak když se onemocnění jeví jako delší tak odjedou - to se taky stane.“ (lékařka, neurologie)

7.2.6 Nedostatečná informovanost zdravotníků

Respondenti poukazovali na to, že potřebnou péči poskytnou často v dobré víře, že bude uhrazena z pacientova pojištění. Posléze se však ukáže, že tomu tak v řadě případů není. Zejména ambulantním lékařům komplikuje poskytování péče cizincům nedostatek znalostí, jak administrativně funguje systém úhrad péče za cizince, a proto situaci řeší v praxi tak, jak již bylo zmíněno, že úhradu vybírají v hotovosti. Proto by lékaři v této souvislosti přivítali nějaké informační materiály, které by však měly být napsány stručně a srozumitelným jazykem.

„Musíme kvůli zdravotnímu pojištění cizinců telefonovat. Informace bysme potřebovali. Nemuseli bychom volat a tak.“ (sestra, chirurgie)

Několik respondentů upozorňovalo na problém nedostatku informací o zdravotní historii pacientů - migrantů, kdy pacient buď nemá žádnou zdravotní dokumentaci, nebo pokud ano, je k dispozici v jeho rodném jazyce a s pacientem se není možné domluvit. Přináší to podobně jako komunikační bariéra zvýšení rizika pochybení při určování diagnózy a léčby.

„... např. Rusové k nám přišli s postiženým dítětem, kterému bylo 7 let, a oni byli v Rusku u nějakých léčitelů. Já jsem chtěla vědět, co vlastně mu dávali, čím dítě léčili, co vyšetřovali, atd. Takže jsem je požádala, ať toto zkusí sehnat, aby se dítě zbytečně nevyšetřovalo znovu.“ (lékařka, imunologie)

„Problém je, když rodiče nemají žádnou dokumentaci. Většinou je u těchto dětí postup individuální, ale když nemají vůbec žádnou dokumentaci, tak je pošleme na specializované pracoviště do fakultní nemocnice v Motole. My jim napíšeme doporučení, oni jim pak naberou protilátky... Z toho Motola nám pak napíše, jak očkovat.“ (dětská lékařka pro děti a dorost)

7.3 Závěrečná diskuse výsledků empirického šetření dostupnosti zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí pohledem z praxe

Předkládaný výzkum mezi migranty ze třetích zemí a českými poskytovateli zdravotní péče ukázal, že současný duální systém veřejného a paralelního komerčního zdravotního pojištění pro migranty v ČR negarantuje všem legálním migrantům dostupnost ve smyslu poskytnutí relevantních služeb ve správný čas na správném místě (Rogers a kol., 1999; Gillon, 2009). Současné

institucionální nastavení v sobě zahrnuje řadu formálních i neformálních bariér (Nørreda, Krásnil, 2011) dostupnosti zdravotní péče. Nejzásadnější formální překážkou pro nezanedbatelný počet migrantů ze třetích zemí (60 až 80 tisíc osob dle Hnilicová, Dobiášová, Čížinský a kol., 2012) je nedostupnost veřejného zdravotního pojištění a nutnost využívat zdravotní pojištění komerční, orientované v první řadě na vytváření zisku, což je v praxi "generátorem" řady problémů. Také zahraniční studie jednoznačně ukazují, že špatná dostupnost zdravotní péče je příznačná právě pro zdravotnické systémy založené na komerčním pojištění (Mackenbach, 2004). Migranti jsou z hlediska ohrožení zdraví řazeni mezi vulnerabilní skupiny, kdy do jejich výsledného zdravotního stavu se promítá, kromě determinant zdraví ovlivňujících i většinovou populaci, významnou měrou i samotná etnicita (např. Stronks, 2013; Ingleby, 2005; Bhopal, 2007; Ingleby, 2012) a to v rámci celého migračního procesu od pre-migrační fáze až k pobytu v hostitelské společnosti (Gushulak, Weekers, MacPherson, 2009; Zimmermann, Kiss, Hussain, 2011). Jako krajně problematická se navíc jeví skutečnost, že na komerční pojištění jsou odkázány ty nejzranitelnější skupiny migrantů, jako jsou děti či staří lidé. Z hlediska dostupnosti zdravotní péče je asi nejpalčivějším problémem péče týkající se oblasti reprodukčního zdraví a péče o děti, což je z hlediska lidskoprávního v rozporu s výkladem práva na zdraví (OSN, 1989; WHO, 2013). Diskutabilní jsou v tomto ohledu zejména tzv. „čekací doby“ v případě těhotenství, nemožnost pojistit komerčně porod dítěti, jehož rodiče mají z důvodu zaměstnání veřejné zdravotní pojištění, výluky léčby vrozených vad. Kromě lidskoprávního hlediska je zde i reálná hrozba nárůstu nerovností ve zdraví (Kawachi a kol., 2002; Mackenbach, 2004). V této souvislosti je možno konstatovat, že takto nastavený systém péče o zdraví, jako důležitá sociální determinanta zdraví (Dalgren, Whitehead, 1991; WHO, 2007; WHO, 2008), neplní svůj primární účel, kterým je zlepšovat a udržovat zdraví všech skupin v populaci tak, aby byly minimalizovány nerovnosti ve zdraví (Murray and Frank, 2000; Daniels a kol., 2004). Pokud se podíváme na jednotlivé výpovědi respondentů v kontextu dostupných dat o zdraví a čerpání zdravotní péče migranty perspektivou vybraných dimenzí dostupnosti (dle Gillon, 2009), ukazují se následující fakta. Migranti s komerčním zdravotním pojištěním nemají zajištěnu adekvátní nabídku (dosažitelnost) zdravotní péče (málo smluvních zdravotnických zařízení komerčních pojišťoven, komplikace při registraci v rámci primární péče a odkazování na nemocniční péči). To se promítá v nižší míře využívání zdravotnických služeb, jak zaznělo nejen od dotázaných respondentů, ale jak to dokazují i četné kvantitativně zaměřené české výzkumy (např. Dobiášová, Vyskočilová, Čabanová

a kol., 2004; Tothová a kol., 2011; Vacková a kol., 2012; Brabcová, 2013; Džurová, Drbohlav, 2014 apod.). Navíc, díky četným výlukám některých onemocnění či podmínek jejich vzniku z hrazené péče v rámci komerčního zdravotního pojištění, není garantována relevantní péče vůči potřebám migrantů, tj. ne všichni migranti, kteří potřebují zdravotnické služby, tyto odpovídající služby obdrží (např. výluky infekčních onemocnění, pohlavně přenosných onemocnění, poporodní péče pro novorozence, vrozené vady, podmínka pre-existence, apod.). Současné nastavení financování zdravotní péče pro migranty v ČR v případě komerčního zdravotního pojištění nejenže nezajišťuje péči odpovídající potřebám této vulnerabilní skupiny, ale může být v konkrétních případech i významnou překážkou sociální reintegrace nemocných (Solar, Irvin, Vega 2009) migrantů, kdy se tito z důvodu enormních nákladů na zdravotní péči mohou dále propadat na nižší příčky socio-ekonomického statusu. V souvislosti s formálními bariérami dostupnosti je nicméně nutno také konstatovat, že s ohledem na to, že v celkovém měřítku mají dnes již tři čtvrtiny migrantů ze třetích zemí nárok na velmi štědré veřejné zdravotní pojištění, stejně jako čeští občané, je Česká republika v mezinárodním srovnání oblasti právního nároku na zdravotní péči hodnocena spíše příznivě (MIPEX, 2015). Také předkládaný výzkum prokázal, že migranti s veřejným zdravotním pojištěním nepociťují žádné formální bariéry dostupnosti zdravotní péče.

Dále se ukázalo, že v dostupnosti zdravotní péče pohledem migrantů i zdravotníků hrají, podobně jako v zahraničních studiích (Nørreda, Krasnik, 2011; Rechel a kol., 2013), významnou roli i četné neformální bariéry: zejména jazyková, komunikační, nedostatečná informovanost a špatná orientace v českém zdravotnickém systému, odlišné socio-kulturní faktory související s migrací.

Tyto bariéry spolu s nedostatečným právním nárokem na zdravotní péči u migrantů s komerčním pojištěním vedou řadu těchto legálních migrantů k využívání alternativních, často rizikových, strategií k zajištění zdraví (platby v hotovosti, odkládání léčby či samoléčba), které jsou podobné těm, jež v zahraničních výzkumech vykazují spíše migranti neregulární (Biswaset al., 2011). Zde je nutno vzít v potaz, že dopady některých těchto rizikových strategií se mohou negativně projevit na zdraví migrantů až v budoucnu, podobně jako to ukazují četné zahraniční studie prokazující vytrácení se „efektu zdravého migrantů“ s délkou pobytu v hostitelské zemi (Gee, Kobayashi, 2004; Lassetter, Callister, 2008). K tomuto zhoršení zdravotního stavu navíc bude docházet v době, kdy řada těchto migrantů již bude účastníky systému solidárního veřejného zdravotního pojištění. V důsledku některých těchto strategií by rovněž mohlo

dojít v případě infekčních či psychiatrických onemocnění k ohrožení veřejného zdraví.

Závěr

V závěru této práce bych ráda zodpověděla všechny výzkumné otázky, které jsem si položila na počátku svých výzkumných aktivit.

Současné institucionální nastavení zdravotního pojištění pro migranty, jako jeden z předpokladů dostupnosti zdravotní péče, má kořeny v porevolučním období začátkem devadesátých let minulého století. Počátky tohoto institucionálního nastavení jsou tedy spjaty s vlivem externího šoku (critical juncture). Ten vedl kromě jiných změn ve společnosti i k převratným změnám v oblasti financování zdravotní péče, kdy vznikl zcela nový systém veřejného zdravotního pojištění. Na výsledném institucionálním nastavení se podepsala i skutečnost, že Česká republika tehdy ještě neměla téměř žádné zkušenosti s masovou migrací jako v pozdějších letech. Nahlíženo perspektivou mezinárodního odborného diskurzu zaměřeného na snahu o snižování nerovností ve zdraví a naplňování práva na zdraví v co nejširším měřítku, hned na počátku vzniklo v ČR ne příliš vhodné institucionální nastavení zdravotního pojištění pro tuto značně vulnerabilní skupinu migrantů, kdy nezanedbatelná část legálních migrantů v České republice neměla přístup do systému solidárního veřejného zdravotního pojištění a byla odkázána na zdravotní pojištění komerční, založené na tržních principech. Jak ukazuje sledování dalšího vývoje, potvrzuje se zde tzv. závislost na předchozích vzorech (path dependency), kdy i přes četné snahy o změnu nevyhovujícího systému, tento po celé sledované období jen s minimálními změnami přetrvává. Vývoj institucionálního nastavení zdravotního pojištění migrantů je tedy tvořen sledem událostí, které vedly jen k inkrementálním změnám systému, přičemž institucionální logika zůstala nezměněna. Vývoj je nicméně možno rozdělit na dvě základní období: období tzv. smluvního zdravotního pojištění, kdy komerční zdravotní pojištění bylo poskytováno jako vedlejší produkt veřejnou Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, která na to měla právem zakotvený monopol. Druhé období začíná vstupem ČR do EU, kdy se trh s komerčním zdravotním pojištěním pro migranty otvírá i dalším subjektům a tím dochází v této oblasti k výrazné marketizaci.

Klíčovou roli ve sledovaném subsystému veřejné politiky sehrávají četní aktéři, kteří se za dobu jejího vývoje seskupili na základě ideového zaměření do dvou soupeřících sítí. Doposud vítěznou skupinou jsou aktéři, kteří hájí status quo, tedy zachování paralelní existence veřejného a komerčního zdravotního pojištění. Jak ukazuje analýza, do této skupiny se řadí aktéři, kteří mají ze současného stavu zjevný ekonomický prospěch, nebo jsou těmi, co mají

prospěch, ovlivnění. Proti této skupině se však v průběhu času zformovala síť odpůrců přetrvávajícího institucionálního nastavení, která nabývá na síle jak z důvodu početního, tak i z důvodu argumentačního. Významnou roli zde sehrávají nadnárodní organizace (např. Evropská unie, WHO, IOM, OSN), které jednak formulují partikulárními zájmy nezatížený evidence-based diskurz založený na lidskoprávních principech, principech integrace a principech ochrany veřejného zdraví v širším měřítku, ale i finančně podporují aktéry na národní úrovni, kteří tento diskurz propagují (např. neziskové nebo výzkumné organizace).

Současné institucionální nastavení duálního systému veřejného a komerčního zdravotního pojištění přináší v praxi řadu problémů nejen migrantům samotným, ale i poskytovatelům zdravotní péče. Komerční zdravotní pojištění je pak identifikováno jako největší "generátor" bariér přístupu ke zdravotní péči.

Pro komerční zdravotní pojištění migrantů je charakteristická vysoká míra nejistoty, zda poskytnutá péče bude uhrazena. Narozdíl od veřejného pojištění, funguje toto na tržním principu a jeho hlavním cílem je generovat zisk, což se projevuje v tom, že pojistné krytí od komerčních pojišťoven má řadu výluk. Uzavření pojistné smlouvy tak migrantům nikterak negarantuje, že jim příslušná pojišťovna zdravotní péči vždy proplatí. Závažným omezením jsou zejména tzv. „pre-existing conditions“ vylučující pojistné krytí za události, jejichž příznaky a příčina nastaly mimo dobu trvání pojištění. Specifická situace při úhradě péče z komerčního zdravotního pojištění donedávna byla i v případě infekčních a psychiatrických onemocnění, kdy bylo paradoxem, že některá závažná onemocnění, u kterých existuje v ČR povinné léčení, byla z komerčního zdravotního pojištění explicitně vyloučena. Z hlediska lidskoprávního je velkým problémem nejistota dostupnosti či nedostupnost zdravotního pojištění (a tím i péče) u nově narozených dětí migrantů ze třetích zemí bez trvalého pobytu, jejichž rodiče sami mají veřejné zdravotní pojištění nebo děti, které se narodí s vrozenou vadou. Z hlediska mezinárodních lidskoprávních úmluv jsou diskutabilní i čekací lhůty na péči o těhotné ženy.

Jak ukázaly výsledky empirického šetření, kromě nejistoty úhrady s sebou nese systém financování zdravotní péče z komerčního pojištění velkou administrativní zátěž jak pro migranty samotné, tak i pro poskytovatele péče. Jedná se o to, že poskytovatelé péče jsou nuceni k dvojitému vykazování - jedno je v rámci systému veřejného zdravotního pojištění, jedno je v rámci komerčního. U poskytovatelů, kteří mají jen minimální počet pacientů - migrantů, často náklady na administrativu převyšují samotnou výši úhrady. To vede k situacím, kdy někteří poskytovatelé přenášejí administrativní zátěž na

migranty tím, že požadují úhrady v hotovosti. Současné nastavení systému financování zdravotní péče pro migranty se v důsledku promítá i do dalších aspektů dostupnosti péče, zejména do zhoršení vztahu mezi zdravotníkem a pacientem, kdy otázky úhrady péče bývají předřazeny vstřícnému přístupu a budování důvěry. Problematickou je i skutečnost, že migranti odkázaní na komerční zdravotní pojištění si nemohou zvolit svého lékaře, protože jsou povinni se řídit výběrem asistenční služby. Z výpovědí respondentů rovněž vyplynulo, že komerční zdravotní pojištění migrantů garantuje nižší místní dostupnost zdravotní péče, než pojištění veřejné. Vzhledem k tomu, že v rámci komerčního zdravotního pojištění nejsou pro zdravotnická zařízení nastaveny nijak výhodné podmínky (péče je hrazena ve stejné výši jako ve veřejném zdravotním pojištění, vykazování péče je daleko administrativně náročnější, péče o migranty je rizikovější a časově náročnější), je síť smluvních zařízení komerčních zdravotních pojišťoven velmi řídká. Zejména mimo velká města tak mají migranti silně omezený přístup ke zdravotní péči.

Závažnou překážkou poskytování té správné péče ve správný čas je i nedostatečná informovanost migrantů o českém zdravotnickém systému a zároveň i neinformovanost velké části zdravotníků o nárocích migrantů na zdravotní pojištění dle typu jejich pobytového statusu.

Bez ohledu na typ zdravotního pojištění je zdravotníky i migranty identifikována jako podstaná bariéra dostupnosti také špatná jazyková znalost, případně neznalost jazyka jak na straně pacientů migrantů, tak i na straně zdravotníků. Přestože je v ČR povinnost plně pacienta informovat o diagnóze a následné léčbě, neexistuje zatím žádná systémově ukotvená a z veřejných zdrojů hrazená tlumočnická služba. V praxi se tlumočení většinou řeší ad hoc za využití laických tlumočnicků, což s sebou přináší řadu rizik. Také komunikační pomůcky (např. komunikační karty) zatím nejsou příliš rozšířeny.

Výše zmíněné bariéry vedou řadu legálních migrantů k využívání alternativních, často rizikových, strategií k zajištění zdraví (platby v hotovosti, odkládání léčby či samoléčba), které jsou podobné těm, jež v zahraničních výzkumech vykazují spíše migranti neregulární. Nehledě na možnost ohrožení veřejného zdraví infekčními chorobami, je zde nutno vzít v potaz, že dopady některých těchto rizikových strategií se mohou negativně projevit na zdraví migrantů až v budoucnu a mohou vést k nárůstu nerovností ve zdraví mezi migranty a majoritní populací.

Summary

This Ph.D. thesis uses qualitative methodological approach. The research design is a historical case study. The thesis uses a combination of documents studying and empirical survey based on 56 semi-structured interviews with migrants, healthcare providers and experts who come into contact with migrants during the course of their work.

In the first part, the author describes the principles of institutional setup of health insurance for migrants in Czech Republic and health insurance evolution from 1993 till today. From historical institutionalism perspectives the key events are described.

The thesis identifies principle actors, actors' coalitions and their behavior within this sub-system of public policy. The results clearly showed that the institutional evolution of migrants' healthcare insurance is a matter of competition of two opposite ideological streams - an endeavor to include migrants into public health insurance and an endeavor to preserve parallel function of both public and commercial health insurance for migrants.

Further on, the thesis submits results of empirical investigation among migrants and healthcare providers. The goal was to assess the current setup of health insurance in real life. This survey showed that current dual health insurance system - public insurance and commercial insurance for migrants- in Czech Republic does not guarantee good accessibility of healthcare to all legal migrants and complicates also the work of healthcare providers. Current institutional setup comprises several formal and informal barriers to healthcare availability. The most crucial formal barrier to health care accessibility for significant numbers of third-countries-migrants is unavailability of public health insurance and the need to use commercial health insurance. In practice, commercial health insurance is a „generator" of number of problems. Children, pregnant women and seriously or chronically ill persons were identified as the most vulnerable groups. The identified barriers to healthcare accessibility lead migrants to use alternative strategies to achieve health (cash payments, delayed treatment and self-cure).

Použitá literatura

1. ABRAIDO-LANZA, A. F., DOHRENWEND, D. S., NG-MAK, M. S., BLAKETURNER, J. 1999. The Latino mortality paradox: a test of the salmon bias and healthy migrant hypothesis. *American Journal of Public Health*, 89(10): 1543–1548.
2. Ministerstvo vnitra ČR. 2016. *Aktuální informace o migraci*. [online] MZ ČR 2016 [cit. 2016-01-10], dostupné z: <http://www.mvcr.cz/migrace/clanek/cizinci-s-povolenym-pobytem-cizinci-s-povolenym-pobytem.aspx>.
3. AOKI, M., JACKSON, G., MIYAJIMA, H. (eds.) 2007. *Corporate Governance in Japan: Institutional Change and Organizational Diversity*. Oxford: Oxford University Press.
4. ANGELOVSKÁ, O., DOBIÁŠOVÁ, K. 2014. Analýza české zdravotnické reformy jako reakce na ekonomickou krizi. *Zdravotnictví v České republice*, 17(3): 12-16.
5. AXA ASSISTANCE. 2016. *Pojistné podmínky komplexního zdravotního pojištění cizinců PP ZPCK ze dne 1. ledna 2016* čl. 3 n), [online] AXA ASSISTANCE 2016, dostupné na: https://www.axa-assistance.cz/AXAAssistance/media/AxaAssistance/Ke-stazeni/CZ/VPP_pojistne_podminky_1.pdf, cit. 4.4. 2016.
6. AXA Assistance. 2012. *Všeobecné pojistné podmínky AXA Assistance PP ZPCK 86092 ze dne 1. dubna 2012* [online] AXA ASSISTANCE 2012, dostupné na http://www.axa-assistance.cz/getattachment/Nabidka-pro-verejnost/Zdravotni-pojisteni-cizincu_back/Komplexni-zdravotni-pojisteni-cizincu/Pojistne-podminky-ZPCK.pdf.aspx, cit. 12. 8. 2012.
7. BÉLAND, D. 2005. Ideas and social policy: an institutionalist perspective. *Social Policy Administration*, 39: 1–18.
8. BHOPAL, R. 2004. Glossary of terms relating to ethnicity and race: for reflection and debate. *J Epidemiol Community Health*, 58: 441–445.
9. BHOPAL, R. 2007. Racism in health and health care in Europe: reality or mirage? *European Journal of Public Health*, 17(3): 238–41.
10. BISCHOFF, A., HUDELSON, P. 2010. Access to healthcare interpreter services: where are we and where do we need to go? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(7): 2838–44.
11. BOGNER, A., LITTIG, B., MENZ, W. (eds.) 2009. *Interviewing Experts*. New York: Palgrave Macmillan, 281 p.
12. BOYATZIS, R. E. 1998. *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*. London: Sage.
13. BRABCOVÁ, I., ZÁLESKÁ, V., HORSKÁ, J. 2011. Bezpečnost práce a pracovní úrazy u cizinců v České republice. *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 7(1): 42–51.
14. BRABCOVÁ, I., VACKOVÁ, J., DVOŘÁČOVÁ, O. 2014. Pracovní prostředí a jeho vliv na zdravotní stav imigrantů. *Kontakt*, 4: 271–279.
15. BRABCOVÁ, I. 2013. *Vybrané sociální determinanty zdraví imigrantů ve zvolených lokalitách České republiky* [disertační práce]. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

16. BRABCOVÁ, I., ZÁLESKÁ, V. 2013. Kvantitativní dotazníkové šetření, komerční pojištění příčinou diskriminace cizinců z třetích zemí v ČR v rozporu s lidskými právy. *Zdravotnictví v České republice*, 16(1): 8-12.
17. BRADBY, H., NAZROO, J. Y. 2010. Health, ethnicity, and race. *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, p. 113-130.
18. BRAUN, V., CLARKE, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2): 77-101.
19. BRAVEMAN, P., GRUSKIN, S. 2003. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*, 57:254-258.
20. BRAVEMAN, P. 2006. Health Disparities and Health Equity. Concepts and Measurement. *Annu. Rev. Public Health*, 27: 167-94. doi: 10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103.
21. ČSÚ (Český statistický úřad). 2015. *Cizinci v ČR 2005-2015*. [online] Český statistický úřad Praha [cit. 2015-05-12], dostupné na: http://csugeo.i-server.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/cizinci_uvod.
22. ČSÚ (Český statistický úřad). 2014. *Cizinci v České republice podle dat sčítání lidu*. [online]. [cit. 2015-05-12], dostupné na: <https://www.czso.cz/csu/czso/cizinci-v-ceske-republice-podle-dat-scitani-lidu-2011-dxfg9l7fpy>.
23. CRESWELL, J. W. 2008. *Research design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Method Approaches*. 3rd edition. USA: SAGE.
24. ČIŽINSKÝ, P. 2004. *Zamítnutí zákona o zdravotním pojištění dětí cizinců*. [online]. 2004-07-09, dostupné z: <http://migraceonline.cz/cz/e-knihovna/zamitnuti-zakona-o-zdravotnim-pojisteni-deti-cizincu>, (cit. 2016-04-04).
25. ČIŽINSKÝ, P. 2012. *Dosavadní pokusy o reformu komerčního zdravotního pojištění*. Interní materiál Konzorcia nevládních organizací pracujících s migranty.
26. ČIŽINSKÝ, P. 2010a. Smluvní zdravotní pojištění cizinců jako příklad neadekvátnosti bezpečnostně-humanitárního diskurzu o migraci. In TRBOLA, R., RÁKOCZIOVÁ, M. *Vybrané aspekty života cizinců v České republice*. [online]. 1. vydání. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
27. ČIŽINSKÝ, P. 2010b. *Co je to komerční zdravotní pojištění cizinců?* [online] Dostupné z: www.romea.cz/dokumenty/pojisteni-cizinci-2010.pdf, cit. 2015-02-02.
28. DAHLGREN, G., WHITEHEAD, M. 1991. *Policies and strategies to promote social equality in health*. Stockholm: Institute of Future Studies.
29. DETELS, R. et al. 2009. *Oxford Textbook of Public Health*. 5th ed. Oxford University Press.
30. DLOUHÝ, M., BARTÁK, M. 2013. Mental health financing in six eastern european countries. *E+M Ekonomie a Management*, 4: 4-13.
31. DLOUHÝ, M. 2010. Dvacet let zdravotnických reforem 1989-2009. *Zdravotnictví v České republice*, 13(2).
32. DOBIÁŠOVÁ, K., VYSKOČILOVÁ, O., ČABANOVÁ, B., TŮMOVÁ-KŘEČKOVÁ, N., HÁVA, P., ŠEBEK, P. 2004. Zdravotní stav a péče o zdraví občanů bývalého SSSR pobývajících dlouhodobě v ČR a občanů ČR. In *Zdravotní politika a ekonomika*, No. 1/2004. IZPE: Kostelec nad Černými lesy, s. 6-97.

33. DOBIÁŠOVÁ, K. 2014. Dostupnost zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí v České republice. Výsledky empirického šetření. *Zdravotnictví v České republice*, 17(1-2): 2-13.
34. DOBIÁŠOVÁ, K. 2013. Zkušeností migrantů z třetích zemí se zdravotním pojištěním a poskytováním zdravotní péče v České republice (výsledky terénního šetření). In VAVREČKOVÁ, J. a kol. *Cizinci z třetích zemí z pohledu zdravotní péče*. Praha: VÚPSV, s. 49-67, závěrečná zpráva z projektu EIF 2011-08 - interní materiál.
35. DOBIÁŠOVÁ, K., SEIFERT, B., STRUK, P., KITTNAR, O. 2010. Vstřícná zdravotní péče o migranty. *Prakt. Lék.*, 90(12): 728-732.
36. DOBIÁŠOVÁ, K., TŮMOVÁ-KŘEČKOVÁ, N., ANGELOVSKÁ, O. 2006. *Zdravotní péče o děti cizinců. Realita a zkušenost*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE. ISBN 80-86625-53-2.
37. DOBIÁŠOVÁ, K., VYSKOČILOVÁ, O. 2004. Potřeba a spotřeba zdravotní péče imigrantů. *Zdravotnictví v ČR*, 1: 32-40.
38. DOBIÁŠOVÁ, K., HNILICOVÁ, H., ŠIMANDLOVÁ, N., HÁVA, P. 2011. Dostupnost zdravotní péče pro migranty v Německu - příklady dobré praxe. *Zdravotnictví v České republice*, 14(2/3): 39-43.
39. DOBIÁŠOVÁ, K., HNILICOVÁ, H. 2010. Migranti a zdravotní politika v ČR. *Zdravotnictví v České republice*, 8(4): 122-127.
40. DOBIÁŠOVÁ, K., HNILICOVÁ, H. 2011. Migranti a zdravotní péče z pohledu praxe v ČR. *Praktický lékař*, 91(10): 590-595.
41. DORUSSEN, H., LENZ, H., BLAVOUKOS, S. 2005. Assessing the Reliability and Validity of Expert Interviews. *European Union Politics*, 6(3): 315-337.
42. DZÚROVÁ, D., DRBOHLAV, D. 2014. Gender Inequalities in the Health of Immigrants and Workplace Discrimination in Czechia. *BioMed Research International*, Article ID 480425, 9 p., <http://dx.doi.org/10.1155/2014/480425>.
43. Ergo pojišťovna. 2012. *Všeobecné pojistné podmínky Ergo pojišťovna, a.s. pro zdravotní pojištění cizinců Welcome - 120917 platné od 17.9. 2012*. [online] Ergo Pojišťovna 2012., dostupné na: http://www.ergo.cz/fileadmin/Inhalte/czech_republic/2012/documents/VPP_Welcome_120917_-_A4.pdf, cit. 10.10. 2012.
44. Ergo pojišťovna. 2016. *Všeobecné pojistné podmínky pojišťovny ERGO z roku 2016 - čl. 16* [online]. Ergo Pojišťovna 2016, dostupné na: http://www.ergo.cz/fileadmin/Inhalte/czech_republic/2012/documents/NOZ_2014_VPP/VPP_Welcome_s_ob%C3%A1lku_u_-_platnost_1.1.2016.pdf, cit. 4.4. 2016.
45. EU. Evropská unie. 2000. Charta základních práv EU. (2000/C 364/01), EU: Brussels.
46. FISCHER, F., MILLER, G. J., SYDNEY, M. S. 2007. *Handbook of Public Policy Analysis. Theory, Politics and Methods*. CRC Press Taylor & Francis Group. ISBN 10: 1-57444-561-8.
47. FLICK, U. 2009. *An introduction to qualitative research*. London: SAGE Publications.
48. FORTIER, J. P. 2010. *Migrant-sensitive health systems*. In Health of migrants: the way forward - report of a global consultation. Madrid: WHO, p. 61-70. ISBN 978 92 4 159950 4.

49. FRA – European Union Agency for Fundamental Rights. 2013. *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-9239-022-8.
50. FRIČ, P., ANGELOVSKÁ, O., GOULLI, R. 2009. Revitalizace a konsolidace neziskového sektoru v ČR po roce 1989. 1. vyd. Praha: AGNES. ISBN 978-80-903696-7-2.
51. GAKIDOU, E. E., MURRAY, C. J. L., FRENK, J. 2000. Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy. *Bulletin of the World Health Organisation*, 78(1): 42-54.
52. GERRING, J. 2004. What Is a Case Study and What Is It Good for? [online] *American Political Science Review*, 98(2). DOI: 10.1017/S0003055404001182. Dostupné z: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0003055404001182, cit. 12.10. 2012.
53. GEE, E. M. T., KOBAYASHI, K. M., PRUS, S. G. 2004. Examining the healthy immigrant effect in mid-to later life: findings from the Canadian Community Health Survey. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 23.5: 55-63.
54. GHENT, A. 2008 Overcoming migrants' barriers to health: with increasing numbers of people on the move, migrant health has become a key global public-health issue. *Bulletin of the World Health Organization*, 86.8: 583-585.
55. GRAHAM, H. 2009. *Understanding Health Inequalities*. 2nd edition. England: Open University Press. ISBN10: 0 335 23459 3.
56. GREIF, A. 2005. *Institutions: Theory and History*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
57. GRUSKIN, S., TARANTOLA, D. 2001. Health and Human Rights. In DETELS, R. et al. *The Oxford Textbook of Public Health*. 4th edition, Oxford: Oxford University Press.
58. GULLIFORD, M. 2009 Health services as determinants of population health. In DETELS, R. et al. *Oxford Textbook of Public Health*. 5th ed. Oxford University Press, ISBN 9780199218707, 1769 s.
59. GUSHULAK, B., WEEKERS, J., MACPHERSON, D. 2009. Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework. *Emerging Health Threats Journal*, 2: e10. doi:10.3134/ehjt.09.010.
60. HAIDER-KOUMANSKY, H., ÖZSOY, S. 2005. „Happy together“ - project in health promotion for Turkish migrant women. *Eur J Public Health*, 15(Suppl. 1): 58.
61. HARGREAVES, S., HOLMES, A. H., SAXENA, S. et al. 2008. Charging systems for migrants in primary care: the experiences of family doctors in a high-migrant area of London. *J Travel Med*, 15(1): 13-18.
62. HARTLEY, J. 2004. Case study research. In CASSELL, C., SYMON, G. (eds.) *Essential guide to qualitative methods in organizational research*. London: Sage, p. 323-334.
63. HÁVA, P., MAŠKOVÁ, P. 2015. Lidská práva se vztahem ke zdraví. In MALÝ, I. KOTHEROVÁ, Z. a kol. *Zdravotní politika a její ekonomická dimenze*. Brno: Masarykova univerzita, s. 39-43.
64. HÁVA, P., KRUŽÍK, L. 2002. Základní vývojové tendence české zdravotní politiky po roce 1990. In *Zdravotní politika a ekonomika. Analytická,*

hodnotová a koncepční východiska zdravotní politiky I. Kostelec nad Černými lesy: IZPE.

65. HÁVA, P., KŘEČKOVÁ, N. 2001. *Analýza zdravotní péče o cizince v ČR.* Kostelec nad Černými Lesy: IZPE.
66. HAY, C., WINCOTT, D. 1998. Structure, Agency and Historical Institutionalism. *Political Studies*, 46: 951-957.
67. HERTZMAN, C., POWER, C., MATTHEWS, S., MANOR, O. 2001. Using an interactive framework of society and lifecourse to explain self-rated health in early adulthood. *Social Science and Medicine*, 53: 1575-1585.
68. HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K., ČIŽINSKÝ, P. 2010. *Komerční zdravotní pojištění cizinců v ČR.* [online] migraceonline.cz 2010, dostupné na: <http://www.migraceonline.cz/e-knihovna/?x=2219641>. cit. 12.8.2012.
69. HNILICOVÁ, H., JANEČKOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví.* Praha: Portál.
70. HNILICOVÁ, H. 2009. Zpráva z tiskové konference k zahrnutí cizinců ze třetích zemí do systému veřejného zdravotního pojištění pořádané dne 17. 8. 2009 [online] MIGHEALTHNET 2009, dostupné na: http://mighealth.net/cz/index.php/Tiskov%C3%A1_zpr%C3%A1va, cit. 12.12.2015.
71. HNILICOVÁ, H. 2013. Legislativní, institucionální a ekonomická analýza poskytování a čerpání zdravotní péče cizincům z třetích zemí v ČR. In VAVREČKOVÁ, J. a kol. *Cizinci z třetích zemí z pohledu zdravotní péče.* Praha: VÚPSV, s. 4-33, závěrečná zpráva z projektu EIF 2011-08 - interní materiál.
72. HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K. 2012. Migrants' access to healthcare in the Czech Republic. In WESTRA, L., SOSKOLNE, C. L., SPADY, D. V. *Human Health and Ecological Integrity: Ethics, Law and Human Rights*, New York: Routledge, p. 132-140.
73. HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K. 2011. Migrants' health and Access to Healthcare in the Czech Republic. *Cent Eur J Public Health*, 19.3: 134-138.
74. HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K. 2014. *Czech Republic MIPEX Country Report. 2014, podkladový materiál pro zprávu MIPEX – nepublikováno.*
75. HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K., ČIŽINSKÝ, P., STUDENÝ, L., JURÁNEK, J. 2012. *Analýza komerčního zdravotního pojištění migrantů v ČR.* Praha: Konzorcium nevládních organizací pracujících s migranty.
76. HOLČÍK, J. 2010 *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost.* MU: Brno, 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0
77. HOLLINGSWORTH, J. R. 2000. Doing institutional analysis: implications for the study of innovations. *Review of International Political Economy*, 7(4): 595-644.
78. HOWLETT, M., RAMESH, M., PERL, A. 2009. *Studying Public Policy. Policy Cycles & Policy Subsystems.* 3rd edition. Canada: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-542802-5.
79. IMMERGUT, E. M. 1998. The theoretical core of the new institutionalism. *Polit Soc*, 26: 5-34.
80. INGLEBY, D. et al. 2010. *How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

81. INGLEBY, D. et al. 2005. *Social integration and mobility: education, housing and health*. IMISCOE Cluster B5 State of the art report. Estudos para o Planeamento Regional e Urbano nº 67, Fonseca, L. and Malheiros, J. (eds.). Lisbon: Centro de Estudos Geográficos, p. 89-119.
82. INGLEBY, D. 2012. Ethnicity, Migration and the 'Social Determinants of Health' Agenda. *Psychosocial Intervention*, 21(3): 331-341.
83. INGLEBY, D. 2006. *European research on Migrant and Health*. Background paper. IOM 2006, p. 3.
84. IOM. 2013a. *International Migration, Health and Human Rights*. Geneva: IOM, 60 p.
85. IOM. 2013b. *Migration Initiatives 2014: Health of Migrants*. Geneva: IOM, 286 p.
86. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing.
87. JELÍNKOVÁ, M., DOBIÁŠOVÁ, K. 2007. Falešná zdravotní pojištění cizinců. *Zdravotnictví v ČR*, (4): 128-132.
88. JELÍNKOVÁ, M. 2011. Vliv práce na zdraví migrantů - příslušníků mongolské menšiny v České republice. *Kontakt*, 13(2): 187-196.
89. JENSEN, N. K., NORREDAM, M., DRAEBEL, T., BOGIC, M., PRIEBE, S., & KRASNIK, A. 2011. Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? *BMC health services research*, 11(1): 1.
90. KALVAS, F., VÁNĚ, J., ŠTÍPKOVÁ, M., KREIDL, M. 2012. Rámcování a nastolování agendy: Dva paralelní procesy v interakci. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*, 48(1): 3-37.
91. KAREŠ, R. 2015. *Začlenění cizinců do veřejného zdravotního pojištění by byl nesystémový hazard*. [online] Občan v síti 1/2015, dostupné na: www.sdruzeniobcan.cz, cit. 10-10-2015.
92. KAWACHI, I., SUBRAMANIAN, S. V., ALMEIDA-FILHO, N. 2002. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 56: 647-652.
93. KOEHN, P. H., SWICK, M. H. 2006. Medical education for a changing world: moving beyond cultural competence into transnational competence. *Acad Med*, 81(6): 577-587.
94. Konzorcium nevládních organizací pracujících s migranty. 2014. *Nevládní organizace: Analýza jde proti závazkům vlády zahrnout migranty do VZP, je třeba ji odmítnout*. Tisková zpráva. Praha, 28. 11. 2014.
95. KRISTIANSEN, K., MYGIND, A., KRASNIK, A. 2007. Health effects of migration. *Dan Med Bull*, 54: 46-7.
96. KUTNOHORSKÁ, J. 2013. *Multikulturní ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing.
97. LÁNIČKOVÁ, A. 2016. *Konzorcium publikuje novou informační brožuru ke kampani za zdravotní pojištění migrantů*. [online] migraceonline.cz 2016, dostupné na: <http://migraceonline.cz/cz/e-knihovna/konzorcium-publikuje-novou-informacni-brozuru-ke-kampani-za-zdravotni-pojisteni-migrantu>, cit. 20.4.2016.
98. LASSETTER, J. H., CALLISTER, L. C. 2008. The impact of migration on the health of voluntary migrants in western societies: a review of the literature. *Journal of Transcultural Nursing*.

99. LAST, J.M. 2007 A dictionary of public health. Oxford: Oxford University Press, ISBN: 9780195160901, 432 s.
100. LONDON, L. 2008. What is a human-rights based approach to health and does it matter? *Health and human rights*, p. 65-80.
101. MAARSE, H. et al. 2008. *The politics of European union Health policy-making. An actor-centred institutionalist analysis*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht. ISBN 978-90-5278-728-2.
102. MACKENBACH, J. P. 2004. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. USA: Taylor & Francis Group.
103. MADARASOVÁ-GECKOVÁ, A. 2005. *Socio-ekonomické nerovnosti v zdraví I. díl*. Michalovce: PeGaS. ISBN 80-967901-3-7.
104. MAHONEY, J., THELEN, K. 2010a. *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency and Power*. New York: Cambridge University Press.
105. MAHONEY, J., THELEN, K. 2010b. A Theory of Gradual Institutional Change. In MAHONEY, J., THELEN, K. (eds.) *Explaining Institutional Change*. New York: Cambridge University Press.
106. 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*, 59(5): 7144-7153.
107. MALÝ, I., KOTHEROVÁ, Z., TUŠKOVÁ, E., DOBIÁŠOVÁ, K., MAŠKOVÁ, P., HÁVA, P., HNILICOVÁ, H. 2015. *Zdravotní politika a její ekonomická dimenze*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 201 s.
108. MAREŠ, J. 2011. Interkulturní aspekty komunikace v medicíně. In PTÁČEK, R. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
109. MARKIDES, K. S., ESCHBACH, K. 2005. Aging, migration, and mortality: current status of research on the Hispanic paradox. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(Special Issue 2): 68-75.
110. MARMOT, M., BRUNNER, E. 1999. Social organization, stress, and health. In MARMOT, M., WILKINSON, R. G. (eds.) *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
111. MAŠKOVÁ, P., HÁVA, P. 2007. České nemocnice v měnící se Evropě. *Zdravotnictví v ČR*, 10(3): 82-92.
112. Maxima pojišťovna. 2012. *Všeobecné pojistné podmínky Maxima pojišťovna, a.s. (VPP/810-02)*, [online] Maxima pojišťovna [12. 8. 2012] dostupné na http://www.maxima-as.cz/files/vpp_810.pdf.
113. Maxima pojišťovna. 2016. *Všeobecné pojistné podmínky pro komplexního zdravotního pojištění cizinců (VPP/810-13)*, [online] Maxima pojišťovna, dostupné na: http://www.maximapojistovna.cz/sites/default/files/download/vseobecne_pojistne_podminky_komplexni_zdravotni_pojisteni_cizincu_810_13.pdf, cit. 5.4.2016.
114. MCDONALD, J. T., KENNEDY, S. 2004. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine*, 59: 1613-1627.
115. MERRIAM, S. B. 1998. *Qualitative Research and Case Study Applications in Education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 275 p.

116. MERRIAM, S. B. 2009. *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation*. San Francisco: Jossey-Bass.
117. Ministerstvo vnitra. 2015. *Aktualizovaná „Koncepte integrace cizinců - Ve vzájemném respektu“ a Postup při realizaci aktualizované Koncepte integrace cizinců v roce 2016* [online] MV ČR 2015 [5.4.2015], dostupné na: <http://www.mpsv.cz/cs/1278>, cit. 21.3.2016.
118. MIPEX (Migrant Integration Policy Index). 2015. HUDDLESTON, T., BILGILI, O., JOKI, A-L, VANKOVA, Z. Barcelona/Brussels: CIDOB and MPG, dostupné na: <http://www.mipex.eu>.
119. MLADOVSKY, P. 2009. A framework for analysing migrant health policies in Europe. *Health Policy*, 93(1): 55-63.
120. MLADOVSKY, P., RECHEL, B., INGLEBY, D., MC KEE, M. 2012. Responding to diversity: An exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health Policy*, 105: 1-9.
121. MLADOVSKY, P. 2007. *Research Note: Migration and health in the EU*. London School of Economics, [online], dostupné na: <http://mighealth.net/eu/images/3/3b/Mlad.pdf>, cit. 2010-21-08.
122. MOSSIALOS, E., DIXON, A., FIGUERAS, J., KUTZIN, J. 2002. *Funding health care: options for Europe*. WHO European Observatory on Health Care Systems Series. Buckingham: Open University Press, 309 p.
123. MURRAY, Ch. J. L., FRENK, J. 2000. *A WHO framework for health system performance assessment. Evidence and Information for Policy*. World Health Organization.
124. NESVADBOVÁ, L. a kol. *Studie zdravotního stavu a sociální problematiky ekonomických migrantů v letech 1996-1999*. Závěrečná zpráva z výzkumu IGA MZ ČR 3621-3.
125. NESVADBOVÁ, L. a kol. 1998. *Zdravotní, psychologické a sociální aspekty migrace*. Praha.
126. NHS. 2009. *Healthy Understanding*. Race for Health 's Progress Report. NHS.
127. NIELSEN, S. S., KRASNIK, A. 2010. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *International journal of public health*, 55.5: 357-371.
128. NØRREDA, M., KRASNIK, A. 2011. Migrants' access to health services. In RECHEL, B., MLADOVSKY, P., DEVILLÉ, W., & RIJKS, B. *Migration and health in the European Union*. McGraw-Hill International, p. 67-78.
129. NORTH, D. C. 1990. *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
130. NORTH, D. C. 2005. *Understanding the Process of Economic Change*. Princeton: Princeton University Press.
131. *Novela cizineckého zákona odepře cizincům zdravotní pojištění*. 2016. Parlamentní listy. [online], duben 2016, dostupné na: <http://www.parlamentnilisty.cz/arena/monitor/Novela-cizineckeho-zakona-odepre-cizincum-zdravotni-pojisteni-432818>, cit. 26.4. 2016.
132. OCHRANA, F. 2012. Finanční krize, její dopady na státní rozpočet a východiska tvorby protikrizové strategie resortu Ministerstva obrany. In *Rozvoj české společnosti v Evropské unii - výzvy a rizika*. Praha: CESES.
133. OSN. Organizace spojených národů. *Mezinárodní úmluva o ekonomických, sociálních a kulturních právech*. New York: OSN.

134. PACE, P. 2011. The right to health of migrants in Europe. In RECHEL, B., MLADOVSKY, P., DEVILLÉ, W., RIJKS, B., PETROVA-BENEDICT, R., MCKEE, M., (eds.) *Migration and health in the European Union*. Maidenhead: Open University Press, p. 55–66.
135. PATTON, M. Q. 2002. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3rd edition. Thousand Oaks, CA: Sage.
136. PEIRO, M. J., BENEDICT, R. 2009. *Migration Health. Better Health for All in Europe. Final Report*. IOM.
137. PIERSON, P. 2000. Increasing returns, path dependence and the study of politics. *American Political Science Review*, 94(2): 251-67.
138. PIERSON, P. 2004. *Politics in Time. History, Institutions, and Social Analysis*. 1st ed. Princeton: Princeton University Press, 196 p. ISBN 0-691-11715-2.
139. PČR. 2004. Poslanecká sněmovna ČR. *Zasedání 31. schůze PČR, 4. května 2004*, stenoprotokol.
140. PLUG, I. et al. 2012. Socioeconomic inequalities in mortality from conditions amenable to medical interventions: do they reflect inequalities in access or quality of health care? *BMC Public Health*, 12: 346.
141. Pojišťovna Slavia, a.s. 2011. *Výroční zpráva 2011*. [online], dostupné na: <http://www.slavia-pojistovna.cz/soucasnost/>, cit. 12. 8. 2012.
142. Pojišťovna UNIQA, a.s. 2010. *Výroční zprávy 2010*. [online], dostupné na: http://www.uniqa.cz/home/04_uniqa/00_hospodareni/#tabs-3, cit. 12. 8. 2012.
143. Pojišťovna ERGO, a.s. *Výroční zpráva 2011*. [online], dostupné na: <http://www.ergo.cz/o-spolecnosti/o-spolecnosti/zakonne-informace/vyrocnizpravy/>, cit. 12. 8. 2012.
144. Pojišťovna VZP, a.s. (PVZP). 2015. *Změny v pojistných produktech zdravotního pojištění cizinců Pojišťovny VZP, a.s. od 1. 1. 2016, 1.12. 2015*. [online], dostupné na: <https://www.pvzp.cz/cs/aktuality/zmeny-v-pojistnych-produktech-zdravotniho-pojisteni-cizincu-pojistovny-vzp-a-s-od-1-1-2016/>.
145. Potůček, M. a kol. 2015. *Veřejná politika*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck. 336 s. ISBN 978-80-7400-591-6.
146. PRIEBE, Stefan, et al. 2011. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC public health*, 11.1: 1.
147. PVZP (Pojišťovna VZP, a.s.) *Výroční zprávy 2005-2015*. [online], dostupné na: <http://www.pvzp.cz/cs/o-spolecnosti/vyrocnizprava.html>, cit. 12. 8. 2012.
148. PVZP. 2012. *Všeobecné pojistné podmínky Pojišťovna VZP, a.s. KZPC 1/12, platné od 1. ledna 2012*. [online], dostupné na: <http://www.pvzp.cz/cs/jak-se-pojistit/komplexni-zdravotni-pojisteni-cizincu.html>, cit. 12. 8. 2012.
149. Rada Evropy. 2011. *Explanatory Memorandum of the draft Recommendation CM/Rec 13 of the Committee of Ministers to member states on mobility, migration and access to health care*. Výbor ministrů 16. listopadu 2011.

150. Rada vlády pro lidská práva. 2013. *Zápis ze zasedání rady vlády ČR pro lidská práva 7.10.2013*. [online], dostupné na: <http://www.vlada.cz>, cit. 10.12.2014.
151. RAZUM, O., HAJO-ZEEB, H., AKGUN, S., YILMAZ, S. 1998. Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect? *Tropical Medicine & International Health*, 3(4): 297–303.
152. RAZUM, O., SAHIN-HODOGLUGIL, N. N., Polit, K. 2006. Health, wealth or family ties? Why Turkish work migrants return from Germany. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 31(4): 719–739.
153. RECHEL, B., MLADOVSKY, P., DEVILLÉ, W., RIJKS, B. 2013. Migration and Health in an Increasingly Diverse Europe. *The Lancet*, 381(9873): 1235-45.
154. RITCHIE, J., LEWIS, J. 2003. *Qualitative Research Practice. A Guide for Social Science Students and Researchers*. London: SAGE Publications.
155. ROGERS, A., FLOWERS, J., PENCHEON, D. 1999. Improving access needs a whole systems approach. And will be important in averting crises in the millennium winter. *BMJ*, 319(7214): 866-7.
156. ROHRACHER, H., TRUFFER, B., MARKARD, J. 2008. *Doing Institutional Analysis of Innovation Systems. A conceptual Framework*. Paper presented at the DIME conference, Bordeaux, 11.-13. 09. 2008.
157. SABATIER, P., JENKINS-SMITH, H. C. (eds.) 1993. *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Boulder, Colo.: Westview Press.
158. SALMAN, R. *Access to Opportunities for Better Health. City to City: Developing New Approaches to Migration Policy: Thematic Report 3: Active Citizenship*. [online]. pp. 1-19. Dostupné z: http://maytree.com/PDF_Files/CITYTOCITYcasestudyonMiMi.pdf. [cit. 2011-12-07].
159. SANDERS, E. 2006. Historical Institutionalism. In RHODES, R. A. W., BINDER, S. A., ROCKMAN, B. A. *Oxford Handbook of Political Institutions*. Oxford: Oxford University Press, p. 39–56.
160. SCOTT, W. R. 2011. *Institutions and organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications.
161. SHEIK, A., RASHID, G., SANGEETA, D. 2008. Consultation for people from minority groups. *BMJ*, 337: 51-53.
162. SCHARPF, F. W. 1997. *Games real actors play: Actor-centered institutionalism in policy research*. Boulder: Westview Press. ISBN 0-8133-9968-8.
163. SCHIERUP, C.-U., HANSEN, P., CASTELS, S. 2006. *Migration, citizenship, and the European welfare state: a European dilemma*. Oxford: Oxford University Press.
164. SCHMIDT, V. 2010. Taking ideas and discourse seriously: explaining change through discursive institutionalism as the fourth 'new institutionalism'. *Eur Polit Sci Rev*, 21: 1-25.
165. Slavia pojišťovna. 2016. *Všeobecné pojistné podmínky pro komplexní zdravotní pojištění cizinců VPP KZPC 01/2016*. [online], dostupné na <http://www.slavia-pojistovna.cz/files/tem/vpp-kzpc-01-2016.pdf>, cit. 2.4. 2016.
166. Slavia pojišťovna. 2012. *Všeobecné pojistné podmínky Slavia pojišťovna, a.s. VPP KZPC 01/2012*. [online], dostupné na <http://www.slavia->

pojistovna.cz/pojisteni/osobni-pojisteni/komplexni-zdravotni-pojisteni-cizincu/, cit. 12. 8. 2012.

167. SMITH, K. B., LARIMER, CH. W. 2009. *The Public Policy Theory Primer*. USA: Westview Press. ISBN 978-0-8133-4381-5.
168. SPALLEK, J., ZEEB, H., RAZUM, O. 2010. Prevention among immigrants: the example of Germany. *BMC Public Health*, 92(10): 1-6.
169. SPECIALE, A. M., REGIDOR, E. 2011. Understanding the universality of the immigrant health paradox: the Spanish perspective. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13.3: 518-525.
170. SZÚ (Státní zdravotní ústav). 2015. *Průběžná zpráva o výskytu HIV/AIDS v ČR u příležitosti Světového dne AIDS 2015*. [online], dostupné na: <http://www.szu.cz/tema/prevence/zprava-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-za-rok-2015>.
171. STREECK, W., THELEN, K. (eds.). 2005. *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*. New York: Oxford University Press.
172. STRONKS, K. et al. 2013. Unravelling the impact of ethnicity on health in Europe: the HELIUS study. *BMC Public Health*, 13: 402.
173. SVOBODOVÁ, L., MLEZIVOVÁ, I. 2013. Nelegální migrace a některé její souvislosti. *Časopis výzkumu a aplikací v profesionální bezpečnosti* [online], roč. 6, speciální č. Migrace. Dostupný z: <http://www.bozpinfo.cz/josra/josra-migrace/nelegalni-migrace.html>.
174. ŠPIRUDOVÁ, L. 2006. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing.
175. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
176. TĚŠINOVÁ, J., ŽĎÁREK, R., POLICAR, R. 2011 *Medicínské právo*, Praha: C.H.Beck, 414 s.
177. TORPY, J. M. 2007. Health Care Insurance: The Basics. *JAMA: Journal of the American Medical Association* [online]. 297(10): 1154-1154, cit. 14.5.2015.
178. TÓTHOVÁ, V. a kol. 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. 195 s.
179. TÓTHOVÁ, V., SCHOLZ, P. 2009. Specifika v ošetrování příslušníků čínské minoritní skupiny v české republice. *Kontakt*, 1: 210-2017.
180. TÓTHOVÁ, V., VEISOVÁ, V., MICHÁLKOVÁ, M., JELEČKOVÁ, M. 2011. Attitude to health in members of the mongolian minority in the Czech Republic. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*, 3-4: 219-228.
181. TULCHINSKY, T. H., VARAVIKOVA, E. A. 2009. *The new public health*. 2nd. ed. San Diego: Elsevier Academic Press. 671 p. ISBN 13: 978-0-12-370890-8671.
182. UITERS, E. et al. 2009. Differences between immigrant and non-immigrant groups in the use of primary medical care; a systematic review. *BMC Health Services Research*, 9:76 [online]. Bio Med Central 1999. Dostupný z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC_2689181/, cit. 10.10.2010.
183. Uniqua pojišťovna. 2016. *Všeobecné pojistné podmínky pro cestovní zdravotní pojištění cizinců 2016*. [online], dostupné na: [186](http://www.all-</div><div data-bbox=)

- pojisteni.cz/images/vseobecne-pojistne-podminky-uniqua.pdf, cit. 6.4. 2016.
184. UNIQUA pojišťovna. 2011. *Všeobecné pojistné podmínky UNIQUA pojišťovny, a.s. UCZ/CZP/11.* [online], dostupné na: http://cms-ui.hypercms.net/repository/media_cnt/UNIQA-Czechia/C2_VPP_pro_cestovni_zdravotni_pojisteni_cizincu_hcm0007384.pdf, cit. 12. 10. 2012.
185. UN (United Nations). 1966. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.* New York: United Nations.
186. UNICEF. 2011. *Závěrečná doporučení Výboru pro dětská práva OSN: Česká republika ke 3. a 4. periodické zprávě ČR o naplňování Úmluvy o právech dítěte.* 17. června 2011.
187. Úřad vlády pro lidská práva. 2015. *Zpráva o stavu lidských práv v České republice v roce 2004.* [online], dostupné na: <http://www.vlada.cz>, cit. 10.10.2015.
188. ÚZIS. 2014a. *Infekční nemoci 2013.* Praha: ÚZIS.
189. ÚZIS. 2013. *Pohlavní nemoci 2012.* Praha: ÚZIS.
190. ÚZIS. 2014b. *Psychiatrická péče 2013.* Praha: ÚZIS.
191. ÚZIS. 2015. *Tuberkulóza a respirační nemoci 2014.* Praha: ÚZIS.
192. VACKOVÁ, J., ROLANTOVÁ, L. 2015. Imigranti z Mongolska - jejich zdraví a zkušenosti se zdravotní péčí v České republice. *Kontakt*, 4: 259-266.
193. VACKOVÁ, J. a kol. 2012. *Zdravotně sociální aspekty života migrantů v České republice.* Praha: Triton, 391 s.
194. VAN DER HEIJDEN, J. 2010. A short history of incremental institutional change. *Regulation & Governance*, 4(2): 230-243.
195. VAVREČKOVÁ, J., DOBIÁŠOVÁ, K. 2012. *Integrace dětí cizinců z třetích zemí na základě mezinárodního šetření OECD PISA a řízených rozhovorů s pedagogy základních škol.* Praha: VÚPSV.
196. VELEMÍNSKÝ, M., TÓTHOVÁ, V. 2013. Health condition of immigrants in the Czech Republic. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*, 1-2: 47-56.
197. Veřejný ochránce práv. 2014. *Navrhovaný zákon o zdravotním pojištění cizinců je špatný a straní pojišťovnam.* Tisková zpráva 23. července 2014. [online], dostupné na: <http://www.ochrance.cz/aktualne/tiskove-zpravy-2014/navrhovany-zakon-o-zdravotnim-pojisteni-cizincu-je-spatny-a-strani-pojistovnam/>, cit. 24.2.2016.
198. VESELÝ, A., NEKOLA, M. (eds.) 2007. *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe.* Kapitola 11. Praha: SLON.
199. Vláda ČR. 2011. *Aktualizovaná koncepce integrace cizinců v ČR „Společné soužití“.* [online], dostupné na: http://www.cizinci.cz/files/clanky/741/Usneseni_vlady_09022011.pdf, cit. 12. 8. 2012.
200. Vláda ČR. 2016. *Stanovisko vlády k návrhu na vydání zákona o zdravotním pojištění cizinců při pobytu na území České republiky a o změně zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů (sněmovní tisk č. 1023).* 2016. [online], dostupné na: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=1023&CT1=1>.

201. Vláda ČR. 2015. *Aktualizovaná „Koncepce integrace cizinců - Ve vzájemném respektu“ a Postup při realizaci aktualizované Koncepce integrace cizinců v roce 2016*. 28. prosince 2015.
202. VZP. *Výroční zprávy VZP ČR 2001, 2002, 2003*. [online], dostupné na: <http://vzp.cz/o-nas/dokumenty/vyrocní-zpravy>, cit. 12. 8. 2012.
203. WAGNER, K. S., Lawrence, J., Anderson, L., Yin, Z., Delpech, V., Chiodiny, P. L., Redman, C., Jones, J. 2013. Migrant health and infectious diseases in the UK: findings from the last 10 years of surveillance. *Journal of Public Health*, 36(1): 28–35.
204. WALLACE, M., KULU, H. 2013. Migration and Health in England and Scotland: a Study of Migrant Selectivity and Salmon Bias. *Popul. Space Place*, DOI: 10.1002/psp.1804.
205. WALLENFELS, J. 2015a. Současná epidemiologická situace v České republice. [online] Česká pneumologická a ftizeologická společnost, dostupné na: <http://www.pneumologie.cz/novinka/744/tbc-smrtelná-nemoc-ktou-se-nedari-vymytit/>, cit. 20.3.2016.
206. WALLENFELS, J. 2015b. *Tuberkulóza v České republice a ve světě*. In XI. Hradecké vakcinologické dny.
207. WEST P. 1991. Rethinking the health selection explanation for health inequalities. *Social Science and Medicine*, 32(4): 373-384.
208. WHITEHEAD M. 1990. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: WHO.
209. WHITEHEAD, M., DAHLGREN, G. 2007. *Concepts and Principles for Tackling Social Inequalities in Health: Levelling up Part I*. Copenhagen: WHO.
210. WHO (World Health Organization). 2010. *Health of migrants: The way forward-Report of a global consultation, Madrid, Spain, 3-5 March 2010*. Geneva: WHO [online], p. 61-70. Dostupné na: http://www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf, cit. 18.4.2012.
211. WHO. 2007a. *Health for migrants*. Executive Board 122/11. Provision agenda item 4.8 2007.
212. WHO. 2007b. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2007.
213. WHO. 1946. Světová zdravotnická organizace. WHO Constitution. Ženeva: WHO.
214. WHO. 2008. Šedesátá první usnesení a rozhodnutí Světového zdravotního shromáždění (World Health Assembly), Ženeva, Švýcarsko, [online], dostupné na: <http://apps.who.int/GB/bwha/pdffiles/WHA61-REC1/A61REC1-en.pdf>.
215. YIN, R. K. 2003. *Case Study Research. Design and Methods*. USA: Sage Publication.
216. YIN, R. K. 1981. The Case Study Crisis: Some Answers. *Administrative Science Quarterly*, 26(1): 58-65.
217. ZIMMERMAN, C., KISS, L., HOSSAIN, M. Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Med*, 8(5): e1001034.doi:10.1371/ journal.pmed.1001034.

Právní normy:

Ústavního zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 347/1997 Sb., 300/2000 Sb., 448/2001 Sb., 395/2001 Sb., 515/2002 Sb., 319/2009 Sb., 71/2012 Sb. a 98/2013 Sb., Ústava ČR

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

Zákon č. 37/2004, o pojistné smlouvě

Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací

Zákon č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví

Zákon č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Zákon č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí a o změně živnostenského zákona, v platném znění

Zákon České národní rady č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky

Zákon č. 301/1992 Sb. o hospodářské komoře a agrární komoře ČR

Vyhláška MZ ČR č. 39/2012 o dispensární péči

Vyhláška MZ ČR č. 70/2012 o preventivních prohlídkách

Vyhláška ministerstva financí č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, ve znění pozdějších předpisů

Scénáře rozhovorů

Scénář A – cizinci

Poučení respondenta o tom, že rozhovor je anonymní, že nikde nebude uvedeno skutečné jméno ani identifikační údaje, že nemusí odpovídat na otázku, která by mu byla nepříjemná. Respondent by neměl v rozhovoru užívat celá jména dalších osob.

1/ Úvodní informace

- věk
- pohlaví
- rodinný stav
- země původu
- důvod pobytu v ČR (zda pracuje nebo podniká, zda je tu se svým rodinným příslušníkem - sloučení rodiny, studuje, apod.)
- jaký má typ pobytu (trvalý pobyt, dlouhodobý pobyt, popřípadě jiný)
- délka pobytu
- žije v ČR s rodinou (partnerem, dětmi, popřípadě rodiči), či jeho rodina žije v zemi původu

2/ Zdravotní pojištění v ČR

⇒ *pokud má respondent v současné době veřejné zdravotní pojištění u každé otázky se zaměříme na zkušenosti s veřejným i s komerčním - srovnání obou typů; pokud má zkušenosti s různými typy komerčního pojištění, rovněž se u každé otázky zaměříme na zkušenosti se všemi typy*

⇒ **U každé otázky může respondent hovořit i o problémech rodiny, přátel, známých**

- Jak je pro pobyt v ČR v současné době zdravotně pojištěn a jak dlouho je takto pojištěn, jak byl pojištěn v minulosti (veřejné nebo komerční)
- U jaké pojišťovny je pojištěn, u které/ých pojišťoven byl pojištěn v minulosti
- Pokud má komerční pojištění, jaký má pojistný produkt (jen na neodkladnou péči nebo komplexní pojištění)

- Pokud má komerční pojištění, má nějaké připojištění (jen na např. na těhotenství, na zubní péči, profesionální sport, apod.)
- Kde se pojistil (ČR x země původu), jak to probíhalo, pocítil při uzavírání smlouvy nějaké problémy (např. měl k dispozici smlouvu a pojistné podmínky v rodném jazyce, bylo vše srozumitelné, měl dostatek informací, ...)
- Měnil už během pobytu způsob pojištění - proč, uvažuje o změně - proč
- Měl na výběr z několika druhů pojištění, proč vybral toto
- Kolik ho pojištění stálo, jak ho platil, měl nějaké problémy s úhradou
- Setkal se s nějakými administrativními těžkostmi v souvislosti v souvislosti se zdravotním pojištěním
- Radil mu někdo v případě výběru pojištění v ČR - kdo, kde, zařídil se podle těchto rad
- Kde jinde čerpal informace o možnostech pojištění v ČR, bylo těchto informací dost, byly dostupné a pravdivé
- Je spokojen se svým pojištěním x nespokojen - proč, s čím
- V případě, že je zde s rodinou, jak je rodina pojištěna
- Myslí si, že by se v oblasti zdravotního pojištění cizinců v ČR mělo něco změnit
- Pokud žije v ČR déle, jak vnímá změny v oblasti zdravotního pojištění, ví o nějakých, jak je hodnotí
- Měl v souvislosti se zdravotním pojištěním v ČR nějaké problémy, které v rozhovoru zatím nebyly zmíněny; jaké

3/ Čerpání zdravotní péče v ČR

⇒ ***U každé otázky může respondent hovořit i o problémech rodiny, přátel, známých***

- Jakého lékaře/ zdravotnické zařízení již během pobytu v ČR navštívil, proč, kdy, kde, jakou odbornost/ typ péče
- Pokud lékařskou péči nevyužil, proč a jak své zdravotní obtíže řešil (samoléčba, odjezd do země původu,...)
- Jak často v ČR navštěvuje lékaře, jaké, co pobytu v nemocnici
- Jak se dostal k lékaři popř. lékařům (či do nemocnice), měl problémy najít lékaře, problémy s nalezením zdravotnického zařízení, možnost svobodné volby lékaře
- Je registrován u praktického lékaře, popř. stomatologa a gynekologa
- Jak to během návštěvy lékaře/při pobytu v nemocnici probíhá (např. zda musí mít tlumočnicka)
- Jak poskytnutou zdravotní péči hradil (z pojištění x hotově), kdy (při návštěvě, po), případné rozdíly u různých lékařů a zdravotnických zařízení

- Zaznamenal během svého pobytu problémy nebo nedorozumění při hrazení zdravotní péče v ČR (nechtěli ho ošetřit, chtěli péči uhradit hotově, chtěli připlatit apod.)
- Setkal se s tím, že by mu pojišťovna odmítla uhradit nějakou péči; pokud ano, jakou a proč; j
- Jak na to reagovali zdravotničtí pracovníci (popř. jiní zaměstnanci zdravotnického zařízení)
- Dluží v ČR něco za zdravotní péči či za pojištění, kolik, jak dlouho, jak je to vymáháno
- Oddaluje návštěvy lékaře/hospitalizaci - proč (jinými slovy nechává péči na poslední chvíli?)
- Jak k němu přistupuje lékař a jiný zdravotnický personál, ostatní zaměstnanci zdravotnického zařízení, ostatní pacienti (cítí nějaký odstup - v čem, proč si myslí, že mají odstup)
- Má zkušenosti s jazykovou bariérou, s problémy souvisejícími s kulturními odlišnostmi
- Byl/je se zdravotnickými pracovníky (lékaři, sestry) spokojen x nespokojen, měnil už lékaře, chystá se měnit lékaře
- Co ho nejvíce trápí, co mu vadí při čerpání zdravotní péče v ČR
- Kde čerpal informace o českém zdravotnictví
- Jaké informace o poskytování zdravotní péče postrádal či postrádá
- Co je podle něho silnou a slabou stránkou českého zdravotnictví - proč
- Jak se o českém zdravotnictví vyjadřuje rodina, přátelé, známí - jejich zkušenosti, s jakými názory se setkal apod.
- Srovnání zdravotní péče v ČR a v zemi původu (rozsah, kvalita, cena, přístup personálu apod.)
- Měl někdy při návštěvě lékaře či při hospitalizaci problémy, které v rozhovoru zatím nebyly zmíněny; jaké
- Mohl by se zamyslet nad tím, zda došlo v posledních letech k nějakým změnám v oblasti přístupu poskytovatelů zdravotní péče a v přístupu zdravotních pojišťoven k cizincům?

Scénář B – experti

Rozhovor je anonymní, nikde nebude uvedeno jméno ani identifikační údaje respondenta. U konkrétních výroků bude uváděna jen pracovní pozice respondenta. Respondent nemusí odpovídat na otázku, která by mu byla nepříjemná. Respondent by neměl v rozhovoru užívat celá jména dalších osob, konkrétní názvy. Rozhovor je anonymní, nikde nebude uvedeno jméno ani identifikační údaje respondenta. U konkrétních výroků bude uváděna jen pracovní pozice respondenta. Respondent nemusí odpovídat na otázku, která by mu byla nepříjemná. Respondent by neměl v rozhovoru užívat celá jména dalších osob, konkrétní názvy zdravotnických zařízení, etc., protože rozhovory jsou přepisovány a archivovány.

1/ úvodní informace

- S jakými kategoriemi cizinců z hlediska typu jejich pobytu, národnosti, ekonomické aktivity, apod. nejčastěji přichází respondent, popř. instituce, kterou představuje, do styku? Jaké typy zdravotního pojištění tito cizinci mají, popř. kdo za ně péči hradí? Příklad: turisté, ekonomičtí migranti (podnikatelé, zaměstnanci) a jejich rodiny, žadatelé o azyl, azylanti, nelegální migranti.
- Jak přichází do s cizinci styku (např. klient, zaměstnanec, student, ...)
- Účastní se nějak politického procesu tvorby institucionálního nastavení zdravotního pojištění pro cizince? Pokud ano, jak?

2/ zdravotní pojištění cizinců a úhrady zdravotní péče v ČR

- Je současné nastavení s čím jsou z jejich pohledu v oblasti zdravotního pojištění největší a nejčastější problémy? Jaké? Konkrétní zkušenosti?
- Z pohledu respondenta rozdíl mezi tím, když má cizinec veřejné zdravotní pojištění a když má komerční zdravotní pojištění pro cizince.
- Problémy s nelegálními migranty?
- Spolupráce/nespolutpráce s ostatními aktéry v oblasti zdravotního pojištění migrantů.
- Vývoj v oblasti zdravotního pojištění pro migranty, klady a zápory proběhlých změn v institucionálním nastavení.

3/ čerpání zdravotní péče cizinci v ČR

- Jaký typ péče cizinci, s nimiž při své práci přicházejí do styku, nejčastěji

čerpají? Je péče, která je poskytována cizincům v něčem odlišná od péče obvyklé u české populace (myšleno co do objemu, typu výkonů, situací, ve které se odehrává - například více pracovních úrazů, infekčních onemocnění, atd.)

- Setkal se (i zprostředkovaně) s nějakými kulturními či náboženskými odlišnostmi u cizinců, které byly bariérou v čerpání zdravotní péče? Pokud ano, jaké?
- Mají zkušenosti s jazykovou bariérou při čerpání zdravotní péče cizinců? Jaké?
- Mají dle jeho zkušeností cizinci k dispozici dostatek informací o fungování zdravotnického systému? Pokud ne, jaké by byly potřebné a jakou formou? Reagují nějak respondenti nebo zařízení, kde pracují, na tyto odlišné potřeby? Pokud ano, jak?
- Jaké se nejčastěji vyskytují stížnostmi cizinců na poskytnutou péči, pokud vůbec? Čeho se nejčastěji týkají?
- Mohl by se zamyslet nad tím, zda došlo v posledních letech k nějakým změnám v oblasti zdravotní péče v jejím čerpání ze strany cizinců, v přístupu poskytovatelů zdravotní péče a v přístupu zdravotních pojišťoven k cizincům?

Scénář C - lékaři, lékařky, zdravotní sestry, další zaměstnanci zdravotnických zařízení

1/ úvodní informace

- typ zdravotnického zařízení (obecně FN, okresní nemocnice, ambulance specialisty, ambulance PR, tec....), popř. specializace (ortopedie, interna, dětský praktik, tec....)
- pracovní pozice
- kolik cizinců ošetřeno ročně, jaké národnosti

2/ znalosti o pobytových stavech a zdravotním pojištění cizinců v ČR

- jaké kategorie cizinců se v ČR vyskytují z hlediska typu jejich pobytu, jaké typy zdravotního pojištění mají, popř. kdo za ně bude péči hradit? Setkal se například ve své praxi s žadatelem o azyl, s azylantem, s nelegálním migrantem? Pokud ano, byly nějaké problémy? Jaké?
- rozdíl mezi tím, když má cizinec veřejné zdravotní pojištění a když má komerční zdravotní pojištění pro cizince, ověřují si platnost pojištění u cizinců, popřípadě komunikují s asistenční službou, na co má cizinec nárok? Pokud

ano, jaké s tím jsou zkušenosti? Mají dostatek informací o tom, na jakou péči mají cizinci na základě svého pojištění nárok? Problémy v souvislosti s úhradou péče za cizince? Pokud ano, jaké? (dluhy, jejich vymahatelnost, apod.)

- Platby v hotovosti, problémy
- Znájí povinnosti ohledně nelegálních migrantů? (zejména, zda je musí nebo naopak nesmí nahlásit na Cizineckou policii ČR, jaké jsou povinnosti ze zákona, apod.?)
- Problémy s definováním nutné a neodkladné péče
- Problémy s informovaností migrantů
- Spolupráce s neziskovým sektorem

3/ čerpání zdravotní péče cizinci v ČR

- Jaký typ péče cizincům nejčastěji poskytujete? Je péče, která je poskytována cizincům v něčem odlišná od péče obvyklé u české populace (myšleno co do objemu, typu výkonů, situací, v které se odehrává - například více úrazů, atd.)
- Setkal jste se s nějakými kulturními odlišnostmi při léčbě cizinců? (transkulturně podmíněný způsob projevu a forem prezentace obtíží, jiné prožívání bolesti, neobvyklé chování při prezentaci obtíží) Pokud ano, jaké? Jaká forma získávání těchto informací by Vám vyhovovala? (internet, letáky, školení, učebnice, apod....)
- Měl jste při poskytování péče cizincům nějaké problémy? (jazyková bariéra, kulturní odlišnosti, nezvyklé, netypické příznaky onemocnění, nemoci, které se v našem regionu vůbec nebo téměř nevyskytují - vzácná a neobvyklá onemocnění, problémy se stanovováním diagnózy (diferenciální diagnostiky), apod.) Pokud ano jaké?
- Máte k dispozici nějaké pomůcky pro komunikaci s cizinci (grafické kartičky, slovníček základních pojmů, apod.) Pokud ano, jaké, popište je prosím. Pokud ne, přivítal byste nějakou takovou pomůcku?
- Myslíte si, že jsou cizinci o systému zdravotní péče v ČR dobře informováni?
- Vzpomenete si ještě na některé neobvyklé případy léčby cizinců, které jste slyšel od vašich kolegů? Na nějaké problémy?
- Setkal jste se ve své praxi nebo u některého z kolegů se stížnostmi cizinců na poskytnutou péči? Čeho se stížnost/i týkaly?
- Mohl by se zamyslet nad tím, zda došlo v posledních letech k nějakým změnám v oblasti zdravotní péče v jejím čerpání ze strany cizinců, v přístupu poskytovatelů zdravotní péče a v přístupu zdravotních pojišťoven k cizincům?

Erratum

Str. 167 a 168 – místo Gillon, 20009 správně Gulliford, 2009

Literatura doplnění:

MCKINLEY, B. 2005. *World Migration 2005 / Costs and Benefits of International Migration*. Geneva: IOM.

DANIELS, N., KENNEDY, B. a KAWACHI, I. 1999. Why justice is good for our health: the social determinants of health inequalities. *Daedalus*, 128(4), 215-251

HAY, C., WINCOTT, D. 1998. Structure, Agency and Historical Institutionalism. *Political Studies* 46(5):951-957

THELEN, K., STEINMO, S. 1992. *Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge: University Press

KARL-TRUMMER, U., SARDADVAR, S. 2012. The interplay of health migrant status and socioeconomic status in eight EU countries. In INGLEBY, D. a kol. Health inequalities and risk factors among migrants and ethnic minorities. COST Series on Health and Diversity, Volume I, Antwerp/Apeldoorn, str. 79–92

VILLALONGA-OLIVES, E., KAWACHI, I. 2014. The changing health status of economic migrants to the European Union in the aftermath of the economic crisis. *Journal of epidemiology and community health*, 68.9: 801-803.