

Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR

*PhDr. Helena Hnilicová, PhD a Mgr. Karolína Dobiášová
Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva
1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy*

Praha 2009

Obsah:

1. 1. Základní informace a údaje	2
a. Populace cizinců, statistiky.....	2
b. Politický kontext	4
2. 2. Zdravotní stav	7
a) Zdraví migrantů podle oficiálních statistik	7
b) Zdraví migrantů ve světle výzkumů	8
3. 3. Zdravotnický systém v ČR a nároky migrantů na zdravotní péči	12
4. 4. Problémy a bariéry v dostupnosti zdravotní péče	14
b) Nedostatek informací o zdravotnictví a komunikační bariéry	16
5. 5. Kvalita péče	16
6. 6. Opatření, přijatá k nápravě zjištěných nedostatků a problémů	17
7. 7. Literatura	18

1. Základní informace a údaje

a. Populace cizinců, statistiky

ČR patří od devadesátých let minulého století k zemím s rychlým růstem migrace.. V letech 1990 – 2006 se počet cizinců v ČR zvýšil na téměř desetinásobek¹. Zatím největší nárůst byl zaznamenán v roce 2006, kdy se oproti předešlému roku zvýšil počet imigrantů o 13 %². Podíl imigrantů v populaci činí již téměř 4%. . Lze se domnívat, že pokud se udrží dosavadní ekonomický vývoj země, tento trend bude pokračovat. Problematika integrace přistěhovalců do české společnosti je v souvislosti s tímto vývojem velmi aktuální.

Tab. č. 1 Počet migrantů ke konci roku 2008

Celkový počet cizinců na konci roku 2008 (bez azylantů):	438 301	4,2 % populace ČR
Podle pohlaví:		
Žen:	173 888	40. %
Mužů:	264 424	60 %
Podle druhu pobytu:		
Trvalý pobyt:	172 927	39 % všech migrantů
Z toho žen:	81 295	47. %
Z toho mužů:	91 632	53 %

Rychlým¹ V roce 1990 bylo v ČR registrováno celkem 35 198 cizinců s povoleným pobytem, ČSÚ 1990

² See Internationa Migration Outlook : Sopemi – 2008 Edition, Social Issues/Migration/Health 2008, vol 2008, no. 14 408 – 426 Recent Changes in Migration Movements and Policies: Czech Republic

Dlouhodobý pobyt:	265 374	61 % všech migrantů
<i>Z toho žen:</i>	92 582	35 %
<i>Z toho mužů:</i>	172 792	65 %
Podle národnosti (2008)		
Ukrajinci:	131 965	30% všech cizinců
Slováci:	76 034	17 % všech cizinců
Vietnamci:	60 258	14 % všech cizinců
Rusové:	27 178	6 % všech cizinců
Ostatní národnosti	123 326	33 %
Podle věku (2007)		
V produktivním věku 20 – 60 let:	341 578	87 %
Děti a mladiství do 18 let:	40 220	10 %
Migranti starší 65 let:	10 517	3 %
Azylanti a žadatelé o mezinárodní ochranu (2007)		
Žadatelé o mezinárodní ochranu	1878	
Azyl udělen	191	
Aktuálně platný azyl	2037	
Azylanti podle národnosti (2007)		
Rusko	414	20 % ze všech azylantů
Bělorusko	248	12 % ze všech azylantů
Afganistán	242	12 % ze všech azylantů
Rumunsko	120	6 % ze všech azylantů
Irák	102	5 % ze všech azylantů
Ostatní	911	45 % ze všech azylantů

Národnostní struktura: Nejčastěji jsou zastoupeni občané Ukrajiny 31 %, Slovenska 17 %, Vietnamu 13 % a Ruska 6 %³. Dlouhodobě se národnostní složení imigrantů na čelních pozicích nemění. Ačkoliv Slováci tvoří dlouhodobě početně významnou skupinu, pro účely projektu MIGHEALTHNET nepovažujeme imigranty ze Slovenska za relevantní, a to z následujících důvodů: Slováci jsou cizineckou komunitou, která je mezi majoritní populací nezřetelná a v zásadě se díky společné historii a jazykové a etnické příbuznosti od Čechů téměř neliší (Uherek, 2003). Po vstupu Slovenska do EU mají Slováci stejný přístup ke zdravotní péči jako občané ČR.

³ Údaje zachycují situaci ke konci roku 2007

Ekonomická aktivita: Většina (87%) migrantů je ekonomicky aktivní populace⁴. Převaha (okolo 78 %) je v postavení zaměstnanců, ostatní (22 %) působí jako živnostníci. (ČSÚ, 2008).

Školní docházka a studium: Podíl cizinců na všech typech škol ve školním roce 2006/07 byl 2,2 %.. Více než polovinu (zhruba 25.tisíc) tvořili studenti vysokých škol, více než čtvrtina pak navštěvovala základní školu, 6 % mateřskou a 12 % studovalo na středních školách. Převaha studentů VŠ je zřetelná. V roce 2006 tvořili cizinci 6, 2 % všech studentů vysokých škol.⁵, od školního roku 2001/2 se počet cizinců na českých školách zdvojnásobil. (ČSÚ, 2006).

b. Politický kontext

Integrace cizinců v ČR

Globalizace a zvýšená mobilita pracovních sil v EU znamená i pro Českou republiku vytváření etnicky a kulturně různorodého prostředí. Příliv většího počtu cizinců a s ním spojené společenské procesy jsou pro tradičně homogenní české země relativně novým úkazem, se kterým se země postupně vyrovnává. Až na výjimky (repatriace krajanů počátkem devadesátých let) má příliv přistěhovalců v ČR charakter pracovní migrace, která se vztahuje k zaměstnávání a podnikání cizinců. Legální zaměstnávání cizinců je možné na základě povolení k pobytu a povolení k zaměstnání (Horáková, 2005). Až do roku 1997 byla politika v oblasti přílivu pracovních migrantů velmi liberální. K určité restrikcii ve vydávání pracovních povolení cizincům došlo v roce 1998, kdy úřady práce tímto způsobem reagovaly na rostoucí nezaměstnanost. V roce 1999 vznikl vládní dokument “**Koncepce integrace cizinců, dlouhodobě usídlených V ČR**”, který se stal základem pro vytváření ucelené koncepce dlouhodobé migrační politiky. V souvislosti s přípravou na vstup ČR do EU a v důsledku harmonizace české vízové politiky s politikami členských zemí EU byla v roce 2000 zpřísněna kontrola hranic. Došlo postupně ke změnám zákonů o pobytu, azylu a zaměstnanosti i podnikání. Cílem těchto opatření bylo snížení nelegální migrace a nedokumentované práce cizinců. Zároveň již od roku 2001 dochází postupně ke snahám získat pro český pracovní trh více kvalifikovaných pracovníků z ciziny.

a) Vývoj integrační politiky

Integrační politika v České republice prošla třemi fázemi (Baršová a Barša 2005, s. 231-237/dle Dorůžková 2007). V první fázi (1990-1998) se integrační aktivity zaměřovaly jen na pomoc uprchlíkům a programy repatriace českých krajanů. Šlo zejména o pomoc při získávání bydlení a výuku českého jazyka. (Jelínková 2006, Dorůžková 2007). Ve druhé fázi (1999-2003) již byla formulována celková strategie integrace, vznikala opatření v jednotlivých resortech a začaly se zavádět dotační programy pro posílení spolupráce s nevládním sektorem a sdruženími přistěhovalců. Byl schválen zásadní dokument, stanovující principy integrační politiky v ČR “*Zásady koncepce integrace cizinců na území České republiky*”. Tyto “Zásady” dále rozvíjí *Koncepce integrace cizinců (2002)*, která již osahuje konkrétní opatření v různých oblastech integrace (pobyťový status cizince, získání státního

⁴ Údaje zachycují situaci ke konci roku 2007

⁵ See ČSÚ 2006: http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/o/1414-05-za_rok_2005-4_vzdelavani_cizincu, navštíveno na 28.9.08

občanství, politická participace, zaměstnání a podnikání, bydlení, sociální zabezpečení, zdravotní péče, vzdělávání, kultura, tradice a náboženství). Byl realizován vládní výzkumný program „Podpora integrace cizinců v ČR“, v jehož rámci došlo k lepšímu poznání a porozumění situaci migrantů v ČR a k identifikaci problémových oblastí, na které je potřeba se zaměřit.

Ve třetím období (od roku 2004 do současnosti) se problémy, které byly v předchozím období identifikovány začínají v praxi postupně řešit. Velkým posunem ke zlepšení postavení cizinců je implementace směrnic EU⁶, ke které došlo v rámci novelizace cizineckého zákona v roce 2006 (Jelínková 2006, s. 47). V tomto období rovněž vznikla řada strategických dokumentů⁷, které měly přispět k řešení odhalených problémů a priorit formulovaných v předchozím období. (Dorůžková 2007, s. 31-32). Zároveň se rozvinula praxe tzv. integračního mainstreamingu, tj. všeobecné zohledňování dopadů připravovaných politik, právních předpisů nebo opatření na integraci cizinců (Jelínková 2006, s. 49).

V roce 2005 došlo k aktualizaci Koncepce integrace cizinců v ČR, která identifikovala jako jednu z hlavních překážek v oblasti sociálně-ekonomické integrace „*nemožnost podílet se na veřejném systému zdravotního pojištění u státních občanů třetích zemí nebo jejich rodinných příslušníků, zejména dětí*“ (Usnesení Vlády ČR č. 126)

b) Cíle integrační politiky

K hlavním cílům migrační politiky České republiky patří harmonizovat domácí migrační politiku s prioritami EU a zároveň dosáhnout, aby migrace svým charakterem odpovídala potřebám domácí ekonomiky. V dlouhodobé perspektivě se počítá také s tím, že by migrace mohla přispět ke zlepšení demografické struktury stárnoucí české populace (Horáková, 2005). Za **cílovou skupinu** jsou proto považováni dlouhodobě usazení cizinci, kteří žijí na území ČR legálně nejméně po dobu jednoho roku. Do cílové skupiny nejsou zahrnuti státní občané členských států Evropské unie a žadatelé o azyl. Pro asylanty je určen specifický *Státní integrační program*, který má stejné atributy jako obdobné programy v ostatních zemích EU a navíc zdůrazňuje poporu bydlení. Za klíčové předpoklady úspěšné integrace cizince v ČR jsou považovány:

- znalost českého jazyka
- ekonomická soběstačnost
- orientace ve společnosti
- začlenění do majoritní společnosti.

c) Koordinace a realizace integrační politiky

Od stanovených předpokladů se odvíjejí konkrétní opatření a dotační programy. Důležité je, že vláda se v letošní roce zavázala důrazněji uplatňovat integrační mainstreaming. Koordinační roli v naplňování programu integrace má v současné době Ministerstvo vnitra

⁶ Novela cizineckého zákona (č. 326/1999) o pobytu cizinců, kterou podepsal prezident ČR dne 7. dubna 2006. Tato novela s sebou nese implementaci směrnic č. 2003/109/ES *O právním postavení státních příslušníků třetích zemí, kteří jsou dlouhodobě pobývajícími rezidenty*; č. 2004/38/ES *O právu občanů Unie a jejich rodinných příslušníků svobodně se pohybovat a pobývat na území členských států*; č. 2004/81/EC *týkající se vydávání povolení k pobytu občanům třetích zemí, kteří se stali oběťmi obchodování s lidmi anebo kteří se stali objekty převaděčství a spolupracují s příslušnými orgány do českého právního řádu.*

⁷ Např. Analýza postavení cizinců dlouhodobě žijících v ČR a návrh optimalizačních kroků, aktualizované verze Koncepce integrace cizinců na území ČR (Jelínková 2006/ dle Dorůžková 2007).

(do roku 2006 to bylo Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR - MPSV). Jsou zapojeny další resorty, zejména, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), Ministerstvo pro místní rozvoj (MMR), Ministerstvo kultury (MK), Ministerstvo průmyslu a obchodu (MPO), Ministerstvo zdravotnictví (MZd), Ministerstvo kultury MK, ale také kraje, obce a neziskové organizace. MK nejvýznamnějším NGO patří Mezinárodní organizace pro migraci ČR (IOM ČR), Centrum pro integraci cizinců, Poradna pro integraci, Multikulturní centrum, Charita Česká republika, Člověk v tísni, Centrum pro otázky migrace, Sdružení občanů zabývajících se emigranty a další. Lze shrnout, že vcelku se daří naplňovat koncepci v oblasti podpory znalosti českého jazyka. Výzkumný ústav pedagogický v Praze byl pověřen úkolem připravit metodiku výuky českého jazyka pro cizince, jsou uvolněny finanční prostředky na kurzy, které organizují různé instituce a organizace. MPSV se nejvíce angažuje v oblasti zaměstnávání cizinců. Od roku 2004 probíhá projekt zaměřený na podporu kvalifikovaných zahraničních pracovníků, kterým nabízí výhodné podmínky pro usídlení v ČR. MPSV provozuje a aktualizuje webové stránky Cizinci v České republice a finančně podporuje webové stránky spravované IOM Česká republika (www.domavcr.cz), které jsou solidními a hojně navštěvovanými zdroji informací. Český statistický úřad (ČSÚ) od roku 2000 systematicky sleduje statistiku migrace a každoročně publikuje souhrnná data v publikaci *Cizinci v České republice*. Tato publikace je kromě tištěné podoby zveřejněna také na webových stránkách ČSÚ. Méně se v posledních dvou letech v oblasti integrace cizinců angažuje MZd ČR⁸, které se však pro následující období zavázalo prosazovat úpravy podmínek komerčního zdravotního pojištění tak, aby lépe odpovídalo potřebám a možnostem imigrantů.

Také kraje a obce se aktivně zapojují do procesu integrace cizinců. Finančně podílejí na realizaci projektů zaměřených na integraci cizinců. Některé kraje nevypisují dotační řízení zaměřené výhradně na integraci cizinců, ale podporují takto zaměřené projekty z jiných fondů. Využívány jsou i fondy EU.⁹ Řadu konkrétních projektů, které vycházejí ze zásad integrační politiky, realizují neziskové organizace (NGO's).

d) Postoje veřejnosti k migrantům

Přes narůstající počet migrantů v ČR¹⁰ jsou postoje veřejnosti k migrantům vcelku příznivé. Okolo 60% české populace se domnívá, že imigranti ze třetích zemí by měli mít snadný přístup k získání českého občanství¹¹. Antidiskriminační politika je "critically weak". Přesto, že podle nejnovějších evropských výsledků Eurobarometru¹² se 52 % dotázaných českých občanů domnívá, že diskriminace podle etnické příslušnosti je v ČR rozšířená (very widespread and fairly widespread), antidiskriminační zákon nebyl jako v jediné zemi z 27 zemí EU zatím přijat. V letošním roce byl zákon po schválení v obou komorách Parlamentu vetován prezidentem V. Klausem. Diskriminace je proto zatím postižitelná v rámci jiných

⁸ see Usnesení vlády ze dne 17. března 2008 č. 259 ke Zprávě o realizaci Koncepce integrace cizinců <http://www.cizinci.cz/clanek.php?lg=1&id=485>, ver. 20.9. 2008

⁹ Soupis projektů na podporu integrace cizinců v ČR, podpořených resorty, kraji a obcemi a projektů spolufinancovaných ze zdrojů EU a dalších zahraničních zdrojů v roce 2007. Dodatek ke Zprávě o realizaci Koncepce integrace cizinců v roce 2007., dostupné na http://www.cizinci.cz/files/clanky/490/Priloha_KIC-podporene_projekty.pdf, ver. 27.9. 2008

¹⁰ - v roce 2006 došlo ve srovnání s předchozím rokem k nárůstu o 13 % (International Migration Outlook 2008, Czech Republic, pp.236 -7)

¹¹ See Migrant Integration Policy Index, 2005, Czech Republic, p.49

¹² Discrimination in the European Union: Perceptions, Experiences and Attitudes(2008) Special barometer survey on discrimination in the EU" 296/Wave 61.9 (2008) , str. 34 -46, dostupné zde[http://ec.europa.eu/employment_social/fundamental_rights/pdf/pubst/stud/eurob08_en.pdf]

zákonů, zejména Občanským zákoníkem¹³ a Zákoník práce¹⁴. Existující legislativa umožňuje účinnou obranu obětem diskriminace v práci.

2. Zdravotní stav

Pro popis zdraví migrantů existují v ČR dva zdroje informací. Jsou to jednak rutinní statistiky, jednak závěry z výzkumných studií a výběrových šetření.

a) Zdraví migrantů podle oficiálních statistik

Možnost využití oficiálních statistických údajů pro popis zdraví cizinců jako celku je velmi omezená. Rutinní zdravotnické statistiky mortality a morbidity neobsahují údaje o etnickém původu. Ani statistiky veřejného zdravotního pojištění nesledují cizince jako zvláštní kategorii. Cizinci s nárokem na veřejné zdravotní pojištění (cizinci s trvalým pobytem a cizinci – zaměstnanci) jsou zahrnuti do všeobecných statistik zdravotního pojištění spolu s občany ČR. Přitom cizinci – zaměstnanci s nárokem na veřejné zdravotní pojištění - tvoří více než tři čtvrtiny ekonomicky aktivních cizinců v ČR (ČSÚ, 2008).

Od roku 2000 jsou sledovány některé údaje o spotřebě zdravotní péče, avšak pouze u nemocniční péče a pouze u části cizinců. Aktuálně jsou registrováni především cizinci, kterým je hrazena nemocniční péče v rámci smluvního zdravotního pojištění a žadatelé o asyl. Ambulantní péče není sledována vůbec. U všech cizinců se sleduje výskyt TBC, AIDS a u všech cizinek potraty.

Z informací o hospitalizaci cizinců v ČR a jejich příčinách můžeme však alespoň orientačně usuzovat na míru a povahu akutních zdravotních problémů migrantů.

Z dlouhodobého hlediska jsou **cizinci nejčastěji hospitalizovaní** z důvodu poranění a otrav.¹⁵ V ČR existuje povinné hlášení pracovních úrazů, na které dohlíží orgány BOZP. Státní úřad inspekce práce zaznamenává každoročně nárůst pracovních úrazů u migrantů. V roce 2007 utrpělo úraz 1182 cizinců. Jejich podíl na celkové registrované úrazovosti činí 2,8%. Lze se domnívat, že registrovaná úrazovost je pouze špičkou ledovce a skutečný výskyt úrazů je vyšší. Část (menších) úrazů unikne pravděpodobně registraci, a to z důvodů uplatňování osvědčené strategie - nečinit zaměstnavatelům problémy. O úrazech v oblasti nelegálního zaměstnávání nejsou k dispozici žádné validní informace.

Incidence TBC: Celkový výskyt TBC v ČR je velmi nízký a průběžně klesá. V roce 2007 byla v ČR zaznamenána nejnižší incidence TBC za celou dobu sledování. Cizinci se na tomto počtu podíleli 17 %. (UZIS ČR, 2007).. Nicméně, i přes celkovou velmi nízkou incidenci, je podíl cizinců na jejím výskytu významný a má tendenci se v průběhu let nadále zvyšovat.

HIV/ AIDS prevalence: ČR patří v EU dlouhodobě k zemím s nejnižším výskytem (prevalence 0,1 % v roce 2005). Cizinci představují 20% všech pacientů, u kterých byl

¹³ Zákon č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník

¹⁴ Zákon č. 262/2006 Sb., Zákoník práce

¹⁵ Pozn. autorů Nejčastější příčinou hospitalizace je těhotenství/porod. Vzhledem k tomu, že se jedná o fyziologický proces, tuto příčinu v textu neuvádíme. V roce 2005 se struktura příčin hospitalizace mění v důsledku změn ve vykazování. Oproti předchozím letům, kdy byli vykazováni pouze cizinci s přechodným pobytem, jsou uváděni cizinci bez ohledu na délku pobytu na území ČR. Také byla zavedena nová položka „Příslušnost k EU“ (Koncepte výběru a zpracování statistických údajů spojených s migrací a integrací cizinců na území České republiky 2006)

HIV/AIDS diagnostikován. Lze uzavřít, že narůstající podíl migrantů z Ukrajiny a dalších rizikových zemí výskyt HIV/AIDS v ČR dramaticky nezvyšuje.¹⁶

Sexuálně přenosné nemoci jsou rovněž častější u cizinců. V případě **syfilis** tvoří jednu třetinu (32%) všech nově diagnostikovaných případů (Pohlavní nemoci, ÚZIS ČR, 2007) Nejčastěji se jedná Ukrajince.. Kapavka se naopak vyskytuje častěji u domácí populace.

b) Zdraví migrantů ve světle výzkumů

Historický kontext a zaměření výzkumů

Zdravotní situaci cizinců, kteří do ČR přišli v posledních dvou dekadách, se věnovala jenom omezená výzkumná pozornost. Většina výzkumných aktivit je zaměřena na problematiku migrace jako takové a na otázky související s integrací cizinců v ČR (*Drbohlav 1998, Uherek, Černík 2001, Šišková 2001, Brouček 2003, Gabal 2004 a další*). Specificky se pak věnuje pozornost působení cizinců na trhu práce v ČR (*Horáková 2001, 2006*). Informace o zdraví migrantů, které jsou k dispozici, poskytují pouze neúplný obraz o zdraví narůstajícího počtu migrantů a faktorech, které zdravotní stav ovlivňují. Dlouhodobě je z důvodů etnické a jazykové příbuznosti věnována největší pozornost migrantům ze států bývalého SSSR, především Ukrajincům. Díky jazykové bariéře a určité uzavřenosti skupiny, je jenom velmi málo poznatků o zdraví vietnamské komunity. Výzkumné studie s různou mírou argumentace a vědecké přesvědčivosti dokládají, že **status imigranta je v ČR spojen se znevýhodněním v dostupnosti zdravotní péče a se znatelně horšími socioekonomickými podmínkami života, které mají negativní dopad na zdraví.**

Počátky výzkumů zdraví cizinců sahají již do 80. let minulého století, kdy byla provedena studie zdravotního stavu Vietnamců a Kubánců, dlouhodobě pobývajících v ČR. Bylo zjištěno, že migranti mají vyšší podíl parazitárních infekcí a část z nich (mladí Vietnamci) trpí psycho-sociálními poruchami, které souvisely se životem ve zcela kulturně odlišném prostředí (Nesvadbová, 1990). Po roce 1989 se migrační situace radikálně proměnila. Zdravotní a sociální aspekty migrace se staly předmětem několika výzkumných studií, které proběhly ve dvou etapách. První fázi lze datovat do devadesátých let, druhá fáze výzkumů se uskutečnila v letech 2001 – 5.

Metodologie výzkumů

Výzkumy byly zaměřené na legální migranty a z metodologického hlediska měly různý charakter. Převážně se jednalo o explorativní empirická šetření, kdy cílem bylo především zmapovat a popsat vcelku neznámou problematiku. Byly použity kvalitativní metody (hloubkové rozhovory) s menší cílovou skupinou respondentů i rozsáhlejší kvantitativní šetření, kdy metodickým nástrojem byl standardizovaný rozhovor typu “face to face”. Tazateli byli psychologové, psychiatři, sociologové, v některých případech tse jednalo o proškolené příslušníky dotazovaných etnik. Výzkumy většinou nebyly reprezentativní. Výjimkou byl kvótní komparativní výzkum zdravotního stavu migrantů bývalého SSSR a srovnatelného výběru české populace v roce 2003 (Dobiášová a kol. 2003). Pro monitorování zdravotních problémů první migrační vlny v devadesátých letech byly použity výpisy ze zdravotnické dokumentace u hospitalizovaných cizinců. Svým způsobem byly ojedinělé výzkumy, týkající se přesídlenců z Ukrajiny a Běloruska v 90. letech a studie uprchlíků z Bosny. Oba tyto projekty lze považovat v určitém smyslu za „participatory research“.

¹⁶ V roce 2005 bylo v ČR celkem 827 případů HIV / AIDS a bylo identifikováno pouze 10 nových případů.

protože výzkum byl provázán s praktickými intervencemi, zaměřenými na zlepšení zjištěných problémů. (Nesvadbová 1993, 1996.). Vzorky respondentů v kvantitativních šetřeních byly relativně velké, jednalo se o několik set respondentů, kteří byli získáváni:

- z oficiálních registrů Cizinecké policie ČR (v případě reprezentativního šetření)
- z registru osob přesídlených do ČR z Ukrajiny a Běloruska v letech 1991 – 1993
- na základě osobních kontaktů výzkumníků a „snowball“ technikou
- oslovením migrantů přímo na pracovištích, kde byla jejich vyšší koncentrace.

Souhrn poznatků z výzkumů z devadesátých let

Všechny studie v tomto období prováděli pracovníci 3. LF UK Praha, katedry geografické medicíny pod vedením MUDr. Libuše Nesvadbové, CSc¹⁷. Jejich cílem bylo zmapovat a podrobněji popsat životní podmínky a stav zdraví stále se zvyšujícího počtu cizinců, jejichž přítomnost začala být v ČR velmi viditelná.

Bylo provedeno několik výzkumů zdravotních, sociálních a ekonomickým podmínek života migrantů v ČR. S přímou podporou vlády byly realizovány studie, týkající se zdraví, adaptace a integrace Volyňských Čechů¹⁸ a monitorování zdravotních problémů u uprchlíků z bývalé Jugoslávie. Vedle sledování zdraví a procesu adaptace a integrace přesídlenců z Černobylské oblasti Ukrajiny a Běloruska, bylo záměrem tohoto „participativního/ akčního“ výzkumu provádět zdravotní a sociální intervence s cílem podpořit začlenění komunity do českého prostředí a poskytnout pomoc při zvládnání průvodních zdravotních problémů. Podobný přístup byl uplatněn i u uprchlíků z bývalé Jugoslávie, kteří v té době pobývali v ČR v azylových zařízeních. Pozornost byla věnována jejich duševnímu zdraví a zvládnání posttraumatické stresové poruchy, která postihla zejména uprchlíky z Bosny (Nesvadbová 1993).

Výzkumy se více než zdravotního stavu migrantů týkaly **dostupnosti zdravotní péče**. Přinesly zjištění, že zdravotní péče není dostatečně zajištěna u velké části migrantů. Jejich skutečný počet nebyl znám. Jedna třetina až jedna polovina hospitalizovaných cizinců v letech 1994 – 7 byli de-facto nelegální migranti, kteří oficiálně vystupovali jako „turisté“¹⁹. Byla jim poskytována neodkladná péče, hrazena v rámci mezivládních dohod. Kromě nelegálních migrantů byla identifikována také skupina legálních migrantů, které zaměstnavatelé v rozporu s právními předpisy neregistrovali u zdravotní pojišťovny. Cizinci všeobecně nebyli dostatečně informováni o fungování zdravotnictví v ČR a o svých právních nárocích.. Nejmenší znalost měli imigranti z Ukrajiny. Část péče nebyla nemocnicím nikdy proplacena, což posléze vedlo k jejich neochotě přijímat cizince a zvyšování rizika neposkytnutí péče v akutních případech. Povinné preventivní prohlídky před nástupem do zaměstnání, vyplývající z pracovně-právních předpisů, byly v případě cizinců často opomíjeny a/nebo prováděny povrchně a formálně.

Bylo konstatováno, že zdravotní péče byla dostatečně a systematicky zajištěna pouze pro uprchlíky, asylanty a žadatele o asyl, kde péči organizoval a hradil český stát. Pro asylanty byla zajištěna primární péče přímo v uprchlických zařízeních, a to lékaři,

¹⁷ Toto pracoviště je i v současné době jediným pracovištěm, specificky orientovaným na problematiku migrace a zdraví. Jeho vznik se datuje do 70. let dvacátého století.

¹⁸ *Volyňští Češi jsou etničtí Češi, jejichž předkové se v 2. polovině 19. století usídlili na území dnešní Ukrajiny a Běloruska, a to v oblasti, která byla zasažena Černobylskou jadernou havárií. V letech 1991 – 1993 jich bylo za přímé podpory české vlády 1803 přesídleno do ČR.*

¹⁹ V té době existoval bezvízový styk ČR s většinou zemí bývalého SSSR

trénovanými pro komunikaci s pacienty z kulturně odlišného prostředí (Nesvadbová 1996, 1998).

Výzkumy přinesly však i určité **poznatky o zdraví a zdravotních problémech migrantů**. Příčinou hospitalizace byl nejčastěji *pracovní úraz*. Cizinci nebyli dostatečně poučeni o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci (BOZP) především díky jazykové bariéře²⁰. Navíc, většina z nich vykonávala v ČR zcela jinou práci než byla jejich původní profese, a to při všeobecném tlaku na vysoký výkon. Na *ohrožení duševního zdraví* poukázaly nálezy u cizinců hospitalizovaných na psychiatrických odděleních. Nejčastější příčinou hospitalizace byla *závislost na alkoholu a související psychiatrické poruchy*. Byl pozorován nárůst počtu psychiatrických pacientů ze státu bývalého SSSR a z Polska. Jednalo se převážně o muže v aktivním věku. Společným jmenovatelem byl alkoholismus a s ním související zdravotní problémy. Druhou nejčastější příčinou byla *deprese a poruchy adaptace*. Specifickou skupinou byli migranti z bývalé Jugoslávie, kteří trpěli nejčastěji úzkostnou poruchou a *posttraumatickou stresovou poruchou*.

Závěry

1) Výzkumy v devadesátých letech ukázaly, že dostupnost zdravotní péče je u části migrantů v ČR velmi problematická. Migranti pracující častěji v rizikových odvětvích s vyšším výskytem pracovních úrazů, které byly také velmi častou příčinou jejich hospitalizace v ČR. Výzkumy naznačily, že za touto situací lze kromě jiného spatřovat nedostatečné dodržování zásad BOZP.

2) Na ohrožení duševního zdraví migrantů upozornil nárůst cizinců v psychiatrických léčebnách, pocházejících ze zemí bývalého SSSR a Polska. Nejčastější příčinou hospitalizace byl alkoholismus a s ním spojené psychiatrické poruchy. Posttraumatickou stresovou poruchou byli postiženi migranti ze států bývalé Jugoslávie.

Souhrn poznatků z výzkumů v letech 2001 – 2005:

V tomto období se otázkami zdravotních důsledků migrace začal zabývat nově vzniklý Institut zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE)²¹. Výzkumy IZPE volně navazovaly na závěry a doporučení z devadesátých let. V rámci vládního výzkumného programu „Podpora integrace cizinců v ČR“ bylo provedeno několik na sebe navazujících výzkumů, které měly podobu jak kvantitativních dotazníkových šetření, tak i kvalitativních výzkumů, provedených formou hloubkových rozhovorů s představiteli cizineckých komunit. Jejich cílem bylo jednak porozumět sociální situaci cizinců dlouhodobě pobývajících v ČR, jednak **poznat zdravotní stav a dostupnost zdravotní péče u nejvíce ohrožených skupin**. Dalším záměrem výzkumného programu bylo vytvořit, ověřit a posléze validizovat metodologický nástroj, který by sloužil k dlouhodobému a systematickému sledování zdravotní problematiky migrantů. Tento záměr nebyl naplněn, protože v roce 2006 byl IZPE

²⁰ V ČR platí relativně přísná legislativa ohledně BOZP a povinnosti pravidelně školit zaměstnance (viz Zákoník práce, z. č. 262/2006 Sb.: § 37, § 103, § 106 nařízení vlády 362/2005 Sb., o bližších požadavcích na bezpečnost a ochranu zdraví při práci na pracovištích s nebezpečím pádu z výšky nebo do hloubky). V případě cizinců, však jsou předpisy nezřídka plněny formálně, hlavně díky jejich nedostatečné znalosti češtiny. Není stanovena povinnost školit cizince v jejich jazyce.

²¹ Tato státní vědecko-výzkumná instituce se problematice věnovala v kontextu přípravy ČR na vstup do EU, kdy se migraci začala věnovat zvýšená politická pozornost.

rozhodnutím ministra zdravotnictví zrušen a náhle ukončena práce na všech projektech²². Ve výzkumech v tomto období byli migranti ze zemí bývalého SSSR opět potvrzeni jako nejrizikovější skupina z hlediska dostupnosti zdravotní péče (Háva, Křečková 2001). Za další rizikovou skupinu byly označeny děti cizinců, a to zejména s ohledem na problematiku dostupnosti péče u dětí ze třetích zemí a kulturní odlišnosti v komunikaci s rodiči. Na obě rizikové skupiny byly zaměřené specifické výzkumné projekty.

a) Komparativní reprezentativní výzkum **zdravotního stavu a čerpání zdravotní péče u Ukrajinců a srovnatelné české populace** (Dobiášová, Vyskočilová, Čabanová 2004) přinesl detailněji poznání zdravotních problémů, dostupnosti zdravotní péče a celkových životních podmínek ukrajinských migrantů v ČR.. Jednalo se o srovnávání subjektivního hodnocení zdravotního stavu a subjektivně vnímané potřeby a spotřeby zdravotní péče. Byla použita metodologie standardizovaných rozhovorů, které byly vedeny v ukrajinštině, ruštině a češtině. Vzorek tvořilo více než tisíc respondentů rovnoměrně z obou skupin. Byly potvrzeny nerovnosti ve využívání zdravotní péče mezi Ukrajinci s jejich českými protějšky. Ukrajinci třikrát méně často navštěvovali praktické lékaře a téměř minimálně využívali ambulantní specializovanou péči. Také zubní péči využívali Ukrajinci o polovinu méně. Výzkum poukázal na velkou pracovní zátěž Ukrajinců. Polovina Ukrajinců udávala, že pracují 11-12 hodin denně. Téměř 7 % respondentů z celého vzorku nemělo ani jeden volný den v týdnu, tj. pracovali nepřetržitě 7 dnů za týden. Byl potvrzen třikrát vyšší výskyt pracovních úrazů než u Čechů. Přesto byli méně často v pracovní neschopnosti, která byla u nich signifikantně kratší než u Čechů (7,5 dne x 19,2 dne). Ukrajinci obou pohlaví udávali lepší subjektivní zdraví, méně chronických nemocí a méně zdravotních problémů a pociťovaných bolestí („efekt zdravého migranta“). Celkově byli více optimističtí než jejich české protějšky. Na druhou stranu však udávali častěji úzkost a strach z onemocnění, protože případnou nemoc spojovali se ztrátou zaměstnání a s nuceným návratem domů bez finančních prostředků. Přetrvávaly problémy s nezajištěným zdravotním pojištěním, i když se týkaly podstatně menší skupiny migrantů než devadesátých letech.

Životní styl Ukrajinců je z hlediska zdraví rizikovější. Je mezi nimi významně více a silnějších kuřáků, udávají vyšší konzumaci alkoholu s preferencí destilátů, oproti Čechům, kteří preferují pivo a víno.

²² Do dnešní doby se nepodařilo institucionálně zajistit pokračování výzkumů. V ČR neexistuje v současné době žádná vědecko-výzkumná instituce, která by se problematikou zdraví migrantů systematicky zabývala.

b) **Na děti migrantů byl zaměřen kvalitativní výzkum**, sestávající z rozhovorů s jejich rodiči. Výzkum měl podobu nestandardizovaných rozhovorů s rodiči dětí (Dobiášová, Křečková, Vyskočilová 2005). Bylo zjištěno, že v této oblasti je řada vážných problémů ukazujících na nerovnosti v přístupu ke zdravotní péči a diskriminaci dětí, jejichž rodiče nepocházejí z EU. Tyto děti nemají ze zákona nárok na veřejné zdravotní pojištění, a to i v případě, že se děti již narodily v ČR. Jejich rodiče musí proto zajistit dětem komerční zdravotní pojištění. V jeho rámci nelze ovšem téměř pojistit dítě narozené se zdravotním postižením či s chronickým onemocněním. Prakticky to znamená, že při narození dítěte s postižením nemají rodiče ze třetích zemí většinou jinou možnost, než se vrátit do vlasti. Cena a nutnost platby na delší časový úsek dopředu (minimálně 6 měsíců) vedou často k tomu, že rodiče své děti nepojistí. V akutních případech pak musí platit za péči „cash“. Podle tohoto výzkumu, rodiče ze zemí EU neměli problémy se zajištěním péče pro své děti. Udávali však problémy v dostupnosti pro ně komfortních a kulturně přijatelných služeb. Tyto problémy se netýkaly jenom jazykové bariéry, ale také rozdílů v kulturních zvyklostech, týkajících se zacházení s dětmi ze strany zdravotníků. Vnímáním problémem byl méně přátelský a málo vstřícný způsob poskytování informací o průběhu nemoci.

3. Zdravotnický systém v ČR a nároky migrantů na zdravotní péči

Dostupnost zdravotní péče pro migranty je charakterizován nerovností a de-facto diskriminací migrantů pocházejících ze třetích zemí oproti migrantům z EU. Občané pocházející ze třetích zemí přitom představují dvě třetiny všech migrantů) dlouhodobě pobývajících v ČR (*Cizinci v ČR 2008, ČSÚ*).

a) Cizinci dlouhodobě pobývající v ČR musí mít ze zákona zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění je jednou z podmínek pro získání víza k dlouhodobému pobytu. Podle Zákona o pobytu cizinců²³ je cizinec povinen prokázat cizinecké policii při pobytové kontrole, že má zajištěnou úhradu nákladů na zdravotní péči, a to kdykoliv během pobytu. Cizinci mohou tuto povinnost splnit prostřednictvím veřejného nebo komerčního zdravotního pojištění. Veřejné zdravotní pojištění je pro všechny osoby, které jsou do něj ze zákona zahrnuty, povinné. Toto pojištění zajišťuje dostupnost veškeré potřebné péče. Podmínky komerčního zdravotního pojištění jsou pro migranty významně horší, toto pojištění není nárokové, tj. zdravotně rizikové osoby mohou být odmítnuté. Komerční zdravotní pojištění nekryje dostatečný rozsah péče, zejména nedostačuje v případě závažného onemocnění. Nezahrnuje například diabetés, chronickou insuficienci ledvin a hemodialýzu, pohlavní a infekční nemoci, včetně AIDS. Kryje převážně /basically neodkladnou péči v případě akutního onemocnění a úrazu. Existuje maximální výše úhrady, s věkem výše pojistného roste a lidé starší 70 let jsou nepojistitelní, včetně lidí se zdravotními riziky a dětí s vrozenou vadou a/nebo s chronickými nemocemi.

b) Rozdíly v přístupu cizinců k veřejnému zdravotnímu pojištění

Přístup ke zdravotnímu pojištění se odvíjí od typu pobytu, zaměstnaneckého statusu a země původu. Získání trvalého pobytu znamená zároveň nárok na veřejné zdravotní pojištění. U

²³ Zákon č. 326/1999 o pobytu cizinců na území ČR

ostatních cizinců s dlouhodobým pobytem je rozdíl mezi občany EU a občany z tzv. „třetích zemí“. Občané ze zemí EU mají stejný přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění jako čeští občané, včetně jejich rodinných příslušníků. Migranti ze třetích zemí (v ČR zejména Ukrajinci, Vietnamci, Rusové, Mongolové, občané ze států bývalé Jugoslávie a bývalého SSSR) se účastní veřejného zdravotního pojištění jenom tehdy, pokud pracují jako zaměstnanci organizace se sídlem v ČR. Ostatní – tj. živnostníci, podnikatelé - musí mít komerční pojištění. To platí také pro rodinné příslušníky - děti a manželé/ manželky všech migrantů ze třetích zemí, kteří nemají trvalý pobyt. Podle dostupných údajů, je na komerční zdravotní pojištění odkázáno okolo 100 - 130 000 migrantů, což představuje asi jednu čtvrtinu z celkové počtu migrantů v ČR (ČSÚ 2007, 2008; VZP ČR 2007).

c) Přehled nároků imigrantů na zdravotní péči podle typu pobyt (současný stav)

Typ pobytu v ČR	Nárok na zdravotní péči
Cizinci s trvalým pobytem (ze zemí EU i z třetích zemí)	Jsou na základě zákona účastníky veřejného zdravotního pojištění, mají přístup ke zdravotní péči stejně jako občané ČR.
Cizinci s povolením k dlouhodobému pobytu, kteří v ČR jsou zaměstnáni u zaměstnavatele se sídlem na území ČR (ze zemí EU i z třetích zemí)	Jsou na základě zákona účastníky veřejného zdravotního pojištění, mají přístup ke zdravotní péči stejně jako občané ČR.
Cizinci ze zemí EU, kteří v ČR podnikají nebo pobírají dávky z předchozí výdělečné činnosti a rodinní příslušníci všech oprávněných k účasti na veřejném zdravotním pojištění, tj. druhý z manželů a nezaopatřené děti.	Jsou na základě zákona účastníky veřejného zdravotního pojištění, mají přístup ke zdravotní péči stejně jako občané ČR.
Azylanti Děti, narozené azylantkám po dobu než bude rozhodnuto o azylu nebo jiném druhu pobytu dítěte Žadatelé o udělení mezinárodní ochrany Děti cizinců, kteří mají povolen trvalý pobyt a podají v zákonem stanové lhůtě žádost o udělení povolení k pobytu dítěte Cizinci, kteří obdrželi rozhodnutí o neudělení azylu Cizinci, kterým bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění	Jsou na základě zákona účastníky veřejného zdravotního pojištění, mají přístup ke zdravotní péči stejně jako občané ČR.
	Je vyžadováno zdravotní pojištění pro krytí léčebných výloh, a to nejméně do výše 30 000 EURO. Tito cizinci mají možnost uzavřít komerční pojištění, které funguje podle tržních principů. Komerční pojištění se od

<p>Cizinci ze třetích zemí s povolením k dlouhodobému pobytu, kteří v ČR nejsou zaměstnání u zaměstnavatele se sídlem na území ČR (např. podnikatelé, ženy v domácnosti, děti)</p>	<p>veřejného zdravotního pojištění principiálně liší. Pojistná smlouva zohledňuje rizika u jednotlivých pojištěnců, a to zejména ve výši pojistného. Není vyloučeno, že někteří zájemci budou komerčními pojišťovkami odmítnuti a zůstanou nepojištěni.</p> <p>Komerční zdravotní pojištění kryje užší rozsah zdravotní péče a zejména nezajišťuje dostatečnou péči v případě závažného onemocnění a chronických nemocí vůbec. Nezahrnuje na insulinu závislý diabetés, hemodialýzu, infekční nemoci včetně AIDS, léčbu závislostí a úrazy při rizikových sportech, vrozené vady. Zubní péče není ve standardním pojištění zahrnuta, je možné se připojistit.</p>
---	---

4. Problémy a bariéry v dostupnosti zdravotní péče

a) Limity komerčního zdravotního pojištění cizinců

Na komerční pojištění jsou odkázáni občané ze třetích zemí, kteří v ČR působí jako živnostníci či podnikatelé (OSVČ) a nemají trvalý pobyt. Dále jsou to rodinní příslušníci cizinců, kteří v ČR nevykonávají výdělečnou činnost (zejména partneri/ rky, nezletilé a studující děti bez trvalého pobytu, děti narozené v ČR cizincům bez trvalého pobytu). Z veřejně publikovaných statistik²⁴ lze odhadnout, že **počet cizinců, odkázaných na komerční pojištění se v současné době pohybuje v rozmezí 100 000 – 130 000 osob.** Údaje se týkají pouze legálně pobývajících cizinců.

Komerční zdravotní pojištění cizinců existuje v ČR ve dvou formách: Zdravotní pojištění pro případ komplexní péče a zdravotní pojištění pro případ neodkladné péče. Obě formy pojištění splňují podmínky dané zákonem, tj. cizinci si mohou zvolit jeden z těchto produktů. Pojištění pro případ komplexní péče nabízí pouze Pojišťovna VZP, a.s. (dále PVZP, a.s.). Zdravotní pojištění neodkladné péče nabízí v současné době několik komerčních pojišťoven: PVZP, a.s., Uniqua pojišťovna, Victoria Volksbanken pojišťovna, a.s., Slavia pojišťovna, a.s., Maxima pojišťovna, a.s.

V praxi se ukázalo, že komerční zdravotní pojištění je pro řadu migrantů nevyhovující, nedostatečné, event. není k dispozici. Ohroženou skupinou jsou zejména rodiny s dětmi, pro které je komerční zdravotní pojištění příliš nákladné a zároveň nedostatečné v případě závažných zdravotních potíží. Do neřešitelné situace se dostávají rodiny, kterým se narodí dítě předčasně a/nebo s postižením či vrozenou vadou. Takovéto dítě komerční pojišťovny

²⁴ Výroční zpráva VZP ČR – počet cizinců ve veřejném zdravotním pojištění

nepojistí a rodiče musí platit velké částky za intenzivní neonatologickou péči. i. Také dospělí migranti, u kterých se objeví závažnější onemocnění, nemají jistotu, že jim potřebná péče bude v rámci komerčního pojištění uhrazena. Nezbytná péče, která je těmto lidem poskytnuta, zůstává neuhrzena. Výsledkem této situace jsou neuhrzené pohledávky nemocnic, které každoročně představují okolo 10 % celkových nákladů za poskytnutou zdravotní péči pro cizince (Cizinci v ČR, 2006, 2007, 2008, ČSÚ). V posledním roce se zvýšil počet případů cizinců, kdy komerční pojišťovny odmítly zaplatit již poskytnutou péči s odůvodněním, že je to péče, která není zahrnuta v pojistné smlouvě. V roce 2007 zůstala jen v nemocniční péči (ambulantní sektor se nesleduje) neuhrzena péče za cca 47 mil CZK tj. 1,7 mil. EU. Péči nezaplatilo 2 700 pacientů. Významnou část neuhrzených pohledávek tvoří péče poskytovaná předčasně narozeným dětem a dětem s vrozenou vadou a péče chirurgická. Část pohledávek vzniká léčením infekčních nemocí (TBC), u kterých je ze zákona nařízené povinné léčení (Zákon o ochraně veřejného zdraví č 205/ 2000). Neuhrzené pohledávky jsou většinou soustředěny do několika velkých veřejných nemocnic, 70 % pohledávek mají nemocnice v hlavní městě Praze (ČSÚ 2008).

Výzkumy různých autorů (Křečková 2001, Dobiášová et al., 2004, Gabal, 2004, Dobiášová, Křečková, Vyskočilová, 2006) i zkušenosti z praxe (Poradna pro lidská práva, cizinecká oddělení nemocnic)), že s bariérami v přístupu ke zdravotní péči se potýkají zejména cizinci, kteří jsou odkázáni na komerční zdravotního pojištění. Za nejzávažnější problémy na straně komerčního pojištění je považováno:

- zohledňuje zdravotní rizika, věk a pohlaví
- existuje riziko, zda cizinec bude vůbec pojištěn, a to v případě, že trpí chronickým onemocněním, vrozenou vadou či jiným závažnějším zdravotním problémem.
- nezahrnuje některé časté nemoci jako například diabetés, insuficienci ledvin a další
- nezahrnuje infekční nemoci (TBC), sexuálně přenosné nemoci (syfilis), u kterých ovšem v ČR existuje povinné léčení (Zákon o Ochráně veřejného zdraví č. 258 /2000)
- explicitně vylučuje možnost léčení v odborných léčebných ústavech, kam kromě jiného patří TBC léčebny a psychiatrické léčebny
- léčení duševních nemocí je zahrnuto pouze ve zdravotním pojištění na komplexní péči, avšak pouze v nemocnicích zahrnuje psychiatrické omezené míře
- představuje pro nízkopříjmové skupiny velkou finanční zátěž; platby za komerční pojištění jsou po cizincích vyžadovány na celé pojistné období dopředu, nejčastěji na 1 rok, což je problémem zejména pro rodiny s dětmi
- omezená síť poskytovatelů – pro komerční pojišťovny pracují jen lékaři, kteří mají k tomuto účelu smlouvu, přičemž síť těchto lékařů je omezena (výjimkou je neodkladná péče)
- zahrnuje omezený rozsah preventivní péče

Nedostatečné zdravotní pojištění migrantů je v rozporu s **Aktualizovanou koncepcí integrace cizinců v ČR**,²⁵ která již v roce 2005 identifikovala jako jednu z hlavních překážek sociálně-ekonomické integrace cizinců „nemožnost podílet se na veřejném zdravotním pojištění u státních občanů třetích zemí nebo jejich rodinných příslušníků, zejména dětí.“²⁶ V tomto dokumentu se vláda již v roce 2006 zavázala Ministerstvu

²⁵ Schválená usnesením Vlády ČR ze dne 8. února 2006 č. 126 ke Koncepci integrace cizinců v roce 2005 a obsažená v části III materiálu č.j. 118/06. Kromě toho vláda tímto usnesením schválila i Komplexní návrh dlouhodobých legislativních a praktických opatření - návrh cílů a opatření pro první fázi zavádění dlouhodobých legislativních a praktických opatření, obsažený v části III materiálu č.j. 118/06.

²⁶ Kteří nejsou zaměstnanci na území ČR, nebo nemají na území ČR trvalý pobyt, nebo se jedná o občany státu, se kterým nemá ČR uzavřenou bilaterální smlouvu (nejčastěji smlouvu o sociálním zabezpečení), nebo se na tyto osoby nevztahuje

zdravotnictví předložit vládě návrh na legislativní změnu, která by umožnila dětem cizinců mladším 18ti let s dlouhodobým pobytem v ČR, přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění a zároveň rozšířit působnost zákona tak, aby se vztahoval také na cizince – podnikatele (OSVČ).

b) Nedostatek informací o zdravotnictví a komunikační bariéry

Opakovaně se ukázal problém nedostatku informací o zdravotnictví a sítí služeb. (Křečková 2001, Dobiášová et al. 2004, Dobiášová, Křečková, Vyskočilová 2006). Alespoň částečně byl tento problém řešen prostřednictvím publikací určených výhradně cizincům a distribuovaných přímo v cizineckých komunitách a prostřednictvím webových stránek, věnovaných migraci a migrantům. Jednalo se o dvě publikace „Průvodci systémem zdravotní péče České republiky“ (IZPE 2003) a Průvodce zdravotní péčí o děti v ČR (IZPE 2005), které byly publikovány ukrajinsky, vietnamsky, rusky, česky, anglicky. Publikace jsou již zastaralé a neodrážejí změny, které v posledních letech významně ovlivnily situaci ve zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví v současné době nevyvíjí žádnou iniciativu a nevypisuje projekty na řešení této situace.

Velká část cizinců se v případě informací o systému zdravotní péče v ČR spoléhá na informace od přátel i známých (Dobiášová, Křečková, Vyskočilová 2006), kteří v ČR již delší dobu pobývají a jsou zorientováni. Otázkou však zůstává kvalita těchto informací. Nejméně čerpají informace o zdravotní péči v ČR na úředních místech, jako je cizinecká policie, zdravotní pojišťovny nebo přímo v ordinacích lékařů.

Značná část cizinců neumí česky. Cizinci mají jenom velmi omezenou možnost navštívit specializovaná pracoviště určená výhradně pro cizince nebo vyhledat lékaře, který je schopen komunikovat s nimi v jejich jazyce (Dobiášová, Křečková, Vyskočilová 2006). Tato skutečnost podstatně ovlivňuje kvalitu i dostupnost zdravotní péče u konkrétních jedinců.

5. Kvalita péče

Celonárodní hodnocení kvality péče podle dohodnutých indikátorů není v ČR zavedeno. Kvalita zdravotní péče je určitým způsobem sledována ve většině nemocnic, a to v rámci nemocničních programů kvality, které jsou součástí jejich manažerské strategie. Zaměření programů kvality a systém sběru dat se liší, a proto výsledky nelze srovnávat. Srovnatelné výsledky jsou k dispozici pouze z průzkumů spokojenosti pacientů, které z podnětu Ministerstva zdravotnictví ČR (MZČR) probíhají pomocí stejné metodologie ve velkých MZČR přímo řízených fakulturních nemocnicích. Výsledky průzkumů spokojenosti jsou srovnávány a pravidelně publikovány na webových stránkách Portálu kvality MZČR.

Žádné oficiální údaje o kvalitě péče poskytované cizincům nejsou k dispozici. Na kvalitu péče můžeme usuzovat z několika kvalitativních výzkumů, zaměřených na poskytování zdravotní péče cizincům. Tyto studie opakovaně poukázaly na

- kulturní odlišnosti v interakcích a komunikaci s cizinci
- odlišnosti v přístupu k rodičům a a zacházení s dětmi
- jazykovou bariéru (Dobiášová, Vyskočilová, 2005).

6. Opatření, přijatá k nápravě zjištěných nedostatků a problémů

Opatření, která byla v průběhu let přijata se týkala:

- a) Zlepšení dostupnosti zdravotní péče ohroženým skupinám migrantů prostřednictvím novelizace zákona č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění
- b) Zlepšení informovanosti cizinců o zdravotnickém systému v ČR a jeho fungování;
- c) Vzdělávání zdravotnických pracovníků: Články, učebnice, kurzy zaměřené na specifika péče o migranty a na multikulturní přístup ve zdravotní péči se staly součástí vzdělávání zdravotníků v pre i postgraduálním vzdělávání.
- d) Intervence do oblastí bezpečnosti a ochrany zdraví při práci BOZP: jedná se zejména o zkvalitnění zákonného poučení a zlepšení informovanosti cizinců o pravidlech BOZP. Výzkumný ústav bezpečnosti a ochrany zdraví při práci v Praze publikoval v několika jazykových mutacích příručku, určené cizincům, pracujícím v rizikových povoláních v ČR (stavebnictví).

Ad a)

Aktuální legislativní iniciativy: I když situace de-jure zůstává pro cizince zatím nezměněna, dochází již k významnému posunu v řešení a iniciování legislativních změn, a to na více úrovních. V rámci připravované reformy zdravotnictví mělo dojít letos k nové právní úpravě veřejného zdravotního pojištění, kde se počítalo s touto změnou. Ačkoliv vláda ČR navrhovaný zákon již projednala, díky aktuální politické situaci nebude nový zákon o veřejném zdravotním pojištění v dohledné době přijat. Otázka veřejného zdravotního pojištění cizinců by měla být proto řešena novelou stávajícího zákona.

Aktuálně, v únoru 2009, proběhlo jednání ve **Výboru pro národnostní menšiny při Radě vlády ČR pro lidská práva**, jehož výsledkem bylo doporučení prosazovat novelizaci zákona o veřejném zdravotním pojištění tak, aby výše uvedené skupiny migrantů měli přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění a zároveň bylo zdůrazněna potřeba většího dohledu nad komerčním zdravotním pojištěním. **Rada vlády ČR pro lidská práva** se usnesla, že do srpna 2009 by mělo **Ministerstvo zdravotnictví** předložit zmíněnou novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění ve výše uvedeném smyslu. Tato iniciativa je podporována další významnou institucí - kanceláří **Veřejného ochránce práv (ombudsmana)** ve spolupráci s **Poradnou pro občanská a lidská práva**. Koordinátorky projektu **MIGHEALTHNET v ČR** byly přizvány ke spolupráci na přípravě podkladů pro další navazující jednání. Jedná se o vypracování studie, obsahující evidence based analýzu současné situace v dostupnosti zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí, identifikace hlavních problémových okruhů a definování argumentů pro podporu navrhované právní úpravy. Studie bude sloužit jako podklad pro nejbližší jednání, které se uskuteční v průběhu dubna 2009.

Ad b)

Zvýšení informovanosti cizinců o zdravotnickém systému v ČR přispěly v minulých letech aktivity Institutu zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE). Pracovníci IZPE ve spolupráci s MZ ČR a nejprve s Komisí Ministerstva vnitra ČR pro integraci cizinců (posléze s Komisí Ministerstva práce a sociálních věcí pro integraci) připravili a vydali v roce 2003 informační brožuru „Průvodce systémem zdravotní péče České republiky“ a v roce 2005

„Průvodce zdravotní péčí o děti v ČR“. Obě příručky jsou určeny cizincům. Cílem bylo poskytnout stručnou a přehlednou informaci o českých zdravotnických službách, aby se v případě potřeby mohli cizinci rychle a snadno orientovat a využít možnosti, které zdravotnictví v ČR nabízí. Příručky byly publikovány v několika jazykových mutacích, a to česky, anglicky, rusky ukrajinsky, vietnamsky. Všechny verze jsou dostupné na většině internetových stránek, které se týkají migrace a cizinců v ČR.

Vzdělávací projekty zaměřené na zlepšení informovanosti cizinců o podmínkách zdravotního pojištění: V roce 2007 byl realizován společný projekt IOM Praha a PVZP, a.s. o zdravotním pojištění cizinců. Cílovou skupinou byla ukrajinská komunita. Projekt se zabýval jak výkladem pravidel veřejného zdravotního pojištění, tak i komerčním zdravotním pojištěním pro dlouhodobé a krátkodobé pobyty. Projekt poskytl doplňující informace podporující integraci cizinců v České republice, zvláště informace zaměřené na legální pobyt a zaměstnání.

Ad c)

V rámci bakalářských studijních programů ošetřovatelství se začalo vyučovat na několika akademických pracovištích multikulturní ošetřovatelství (na LF UP Olomouc, LF UK Hradec Králové, Technická Universita Liberec, Zdravotně sociální fakulta České Budějovice a n dalších školách). Vznikla první ucelená učebnice multikulturního ošetřovatelství z pera domácích odborníků, určena všem studentům pregraduálního a postgraduálního studia zdravotně - sociálních oborů. Dvoudílná kniha seznamuje čtenáře s teoriemi a koncepty multikulturního ošetřovatelství a obsahuje praktické návody, jak postupovat při péči o cizince i náměty pro výuku této problematiky na školách. Témata týkající se zdravotní migrace jsou zařazována do vzdělávacích akcí v oblasti veřejného zdravotnictví (IPVZ Praha). Problematika zdraví migrantů je součástí řady studií, které pojednávají o nerovnostech ve zdraví a vulnerabilních skupinách v ČR (Studie WHO “Equity “ 2007) .

7. Literatura

- BARŠOVÁ, A., BARŠA, P. (2005) *.Přistěhovalectví a liberální stát. Imigrační a integrační politiky v USA, západní Evropě a Česku.* Brno: Masarykova univerzita v Brně, Mezinárodní politologický ústav, ISBN 80-210-3875-6
- BROUČEK, S (2003) *Aktuální problémy adaptace vietnamského etnika v ČR.* EÚ AVČR, Praha 2003.
- BROUČEK, S. (2005) *Historie imigrace Z Vietnamu do Českých zemí,* <http://www.klubhanoi.cz/view.php?cisloclanku=2005040901>, ver.30.9.2008
- Český statistický úřad, <http://www.czso.cz>, ver. 17.9. 2008
- CHECKLAND, P., HOLWELL, S. (1998). *Action Research: Its Nature and Validity.* Systemic Practice and Action Research, Volume 11, (Issue 1, Feb),p 9-21
- *Cizinci v ČR (Foreigners in the Czech Republic)* 2006, 2007, ČSÚ
- DOBIÁŠOVÁ, K. ANGELOVSKÁ, O., KŘEČKOVÁ, N (2006) *Zdravotní péče o děti cizinců. Realita a zkušenost.* Kostelec nad Černými lesy, IZPE, ISBN 80-86625-53-2

- DOBIÁŠOVÁ, K., VYSKOČILOVÁ, O. A ČABANOVÁ, B. et all. (2004) *Zdravotní stav a péče o zdraví občanů bývalého SSSR pobývajících dlouhodobě v ČR a občanů ČR*, IZPE Kostelec nad Černými Lesy
- DORŮŽKOVÁ, L. (2007) *Vzdělávání dětí cizinců na základních školách v České republice*. Diplomová práce. Praha: katedra veřejné a sociální politiky FSV UK, s. 29-31.
- DRBOHLAV, D., HORÁKOVÁ, M. JANSKÁ, E. (2005). The Czech Republic. In: *Current Immigration Debates in Europe: A Publication of the European Migration Dialogue*. Brusel, MPG, s. 65-93.
- Equity Study in the Czech Republic
- GABAL, I. (2004) *Analýza postavení cizinců dlouhodobě žijících v ČR a návrh optimalizačních kroků, jejich postavení v ČR*, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, http://www.mpsv.cz/files/clanky/511/postaveni_cizincu.pdf
- HÁVA, P., KŘEČKOVÁ, N. (2001) *Analýza zdravotní péče o cizince v ČR*, IZPE Kostelec nad Černými Lesy
- HORÁKOVÁ, M. (2001) *Zaměstnávání cizinců v České republice Část I. Závěrečná zpráva z empirického šetření*, VÚPSV Praha.
- HORÁKOVÁ, M., DRBOHLAV, D. (1998) *Mezinárodní migrace pracovních sil a Česká republika se zvláštním zaměřením na pracovní migraci Ukrajinců*. Demografie, 40, č. 1, 27 – 38
- HORÁKOVÁ, M. (2005): *Proměny trhu práce v České republice po roce 1989 se zřetelem na pracovní migraci*. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí Praha
- *International Migration Outlook: Czech Republic pp.236 –237* , SOPEMI – 2008 Edition, ISBN 978-92-64-04565-1, OECD 2006
- JELÍNKOVÁ, M. (2006) *Komparace integračních politik*. Diplomová práce. Praha: katedra veřejné a sociální politiky FSV UK,
- *Koncepce výběru a zpracování statistických údajů spojených s migrací a integrací cizinců na území České republiky* (2006), ČSÚ, Praha, s.18
- KŘEČKOVÁ, N., DOBIÁŠOVÁ, K. et all (2003) *Podpora integrace cizinců v oblasti zdravotní péče*. IZPE Kostelec nad Černými Lesy
- NESVADBOVÁ, L. RUTSCH, KROUPA, A., VAJNAROVÁ, SOJKA, S.(1998) *Zdravotní, psychologické a sociální aspekty migrace*. Praha Interní publikace k projektům IGA MZ ČR a Národního programu zdraví.
- NESVADBOVÁ, L. (1990) *Závěrečná zpráva o plnění úkolu P- 12-335-807-34-03 „Zdravotní a sociální problematika cizinců dlouhodobě pracujících v ČSFR*, Praha MZ ČR
- NESVADBOVÁ, L. (1993) *Analytic Study of Health Status and Socila Probléme – group of Refugee from Bosnia* , (adults), Proceedings from WHO Meeting of Organized Violence, WHO UNHCR, Utrecht 1993
- NESVADBOVÁ, L. (2000) *Závěrečná zpráva z výzkumu IGA MZ ČR 3621- 3: Studie zdravotního stavu a sociální problematiky ekonomických migrantů v letech 1996-1999*

- NESVADBOVÁ, L., RUTSCH, J., SOJKA, S. (1996) *Migrace – adaptace – integrace. Studie zdravotního stavu a sociální problematiky ekonomických migrantů v České republice. Longitudinální studie zdravotního stavu osob přesídlených z Černobylské oblasti Ukrajiny*. Interní publikace k projektům IGA MZ ČR a Národního programu zdraví
- NESVADBOVÁ, L., RUTSCH, J. (1996) *Health and Social Problems of a Group Resettled People from Chernobyl Area*. In: Proceedings from International Congress „Children of Chernobyl“, Minsk 1995
- NESVADBOVÁ, L. (1992) *Psychological Problems and Health Status of Migrants from Chernobyl Area after Settling to Czech Republic during the Year 1991*, International Conference, Minsk 1992
- ŠIŠKOVÁ, T. (ed.) (2001): *Menšiny a migranti v České republice. My a oni v multikulturní společnosti 21. století*. Praha, Portál, , 188 s. ISBN 80-7178-648-9
- Special EUROBAROMETER 296 DISCRIMINATION IN THE EU 2008, str. 35, Variations in perceptions of ethnic discrimination navštíveno na http://ec.europa.eu/employment_social/fundamental_rights/pdf/pubst/stud/eurob08_en.pdf
- *Status Report on Immigration in the Czech Republic*. (2005) Department of Asyl and Immigration policy Ministry of Interior CR, dostupné <http://www.mvcr.cz/dokument/2005/migrace04.html>
- Trends in International Migration, zpráva OECD zveřejněna 22. března 2005. Zdroj: ČTK / zpravodajství o zemích ES, o ES a o NATO. Datum: 09-mar-2005
- UHEREK Z. (2002): *Cizinecké komunity a městský prostor v České republice*. Sociologický časopis roč.39, č.2.ss.193-216
- UHEREK, Z. (2004) *Migrace do České republiky, sociální integrace a lokální společnosti v zemích původu*. Praha : Etnologický ústav AV ČR., 203 s. ISBN: 80-85010-69-0.
- UHEREK, Z., ČERNÍK, J. (2005): *Výzkumné zprávy a studie o integraci cizinců v ČR*, MŠMT ČR
- Uusnesení Vlády ČR ze dne 8. února 2006 č. 126 ke Koncepti integrace cizinců v roce 2005, Část III materiál č.j. 118/06.
- *Usnesení vlády ze dne 17. března 2008 č. 259 ke Zprávě o realizaci Konceptu integrace cizinců*, <http://www.cizinci.cz/clanek.php?lg=1&id=485>, ver. 20.9. 2008
- *Zásady konceptu integrace cizinců na území České republiky (dále jen Zásady)*, http://www.cizinci.cz/files/clanky/77/Zasady_vlady_integrace.pdf, ver.20.9. 2008
- Zdravotnická ročenka ČR, ÚZIS ČR, Praha 2005, 2006, 2007
- www.uzis.cz