

3

2001

ZDRAVOTNÍ POLITIKA A EKONOMIKA

Analýza zdravotní péče o cizince v České Republice

Podpora integrace cizinců v ČR
Projekt Ministerstva vnitra ČR 2001



www.izpe.cz

INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY
Kostelec nad Černými lesy

Editoři projektu:

MUDr. Petr Háva, CSc. - odborný garant projektu, spoluautor kapitoly 1 a 5

Mgr. Naděžda Křečková Tůmová - koordinátor projektu, editor, autor kapitoly 7

Spolupracovníci projektu:

Mgr. Kristina Sokolová - autor kapitol 1, 2 a 4

Mgr. Anna Knajflová - autor kapitoly 3

MUDr. Libuše Nesvadbová, CSc. - spoluautor kapitoly 5

Bc. Markéta Vavrečková - spoluautor kapitoly 5

Mgr. Zdeněk Uherek – autor kapitoly 6

Vlastimil Blažák - autor kapitoly 8

Jaroslava Bezoušková - asistent projektu

Technický editor:

Luděk Šišák

Technická spolupráce:

Lesnická práce, s.r.o.
nakladatelství a vydavatelství

Obsah:

1. ÚVOD.....	7
1.1. CÍLE PROJEKTU.....	7
1.2. KONCEPTY, TEORIE A POLITICKÉ DOKUMENTY SOUVISEJÍCÍ Z PÉČÍ O ZDRAVÍ.....	8
1.3. METODICKÉ PŘÍSTUPY.....	9
1.4. RÁMEC MIGRAČNÍCH POLITIK.....	10
1.5. AKTÉŘI, INSTITUCE, EFEKTY.....	11
1.6. PROBLÉMY.....	12
1.7. LITERATURA.....	13
2. ANALÝZA VÝVOJE MIGRACE A INTEGRAČNÍCH PROGRAMŮ	15
2.1. SITUACE V EVROPĚ	15
2.1.1. Vývoj migrace.....	15
2.1.2. Integrační politika Rady Evropy.....	16
2.2. SITUACE V ČR.....	17
2.2.1. Vývoj migrace.....	17
2.2.2. Integrační politika ČR.....	20
2.3. LITERATURA:.....	21
3. ANALÝZA PLATNÝCH PRÁVNÍCH DOKUMENTŮ POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE CIZINCŮM NA ÚZEMÍ ČESKÉ REPUBLIKY.....	23
3.1. MEZINÁRODNÍ PRÁVNÍ ÚPRAVA PÉČE O ZDRAVÍ (POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE PŘÍSLUŠNÍKŮM CIZÍHO STÁTU).....	24
3.2. PRÁVNÍ ÚPRAVA POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE S OHLEDEM NA PLÁNOVANÝ VSTUP DO EVROPSKÉ UNIE.....	26
3.3. VNITROSTÁTNÍ PRÁVNÍ ÚPRAVA POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE, POSTAVENÍ CIZINCŮ A ZÁKLADNÍ PRINCIPY POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE NA ÚZEMÍ ČESKÉ REPUBLIKY	28
3.3.1. Postavení cizinců v ČR.....	28
3.3.2. Bezplatné poskytování zdravotní péče na základě mezinárodních úmluv.....	29
3.3.3. Poskytování zdravotní péče na základě veřejného zdravotního pojištění.....	29
3.3.4. Veřejné zdravotní pojištění.....	31
3.4. PRÁVNÍ RÁMEC PRO POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE CIZINCŮM NA ÚZEMÍ ČR NA ZÁKLADĚ ÚMLUV.....	31
3.4.1. Občané Slovenska.....	33
3.4.2. Občané Rakouska.....	33
3.4.3. Občané Chorvatska.....	34
3.5. POSTAVENÍ SKUPIN CIZINCŮ V SYSTÉMU POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE NA ÚZEMÍ ČESKÉ REPUBLIKY (PODLE STATUTU, DÉLKY A ÚČELU POBYTU)	34
3.5.1. Osoby pobývající na našem území za účelem turistiky.....	39
3.5.2. Osoby s trvalým pobytem na našem území.....	39
3.5.3. Osoby, kterým bylo uděleno vízum za účelem poskytnutí dočasné ochrany a cizinci po dobu zajištění za účelem správního vyhoštění.....	40
3.5.4. Cizinci, kteří nejsou účastní veřejného zdravotního pojištění.....	40
3.5.5. Osoby pobývající na našem území krátkodobě.....	41
3.5.6. Osoba, která učinila pozvání.....	41
3.5.7. Zahraniční studenti.....	41
3.5.8. Děti cizinců narozené na území ČR.....	41
3.5.9. Osoby, které jsou zaměstnanci zastupitelských úřadů.....	43
3.5.10. Osoby – cizinci s exkluzivním pojištěním uzavřeným v zahraničí (mezinárodní pojištění)......	44
3.5.11. Cizinci bez zdravotního pojištění.....	44
3.5.12. Cizinci pocházející ze zemí, se kterými nebyla uzavřena dohoda o bezplatně poskytované zdravotní péči.....	44
3.5.13. Cizinci, kteří se nacházejí na našem území ve výkonu trestu, v policejních celách, popř. cizinci čekající na vyhoštění z České republiky.....	44
3.6. KOMPETENCE SUBJEKTŮ PODÍLEJÍCÍCH SE NA ZAJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE O CIZINCE NA NAŠEM ÚZEMÍ.....	44
3.6.1. Ministerstvo vnitra České republiky.....	44

3.6.2. Ministerstvo financí	45
3.6.3. Ministerstvo práce a sociálních věcí.....	45
3.6.4. Ministerstvo zahraničních věcí.....	45
3.6.5. Ministerstvo průmyslu a obchodu.....	45
3.6.7. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.....	45
3.6.8. Další subjekty.....	46
3.7. PROBLÉMY VYSKYTUJÍCÍ SE PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE CIZINCŮM, KTERÉ VYŽADUJÍ ŘEŠENÍ:	46
3.8. LITERATURA.....	47
4. ZDRAVOTNÍ PÉČE O ÚČASTNÍKY ŘÍZENÍ O UDĚLENÍ AZYLU.....	49
4.1. PRÁVNÍ ZAKOTVENÍ POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE ÚČASTNÍKŮM ŘÍZENÍ O UDĚLENÍ AZYLU – ZMĚNY	49
4.2. PROBLÉMY V OBLASTI ZDRAVOTNÍ PÉČE O ÚČASTNÍKY ŘÍZENÍ O UDĚLENÍ AZYLU.....	51
4.3. LITERATURA.....	52
5. ANALÝZA POTŘEBY A SPOTŘEBY ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB U CIZINCŮ V ČR.....	53
5.1. CÍLE A OTÁZKY	53
5.2. KONCEPTY A POZNATKY	54
5.3. POTŘEBA PÉČE O ZDRAVÍ.....	54
5.4. ANALÝZA SPOTŘEBY	55
5.5. POHYB CIZINCŮ V SYSTÉMU PÉČE O ZDRAVÍ, ORGANIZACE PÉČE O ZDRAVÍ A ROZHODOVACÍ PROCESY.....	55
5.5.1. <i>Přehled pravidel a rozhodovacích postupů ve vztahu k financování poskytované zdravotní péče.....</i>	55
5.5.2. <i>Účast cizinců v systému veřejného zdravotního pojištění.....</i>	56
5.5.3. <i>Cizinci, kteří nemají nárok na účast v systému veřejného zdravotního pojištění.....</i>	57
5.5.4. <i>Cizinci bez zdravotního pojištění.....</i>	58
5.6. ZDRAVOTNÍ STAV CIZINCŮ/MIGRANTŮ.....	59
5.6.1. <i>Péče o zdraví cizinců/migrantů.....</i>	59
5.6.2. <i>Výsledky šetření výskytu duševních poruch u různých skupin cizinců, kteří byli v průběhu let 1992-1997 hospitalizováni na Psychiatrické klinice UK a VFN Praha, v Psychiatrické léčebně hl. m. Prahy a v Psychiatrickém centru Praha</i>	64
5.6.3. <i>Vývoj výskytu vybraných skupin infekčních a parazitárních onemocnění v letech 1993-1999.....</i>	69
5.7. STRUKTURA CIZINCŮ VYUŽÍVAJÍCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI NA ÚZEMÍ ČR.....	73
5.8. PŘÍPADOVÁ STUDIE - VELKÁ NEMOCNICE V PRAZE - STAV ZA ROK 2000	81
5.8.1. <i>Neuhrazená péče</i>	81
5.9. STRUKTURA CIZINCŮ POJIŠTĚNÝCH U VZP	82
5.9.1. <i>Cizinci využívající systém veřejného zdravotního pojištění.....</i>	83
5.9.2. <i>Cizinci využívající systém smluvního zdravotního pojištění.....</i>	83
5.10. VĚCNÉ PROBLÉMY ZDRAVOTNÍ PÉČE O CIZINCE	89
5.10.1. <i>Potřeba péče na straně cizinců/migrantů - potenciaální rizika migrantů jako skupiny... ..</i>	89
5.10.2. <i>Problematika zdravotní péče o cizince/migranty se zvláštním zřetelem na skupinu ilegálních migrantů</i>	90
5.10.3. <i>Problémy v oblasti vztahu pacient - lékař.....</i>	90
5.11. LITERATURA.....	91
6. REKONSTRUKCE VYBRANÝCH PODMÍNEK ŽIVOTA PRACOVNÍ MIGRACE Z UKRAJINY V ČESKÉ REPUBLICE NA ZÁKLADĚ ŠETŘENÍ NA ZAKARPATSKÉ UKRAJINĚ - PŘÍPADOVÁ STUDIE.....	93
6.1. ÚVOD.....	93
6.2. METODA ŠETŘENÍ.....	93
6.3. CHARAKTERISTIKA ZDROJOVÉHO REGIONU.....	94
6.4. CHARAKTERISTIKA OBYVATEL ZDROJOVÉHO REGIONU	95
6.5. VÝSLEDKY ŠETŘENÍ.....	95
6.5.1. <i>Informace o práci, získávání práce.....</i>	96
6.5.2. <i>Pracovní výkon.....</i>	97
6.5.3. <i>Zaměstnávání pracovníků v oblastech nesouvisejících s jejich profesí.....</i>	97
6.5.4. <i>Zaměstnávání pracovníků bez pracovních smluv</i>	100
6.5.5. <i>Návrat na Ukrajinu</i>	101

6.5.6. Prostředky získané prací v zahraničí.....	102
6.6. ZÁVĚR.....	102
6.7. LITERATURA.....	103
7. EMPIRICKÁ ČÁST PROJEKTU	104
7.1. ÚVOD.....	104
7.2. CÍLE.....	104
7.3. METODOLOGICKÝ PŘÍSTUP.....	104
7.3.1. Metodologické připomínky.....	105
7.4. SCÉNÁŘE ROZHOVORŮ.....	106
7.4.1. Scénář A – cizinci.....	106
7.4.2. Scénář B - zaměstnavatelé, zaměstnanci azylových zařízení, MV, ambasád.....	107
7.4.3. Scénář C - zaměstnanci pojišťoven, zdravotnických zařízení.....	108
7.5. STRUKTURA INFORMAČNÍ BROŽURY PRO CIZINCE.....	109
8. SOUČASNÉ ZDROJE INFORMACÍ PRO CIZINCE O ZDRAVOTNÍ PÉČI V ČR.....	111
8.1. CÍL STUDIE.....	111
8.2. METODA ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ.....	111
8.3. VÝSLEDKY.....	112
8.3.1. Ministerstva.....	112
8.3.2. Pojišťovny.....	115
8.3.3. Cestovní kanceláře.....	117
8.3.4. Ostatní.....	117
8.3.5. Srovnání se situací v zahraničí.....	118
8.4. DOPORUČENÍ.....	120
8.5. SEZNAM PŘÍLOH:.....	121
8.6. LITERATURA:.....	121
8.7. PŘÍLOHY.....	123
8.7.1. Příloha 1.....	123
8.7.2. Příloha 2.....	130
8.7.3. Příloha 3.....	137
8.7.4. Příloha 4.....	138
8.7.5. Příloha 5.....	140
8.7.6. Příloha 6.....	148
8.7.8. Příloha 8.....	181

Seznam tabulek a grafů:

Graf č. 1: Počty cizinců s povolením k pobytu v ČR v letech 1990-1999	18
Graf č. 2: Počty účastníků řízení o udělení azylu 1990-31.8.2001	18
Graf č. 3: Národnostní složení cizinců s povolením k dlouhodobému a trvalému pobytu.....	19
Graf č. 4: Nejčastější státní příslušnosti žadatelů o azyl v roce 2000 a 2001	20
Graf č. 5: Účastníci řízení odcházející do soukromí	49
Graf č. 6: Počet hospitalizovaných cizinců, kteří byli hospitalizováni v letech 1992-1999 ve dvou zdravotnických zařízeních s lůžkovou a ambulantní péčí a v pražských psychiatrických lůžkových zařízeních	60
Graf č. 7: Vývoj počtu hospitalizací u cizinců - ve dvou zdravotnických zařízeních s lůžkovou a ambulantní částí v % zastoupení celkového počtu ošetřených cizinců.....	60
Graf č. 8: Rozdělení cizinců hospitalizovaných v letech 1992-1999 ve dvou zdravotnických zařízeních s lůžkovou a ambulantní částí podle pohlaví	61
Graf č. 9: Rozdělení cizinců hospitalizovaných ve dvou nemocničních zařízeních s lůžkovou a ambulantní částí a v psychiatrických zařízeních podle odborností klinických pracovišť, na kterých byli hospitalizováni.....	62
Schéma č. 1: Hierarchie právních norem upravujících poskytování zdravotní péče cizincům	23
Tabulka č. 1: Chronologický přehled právních předpisů (dle data, kdy nabyly účinnosti) souvisejících s úpravou poskytování zdravotní péče cizincům na území České republiky.....	39
Tab. č. 2: Rozdělení souboru cizinců podle dg skupin nejčastěji se vyskytujících při hospitalizacích v letech 1992-1999 a typu pobytu v jednotlivých sledovaných letech v procentním vyjádření (mimo hospitalizací na psychiatrii)	63
Tab. č.3: Vývoj počtu hospitalizací v psychiatrických zařízeních v Praze v letech 1992-7 u mužů	64
Tab. č. 4: Věkové rozložení souboru mužů hospitalizovaných v letech 1992-97 v psychiatrických zařízeních v Praze	65
Tab. č. 5: Rozdělení podle státní příslušnosti, typu pobytu, profese, diagnózy duševní poruchy a věkových skupin.....	65
Tab. č. 6: Vývoj počtu hospitalizací v psychiatrických zařízeních v Praze v letech 1992-7 u žen.	68
Tab. č. 7: Věkové rozložení souboru žen hospitalizovaných v letech 1992-7 v psychiatrických zařízeních v Praze	68
Tab.č. 8: Nemocnost vybranými infekčními nemocemi	71
Tab.č. 9: Cizinci dle státní příslušnosti, věk. skupin a způsobu úhrady zdr. péče (k 31.12. 2000).	74
Tab.č. 10: Celkové náklady v tis. Kč na zdravotní péči dle věk. skupin a způsobu úhrady (k 31.12. 2000).....	76
Tab. č.11: Prům. cena ošetření jednoho cizince v tis. Kč dle věk. sk. a zpūs. úhrady (k 31.12. 2000)	78
Tab. č. 12: Cizinci s povolením k trvalému pobytu, vízem nad 90 dnů podle státní příslušnosti - vybrané státy (k 31.12. 2000).....	80
Tab. č. 13: Způsoby úhrad pojištění u VZP	81
Tab. č. 14: Dluhy na pojistném u VZP v letech 1997 - 2000	82
Tab. č. 15: Vývoj neuhrazených pohledávek cizinců samoplátců.....	82
Tab. č. 16: Počet pojištěnců VZP v rámci veřejného pojištění letech 1997 - 2000.....	83
Tabulka č. 17: Sazebník smluvního zdravotního pojištění osob s dlouhodobým pobytem na území ČR pro rok 2001 (v Kč za měsíc)	85
Tab. č. 18: Počet dlouhodobých komerčních pojistných smluv VZP v letech 1997 - 2000	85
Tab. č. 19: Pojištěnci dlouhodobého komerčního pojištění VZP dle země původu.....	86
Tab. č. 20: Pojistné plnění klientů dlouhodobého komerčního pojištění VZP dle věku osob	86
Tab. č. 21: Sazebník krátkodobého smluvního zdravotního pojištění (v Kč na den)	88
Tab. č. 22: Limity krátkodobého smluvního zdravotního pojištění (v Kč)	88
Tab. č. 23 Rekapitulace typů průkazů, které VZP vydává pro cizince	88
Schéma č. 2: Přehled rozhovorů.....	105

1. Úvod

Tento materiál je prvním výstupem projektu **Podpora integrace cizinců v ČR** (dále jen Projekt), realizovaného Institutem zdravotní politiky a ekonomiky pro Ministerstvo zdravotnictví jako součást rozsáhlejších aktivit Vlády ČR v této oblasti. K vyhlášení Projektu došlo na podnět Ministerstva vnitra v rámci realizace Zásad koncepce integrace cizinců na území ČR, schválených usnesením vlády¹. V roce 2000 pak byla schválena² **Koncepce integrace cizinců na území ČR** (dále jen Koncepce), která vytváří ucelený rámec pro aktivity zaměřené na podporu integrace cizinců v ČR. Koncepce obsahuje definici **cílové populace**, analýzu dosavadních integračních strategií ČR v oblastech zaměstnávání, bydlení, vzdělávání, sociálního zabezpečení a zdravotnictví. Konkretizuje role vlády a ministerstev a samozřejmě určuje cíle integrace cizinců v ČR. V souladu s Koncepcí je tedy cílová skupina Projektu definována takto: dlouhodobě, legálně usazení cizinci, kteří žijí na území ČR legálně nejméně po dobu jednoho roku, a to v zásadě bez ohledu na kvalitu jejich právního statusu³. Prakticky jde o tyto kategorie cizinců:

- s uděleným pobytem,
- s uděleným azylem,
- s uděleným vízem za účelem sloučení rodiny⁴.

Podrobně se těmito jednotlivými kategoriemi a jejich situací při čerpání lékařské péče budeme věnovat v následujících kapitolách. Součástí integračního procesu jsou v souladu s Koncepcí také občané České republiky a zejména ti, kteří se setkávají s cizinci (imigranty) při řešení jejich problémů. V našem případě jde především o péči o zdraví v širším slova smyslu, o zdravotnické služby, práva a povinnosti cizinců v roli subjektů zdravotnického systému.

1.1. Cíle projektu

Níže uvedené skutečnosti jsou shrnutím poznatků získaných během první, analytické fáze Projektu. V této etapě jsme se zaměřili na **analýzu aktuálního stavu v oblasti poskytování zdravotní péče cizincům v ČR v posledním desetiletí** v rámci odpovídajících konceptů, poznatků a dostupných údajů. Analýza je zaměřena na několik dílčích cílů:

¹ Usnesení vlády č. 689 ze dne 7.července 1999. Zásady koncepce integrace cizinců na území ČR

² Usnesení vlády č. 1266 ze dne 11.prosince 2000, o realizaci Zásad koncepce integrace cizinců na území ČR a o Koncepci integrace cizinců na území ČR

³ Koncepce integrace cizinců na území ČR, MV ČR, 2000

⁴ Technicky vzato odpovídají podmínkám legálního pobytu delšího než jeden rok i někteří účastníci řízení o udělení azylu. Jelikož však nejsou v Koncepci definováni jako cílová skupina, věnujeme jim pouze krátkou poznámku v kapitole IV.

- informativní analýza vývoje migrace a integračních politik (zahraničí a ČR),
- právní vymezení role zúčastněných aktérů v oblasti poskytování zdravotní péče v ČR,
- základní statistické údaje o cílové populaci a jejím vztahu k systému zdravotní péče v ČR (potřeba zdravotní péče na straně cizinců a její spotřeba),
- informovanost aktérů o dostupnosti, organizaci a financování zdravotní péče na území ČR,
- identifikace problémů pramenících ze současného stavu (vymezení, definice a příčiny těchto problémů).

Získané poznatky budou následně obohaceny o informace z rozhovorů s vybranými zástupci cílové skupiny. Závěrečným krokem tohoto Projektu pak bude **vytvoření souhrnného informačního materiálu pro cizince**. Ukazuje se, že i další zúčastnění aktéři procesu integrace cizinců postrádají potřebné informace v oblasti péče o zdraví. Avšak tento problém vyžaduje samostatné řešení. Informační materiál pro cizince bude vydán jednak v písemné podobě, ale bude předán MV ČR i v podobě elektronické. Tištěná informační brožura by měla být hotova koncem roku 2001.

S ohledem na vstup ČR do Evropské Unie a sladování právních předpisů s právem EU je jak Koncepce, tak základní myšlenka celého integračního procesu cizinců v ČR v souladu s trendy Evropské Unie. Koncepce byla inspirována dvěma základními dokumenty Rady Evropy v oblasti integrace cizinců:

- **Rozmanitost a soudržnost: nové úkoly v oblasti integrace imigrantů a menšin (2000)**
- **Rámec integrační politiky (2000).**

Na tvorbu Koncepce integrace cizinců je však zapotřebí pohlížet také v rámci dalších teoretických konceptů a politických dokumentů.

1.2. Koncepty, teorie a politické dokumenty související z péčí o zdraví

V této práci nutně dochází k potřebě kombinovat několik různých konceptů, které poskytnou na jedné straně orientaci v problémech migrace a na druhé straně koncepty, které jsou zaměřeny na oblast péče o zdraví. Koncept lidských práv je přitom jedním z těch konceptů, které jsou oběma oblastem společné.

Koncept lidských práv vychází z předpokladu, že všichni lidé se rodí svobodní a rovni ve svých právech a důstojnosti (Human Rights). Tento rámec je východiskem pro rozhodování otázek ekvity a sociální spravedlnosti. Z hlediska tvorby veřejné politiky je tento koncept rámcem podle nějž vlády vymezují formou zákona bližší podmínky realizace základních lidských a sociálních práv. **Právo na zdraví** nevymezuje tedy pouze způsoby, jak lze realizovat v praxi způsoby podpory zdraví či zajistit dostupnost zdravotnických služeb, ale napomáhá nám také konkrétně posuzovat a hodnotit způsoby, které vedou k porušení či nedodržení lidských práv, vedoucích k ohrožení či poškození zdraví. Bližší

pochopení a posouzení situace jednotlivých subjektů z hlediska poškození jejich práva na zdraví umožňuje **koncept sociální spravedlnosti**, pomocí nějž můžeme hodnotit situace diskriminace, poškození přírodních zdrojů, ekonomického zneužívání, atd.

Koncepty lidských práv a sociální spravedlnosti nám společně umožňují analyzovat sociální a ekonomické **determinanty zdraví** z hlediska dlouhodobě udržitelného společenského rozvoje. Na určité syntéze těchto přístupů je založen obor **sociální epidemiologie** (Krieger, N., 2001). Determinanty zdraví jsou charakterizovány čtyřmi základními skupinami: (1) životní styl, (2) životní prostředí, (3) zdravotnické služby a (4) genetické vloh, ovlivňující zdravotní stav daného jedince (Detels, R. et al. 1997, Drbal, C. 2000, 2001). **Ekvita ve vztahu ke zdraví a k dostupnosti zdravotnických služeb** je v rámci Evropské unie tématem s narůstajícím politickým významem. Ve skutečnosti jsou mezi různými skupinami obyvatelstva totiž významné rozdíly v jejich zdravotním stavu a v dostupnosti péče o zdraví a zdravotnických služeb. Příslušnost k některé z minoritních skupin obyvatelstva s sebou přináší určité konkrétní složení determinant zdraví. Mnozí uprchlíci jsou nezaměstnaní, žijí v podmínkách nízké životní úrovně, chudoby, jsou často pod vlivem různých stresů. Rozdíly zdravotního stavu skupin imigrantů v různých státech jsou z valné části vysvětlitelné právě znevýhodňujícími sociálními a ekonomickými podmínkami (Sundquist, J. 2001).

Významným dokumentem tvorby zdravotní politiky je **Zdraví pro všechny pro 21. století**. Jde o dokument Světové zdravotnické organizace. Národní verze těchto dokumentů se zabývají celou řadou cílů. Mezi hlavními cíli jsou zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Dlouhodobým zdravotním problémem jsou v řadě států rozdíly ve zdravotním stavu různých skupin obyvatelstva. K těmto skupinám patří také minority, či skupiny integrujících se cizinců. Cíle zdravotní politiky se v řadě států zaměřují obvykle i na snižování rozdílů ve zdravotním stavu různých skupin.

V ČR zatím neexistuje národní verze dokumentu Zdraví pro všechny pro 21. století. Stávající střednědobé koncepční materiály MZ ČR nejsou v dostačující míře zaměřeny na existující rozdíly ve zdravotním stavu.

1.3. Metodické přístupy

Metodický přístup této analýzy je vynuceně založen na přístupech rychlého hodnocení s využitím spolupráce s experty, rozhovory s experty, sekundární analýze statistik a četných dokumentů. Zejména šlo o dokumenty MV ČR, které umožnily rychlou orientaci v koncepční činnosti a přístupech v ČR v současné době. Bylo zapotřebí provést analýzu platné právní úpravy v ČR a posoudit dostupnost

statistických dat v oblasti potřeby a spotřeby zdravotní péče ve vztahu k integrujícím se cizincům, případně ostatním skupinám cizinců. Naše základní orientace v této problematice byla doplněna rešeršemi odborných časopiseckých publikací se zaměřením na výsledky výzkumů v oblasti péče o zdraví skupin cizinců v různých státech (např. Švédsko, Velká Británie, Nizozemsko, Austrálie). Empirická část této analýzy využívá metody hloubkových rozhovorů s vybranou skupinou cizinců a s odborníky, kteří přicházejí do kontaktů s cizinci v průběhu svého pracovního zařazení.

1.4 Rámec migračních politik

Pro pochopení migračních procesů je zapotřebí se seznámit s jejich **příčinami** v zemích, u kterých dochází k emigraci (válečné konflikty, politická a ekonomická situace). Informativním přehledem těchto procesů a jejich příčin v posledních padesáti letech je zpráva vysokého komisaře OSN pro uprchlíky (The State of the World's Refugees 2000). Tato publikace také analyzuje vývoj právního rámce v oblasti mezinárodního práva, ale také **azylové politiky** vybraných států či EU. Azylová politika, formující se na úrovni EU je příkladem formulace určitých negativních přístupů, projevujících se obranou států vůči narůstajícímu počtu žadatelů o azyl. Česká republika se v průběhu roku 2001 rozhodla cestou novelizace azylového zákona také dosáhnout menšího počtu žádostí o azyl.

Dalším aspektem analýzy migračních politik **jsou procesy adaptace/integrace migrujících skupin a jednotlivců**. Jde o procesy legalizace jejich pobytu, pracovního uplatnění, bydlení, tvorby sociálních kontaktů, možnosti řešit své sociální problémy. Na potřebu pohledu v těchto třech rovínách upozorňuje Brouček, 2000. Pravděpodobný budoucí vývoj v interetnických vztazích může probíhat formou **asimilace**, kdy přistěhovalci opouštějí vlastní zvyky a tradice a přizpůsobují se majoritní společnosti. Dalším sociologickým modelem je **kulturní pluralismus**, v kterém jsou rozdílné subkultury uznávány za rovnocenné. V realitě však často vládní politiky mají tendenci směřovat k asimilaci (Giddens, 1999).

Domníváme se, že bez pochopení těchto souvislostí nelze očekávat od českých občanů jejich účinnou účast v integračních procesech, ale ani tvorbu politických opatření v rámci jednotlivých sektorů – v tomto případě jde o zdravotní politiku. Usuzujeme tak zejména na základě poznatků o problémech poskytování zdravotnických služeb integrujícím se skupinám cizinců v zahraničí (např. Chu, C. 1998, Friis, R. et al. 1998).

1.5. Aktéři, instituce, efekty

Analytický přístup vychází z konceptu neo-institucionální ekonomie a soustřeďuje se tedy na různé aktéry ve vztahu k vývoji institucionálního rámce a společenských efektů a existujících problémů (North, D.C. 1991). Vývoji institucionálního rámce a základním rolím a kompetencím subjektů/aktérů je věnována především analýza platných právních dokumentů. Efekty a problémy jsou předmětem takřka všech částí. Informativně zde uvádíme vybrané aktéry se vztahem k politice integrace cizinců a k migrační politice. Ve výčtu nejsou systematicky uvedeni volení politici a média. Tyto dvě skupiny nejsou předmětem analýzy.

Aktéři v ČR:

- Cizinci (cizinci s uděleným pobytem, s uděleným azylem, s uděleným vízem za účelem sloučení rodiny)
- Poskytovatelé zdravotnických služeb (praktičtí lékaři, ambulantní specialisté, nemocnice, odborné léčebné ústavy, lékárny, hygienická služba, specializovaná pracoviště)
- Zdravotní pojišťovny (veřejné a komerční)
- Státní správa na centrální, krajské, okresní a lokální úrovni zejména:
 - Ministerstvo vnitra
 - Ministerstvo zahraničních věcí
 - MPSV
 - MŠMT
 - Ministerstvo zdravotnictví
 - Okresní úřady
- Nevládní organizace v ČR

Zahraniční aktéři:

- International Organization for Migration (IOM)
- International Society of Travel Medicine
- International Center for Migration and Health (ICMH)
- Rada Evropy (EC)
- Světová zdravotnická organizace (WHO)
- Evropská unie
- Organizace pro ekonomickou a hospodářskou spolupráci (OECD)
- Mezinárodní organizace práce

1.6. Problémy

Určitá „inventura“ problémů již je provedena v Konceptu integrace cizinců (část IV.4.5 Zdravotní péče).

Tyto problémy bude vhodné postupně objektivizovat, což je možné s využitím statistických údajů a výběrových šetření v rámci výzkumných projektů, rychlou orientaci mohou přinést sociologická šetření.

Mezi hlavní identifikované problémy patří:

- Zdravotní péče je v ČR poskytována v poněkud méně přehledném právním rámci. Vedle zdravotního pojištění zde existuje celá řada mezinárodních (bilaterálních) dohod, které působí jinak než je rámec veřejného zdravotního pojištění.
- Zvláštní otázkou si zasluhuje úhrada poskytnuté zdravotní péče těm, kteří žádají o azyl - těm hradí poskytované služby Ministerstvo vnitra ze svého rozpočtu. Ukazuje se, že zde vzniká riziko poskytování nadměrné péče ze strany zdravotníků. Není jisté, jestli je MV schopno takovou nabídkou vyvolanou poptávku uhlídat.
- Navíc na druhé straně řadě cizincům je zřejmě odmítána péče, léčiva a jsou nuceni provádět přímou úhradu. Zdravotníci nemají důvěru a obávají se, že jinak nedostanou zaplacenou.
- Lékaři někdy odmítají registrovat cizince jako své pacienty.
- Práva pacientů jsou v ČR obecně na nižší úrovni, což se zřejmě ještě výrazněji projevuje ve skupině cizinců s dlouhodobým pobytem.
- Příčinami bude zřejmě malá informovanost zúčastněných aktérů, ale také nedostatek potřebných podkladů pro tvorbu zdravotní politiky v této oblasti
- Právní rámec zdravotní péče ve vztahu k pohybu cizinců – imigraci, jaká je dostatečnost ustanovení např. v zákoně o pobytu cizinců
- Problémem je nepochybně úroveň v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci
- Vstupní zdravotní prohlídky (rizika přenosu infekcí)
- Řešení méně obvyklých zdravotních problémů cizinců či problémy s odlišným přístupem cizinců k nemoci, k hodnocení potřeb a typu péče.

1.7. Literatura

- Brouček, S.: K některým otázkám migrace na území České republiky po druhé světové válce. In: Migrace v roce 1997. Odborné příspěvky, Materiál MV ČR 2000.
- Burnett, A., Peel, M.: Asylum seekers and refugees in Britain. Health needs of asylum seekers and refugees. Brit. Med.J. 2001; 322: 544-7
- Detels, R., Holland, W.W., et al.: Oxford Textbook of Public Health. 3rd edit. Vol. I-III. Oxford Medical Publications, Oxford University Press 1997.
- Drbal, C.: Změny ve vývoji determinant zdraví, Zdravotnictví v ČR, 2000, 1-2:6-12
- Drbal, C.: Zdravotní politika a její vliv na determinanty, 2001 www.izpe.cz
- Drbal, C.: Nová zdravotní politika. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Škola veřejného zdravotnictví. Praha 2001
- Friis, R., Yngve, A., Persson, V.: Review of social epidemiologic research on migrants' health: findings, methodological cautions, and theoretical perspectives. Scan. J.Soc.Med. 1998; 26(3): 173-180
- Giddens, A.: Sociologie. Argo 1999
- Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. WHO, Regional Office for Europe Copenhagen 1999
- Human Rights. A Basic Handbook for UN Staff. UN, 2001
- Proposal for a decision of the European Parliament and of the Council adopting a programme of Community action in the field of public health (2001-2006). Brussels 16.5.2000, COM(2000) 285 final
- Chu, C.: Cross-cultural health issues in contemporary Australia. Ethnicity and Health 1998; 3: 125
- Keyes, E.F.: Mental health status in refugees: An integrative review of current research. Issues in Mental Health Nursing 2000; 21: 397-410
- Krieger, N.: A glossary for social epidemiology. J. Epidemiol. Community Health 2001; 55: 693-700
- Nesvadbová, L., Rutsch, J., Sojka, S.: Migrace – adaptace – integrace. Longitudinální studie zdravotního stavu osob přesídlených z Černobylské oblasti Ukrajiny a Studie zdravotního stavu a sociální problematiky ekonomických migrantů v České republice. Praha 1996 (projekty: Národního programu zdraví MZ ČR č. 321-96 a IGA MZ ČR 2721/3 a 3621/3)
- North, D.C.: Institutions, Institutional Change and Economic Performance. Cambridge University Press, Cambridge, 1991
- Shetterly, S.M., Baxter, J., Mason L.D. et al.: Self-rated health among Hispanic vs non-Hispanic white adults: the San Luis Valley Health and Aging Study. Am.J.Publ. Health 1996; 86: 1798-801
- Stronks, K., Ravelli, A.C.J., Reijneveld, S.A.: Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? J.Epidemiol. Community Health 2001; 55: 701-7

Sundquist, J., Johansson, S.E.: Long-term illness among indigenous and foreign-born people in Sweden. Soc.Sci.Med. 1997; 44: 189-98

Sundquist, J.: Migration, equality and access to health care services. J.Epidemiol. Community Health 2001; 55: 691-692

The State of the World's Refugees 2000. Fifty years of humanitarian action. UNHCR, Oxford University Press, 2000

Materiály MV ČR:

Koncepce integrace cizinců na území České republiky. Odbor azylové a migrační politiky MV, Praha 2001

Harmonogram postupu a organizace přípravy a realizace koncepce integrace cizinců na území České republiky

Statistické přehledy. Ministerstvo vnitra ČR (www.mvcr.cz/statistiky/index.html)

Migrace v roce 1997. Odborné příspěvky. Materiál MV ČR 2000. (Mrkvica, M.: Aktuální migrační situace v ČR; Drbohlav, D.: Prognóza vývoje migrační situace v ČR ve vztahu k problematice integrace cizinců)

Usnesení vlády

Usnesení vlády ČR ze dne 11. prosince 2000 č. 1266 o realizaci Zásad koncepce integrace cizinců na území České republiky a o Koncepci integrace cizinců na území České republiky

Materiály Rady Evropy

Vztahy mezi komunitami a etnické vztahy v Evropě. Závěrečná zpráva projektu Rady Evropy „vztahy mezi komunitami“ (www.mvcr.cz/uprchlici/vztahy.html)

Rozmanitost a soudržnost: nové úkoly v oblasti integrace imigrantů a menšin. Rada Evropy, červenec 2000

Rámec integrační politiky. Rada Evropy, červenec 2000

Mezinárodní organizace a zdroje informací:

International Centre for Migration and Health (www.icmh.ch)

International Organization for Migration (IOM) (www.iom.int)

OECD (www.oecd.org)

Office of the High Commissioner for Human Rights (www.unhchr.ch)

The World-Wide Web Virtual Library on Migration and Ethnic Relations (www.ercomer.org)

World Health Organization (www.who.int)

2. Analýza vývoje migrace a integračních programů

2.1. Situace v Evropě

2.1.1. Vývoj migrace

Migrační pohyby obyvatel v Evropě nejsou nijak novým jevem. Pro náš účel však přeskočíme dávné migrační toky a přesuny a budeme se věnovat až Evropě 20.století. K silnějším pohybům obyvatel došlo po 2.světové válce.

Nejdříve se jednalo o vlny uprchlíků, následně repatriantů. Od 60. let je pro státy západní a severní Evropy příznačný trend náborem migrujících dělníků v západoevropských a severoevropských zemích. Tito pracovníci se rekrutovali vesměs z jihoevropských států a Severní Afriky. K usazeným pracovníkům se postupně připojovali rodinní příslušníci, čímž populace imigrantů postupně narůstaly.

Ovšem v průběhu 70. let se s ropnými krizemi snižuje jednak poptávka po zahraničních pracovnících a dále vzniká mezi původním obyvatelstvem a přistěhovalci napětí. Proto došlo k omezení otevřených imigračních politik jednotlivých států.

Počátkem 80. let byla míra imigrace poměrně nízká a vlády opět nastolily vstřícnější podmínky. Ovšem po pádu komunistického režimu, koncem 80.let, příliv imigrantů mohutně vzrostl. Rozšiřuje se také spektrum cílových zemí. K zemím západní a severní Evropy se připojují dosavadní výhradní „producenti“ imigrantů- země jižní Evropy, Irsko a Finsko⁵. Kromě imigrantů z postkomunistických zemí také dochází k narůstající migraci vysoce vzdělaných lidí z rozvojových zemí, objevuje se tedy tzv. hospodářsky (ekonomicky) motivovaná migrace. Dalším nezvyklým jevem je markantní nárůst počtu žádostí o azyl. Přijímající státy tedy musí reagovat i na fakt, že roste počet osob, které musí samy zaopatřit. **Toto vše způsobí posunutí migračních otázek mezi vrcholná politická témata.**

Poněkud odlišná situace byla až do roku 1989 v zemích východního bloku, kde se o imigraci vlastně vůbec nemluvilo. Lidé měli možnost migrovat pouze v rámci oficiálních pracovních výměn. Ovšem po porevolučním otevření hranic se tyto země často staly významným zdrojem imigrantů a také sloužily jako přístupová cesta k západní Evropě. Postkomunistické země měly, o dodnes mají, velký handicap v absenci zkušeností s migrací. Chyběly právní normy i vlastní praktická zkušenost s minoritami. Díky minimálnímu mezistátnímu pohybu obyvatel měly totiž tyto země z hlediska etnického složení spíše homogenní charakter. Při hledání řešení těchto nových jevů a problémů se země postkomunistického bloku inspirovaly v systémech zemí západních.

⁵ Rozmanitost a soudržnost: nové úkoly v oblasti integrace imigrantů a menšin, Rada Evropy, 2000

Bohužel období posledních let je poznamenáno stagnací národních ekonomik, nárůstem xenofóbních a diskriminačních postojů a celkovou neochotou podporovat příliv imigrantů a uprchlíků. Dochází k zpříšňování podmínek vstupu do západních zemí a i společenské klima je vůči cizincům spíše odmítavé⁶. Ovšem s ohledem na stále se zdokonalující dopravu, komunikační technologie a existenci rozsáhlých imigrantských komunit v západních zemích se dá předpokládat spíše trvání stávajících pohybů než jejich útlum. Vzhledem ke sjednocování Evropy a nutnosti zabezpečit migrujícím osobám základní práva bez ohledu na momentální místo pobytu, začala být tato otázka řešena na mezinárodní úrovni.

2.1.2. Integrační politika Rady Evropy

Na půdě Rady Evropy jsou otázky postavení migrantů hojně diskutovány již od roku 1984. Došlo k ustavení Evropského výboru pro migraci a z jeho rozhodnutí k vytvoření Komise expertů pro vztahy mezi komunitami. Tato komise měla připravit a realizovat společný program utváření vztahů mezi komunitami pro roky 1987-1991. Došlo tedy k řadě analýz, studií, zasedání a kulatých stolů, díky kterým byla do řešení problému zainteresována celá řada dalších aktérů (neziskové organizace, samotní imigranti). Na základě zjištěných skutečností pak došlo k vytváření společné integrační politiky, jejímiž hlavní body jsou následující teze⁷:

- Vládám přísluší životně důležitá a aktivní úloha v integračním procesu.
- Integrace a vztahy mezi komunitami nejsou pouze záležitostí imigrantů a menšin, nýbrž společnosti jako celku.
- Integrace zahrnuje nejen přizpůsobení imigrantů a menšin, ale také reakce a přizpůsobení celé společnosti.

V roce 1996 na své šesté poradě dokonce označili evropští ministři odpovědní za migrační záležitosti „začlenění imigrantů a menšin za jeden z nejdůležitějších cílů státní politiky ve všech zemích s velkými, legálně usídlenými skupinami obyvatelstva cizího původu,“⁸. Jako základní potřeba širší Evropy je identifikována společenská soudržnost.

V roce 2000 pak byly vydány již zmíněné výchozí dokumenty. Pro oblast integrace cizinců je klíčová publikace Rámec integrační politiky (dále jen Rámec). V tomto materiálu je definován obecný rámec integrační politiky, který má být vodítkem vládám jednotlivých států a měl by vést k zajištění standardů v přístupu k imigrantům. Ústřední myšlenkou je tlak na vyrovnání v právech a možnostech mezi občany a dlouhodobě a legálně usazenými imigranty. Jako klíčové východisko je označen rovný

⁶ Vzpomeňme poslední volby v sousedním Rakousku, kde uzavření hranic cizincům bylo stěžejním bodem programu Strany svobodných či nedávné drama zachráněných uprchlíků na lodi u australských břehů.

⁷ Vztahy mezi komunitami a etnické vztahy v Evropě, Rada Evropy, 1991

přístup cizinců k sociálnímu zabezpečení. Rada Evropy v Rámci rozlišuje sedm oblastí ovlivňujících postavení cizinců:

1. právní opatření
2. zaměstnání
3. bydlení
4. zdravotnictví a další služby
5. kultura, jazyk a náboženství
6. vzdělávání
7. sdělovací prostředky

Rámcem se dále věnuje funkci vlád v integračním procesu. Reflektuje sice současné přehodnocování postojů jednotlivých vlád, ale nadále potvrzuje jejich tři základní role: zákonodárce, toho, kdo proslapává cestu a toho, kdo dává příklad. Rozebírá i nutnost širší spolupráce s ostatními aktéry veřejného života (nevládní organizace, politické strany, regionální instituce) Závěrem je zdůrazněna nezbytnost monitorování dopadů přijatých opatření a jejich vyhodnocování.

V části věnované zdravotnictví doporučuje Rada Evropy následující:

- migranti by měli mít zásadně právo na zdravotní služby ve stejné kvalitě jako ostatní občané,
- zdravotnická zařízení by měla poskytovat přiměřené tlumočnické služby,
- poskytovat informace o službách, zdravotní péči,
- proškolení zdravotního personálu o kulturních a náboženských potřebách imigrantů.

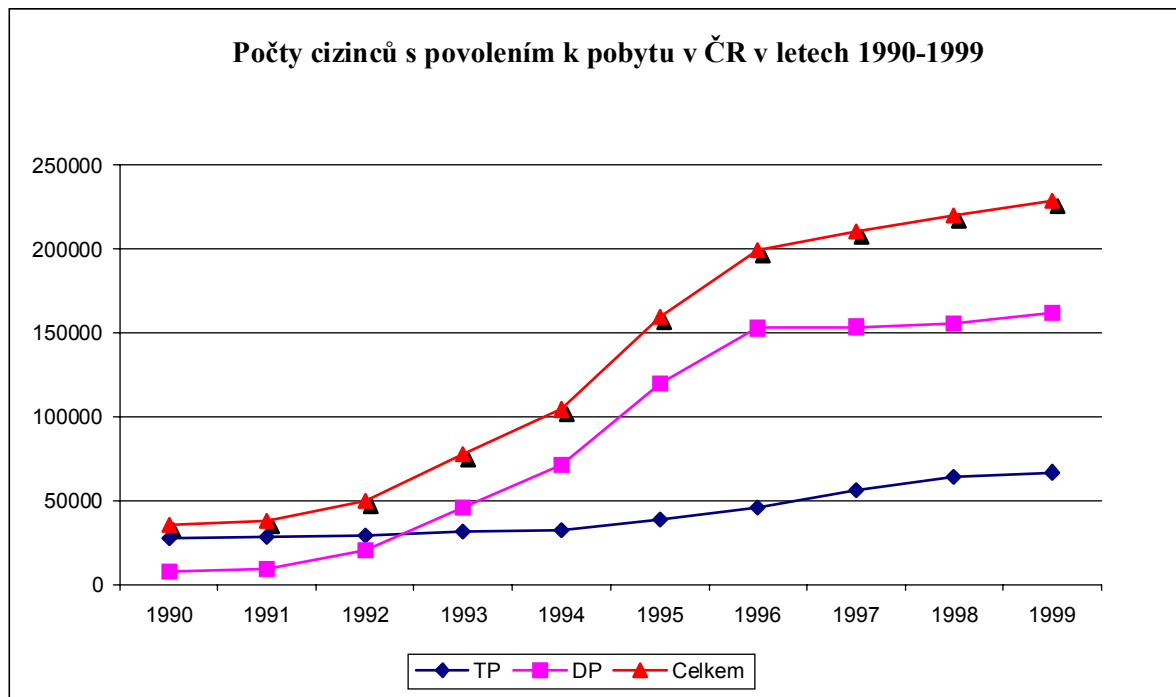
2.2. Situace v ČR

2.2.1. Vývoj migrace

ČR se s imigranty výrazněji setkává až po revoluci v roce 1989. Proto tedy veškeré politické i praktické aktivity směřující k řešení postavení a ochrany imigrantů v ČR vznikaly až v devadesátých letech. Jde tedy o dobu dosti krátkou. Také počty cizinců v ČR byly počátkem 90. let nízké. Jak pro pracovní migraci, tak pro uprchlíky nefungovala ČR jako cíl, ale jen jako přestupní stanice na cestě do západní Evropy. Ovšem během posledních dvou- tří let se situace změnila a v ČR se usazuje stále více cizinců. Naše homogenní a na cizince naprosto nenavyklá společnost se musí vyrovnávat s faktem, že se stává multietnickou. Přibývají jednak cizinci s legalizovaným pobytem (viz Graf 1) tak osoby, hledající v ČR azyl (viz Graf 2) a podle vývoje počtu nelegálních přechodů hranic se usuzuje na vyšší počty cizinců pobývajících na území ČR nelegálně⁹.

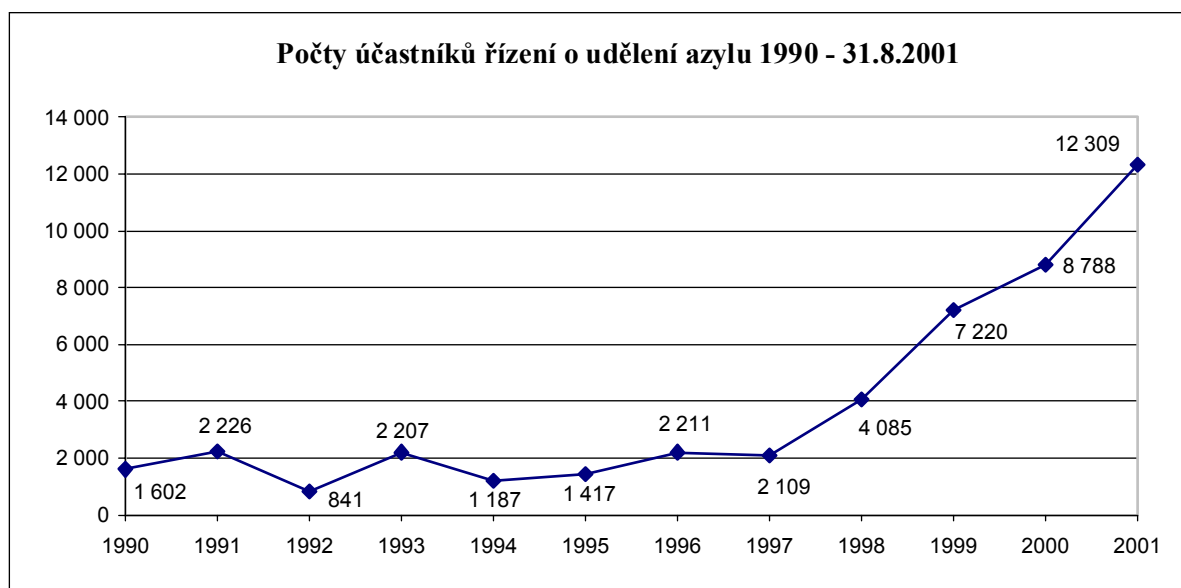
⁹ Rozmanitost a soudržnost: nové úkoly v oblasti integrace imigrantů a menšin, Rada Evropy, 2000, str. 9

Graf č. 1: Počty cizinců s povolením k pobytu v ČR v letech 1990-1999



Zdroj: Koncepce integrace cizinců na území ČR, graf Sokolová

Graf č. 2: Počty účastníků řízení o udělení azylu 1990-31.8.2001



Zdroj: Odbor azylové a migrační politiky MV, graf Sokolová

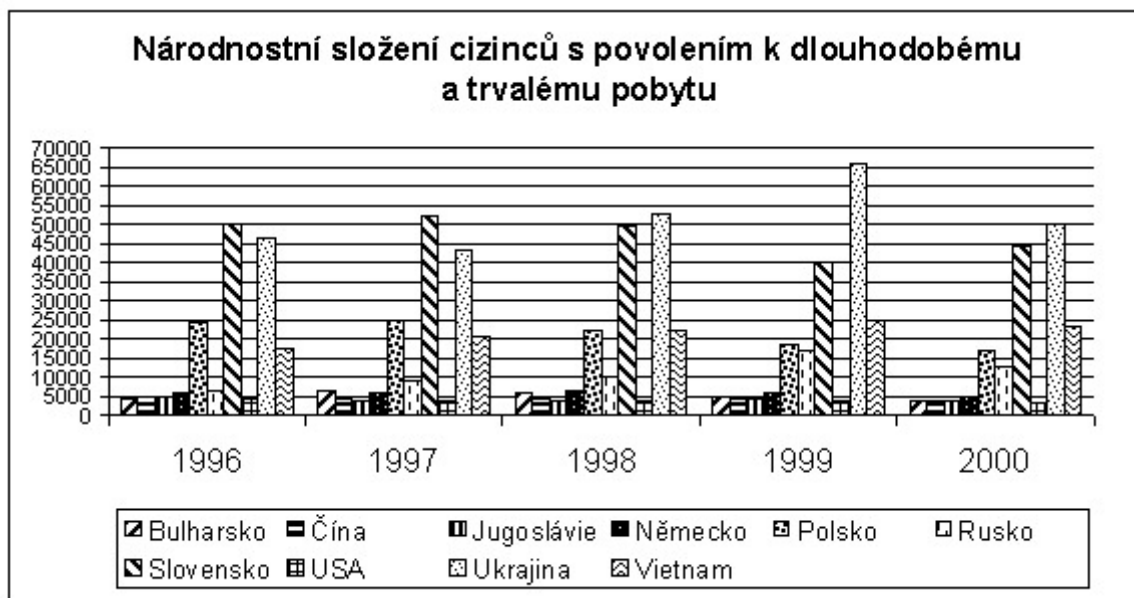
Druhou změnou poslední doby je proměna v národnostním složení přicházejících cizinců. Horáková¹⁰ uvádí, že ke konci roku 1999 představovali nejpočetnější skupiny cizinců s povolením

⁹ Počty nelegálně pobývajících cizinců se pouze odhadují, neexistuje oficiální statistika.

¹⁰ Horáková M., Vývoj pracovních migrací v ČR, VÚPSV Praha, červen 2000

k pobytu Ukrajinci, Slováci, Vietnamci, Poláci a Rusové. (viz Graf 3) Při analýze indexů nárůstu vydaných povolení v letech 1994-1999¹¹ však vede Kazachstán, Moldávie a Bělorusko. Naopak poklesl počet občanů Polska. Současně narůstají dosud velmi nízké počty cizinců ze zemí EU.

Graf č. 3: Národnostní složení cizinců s povolením k dlouhodobému a trvalému pobytu

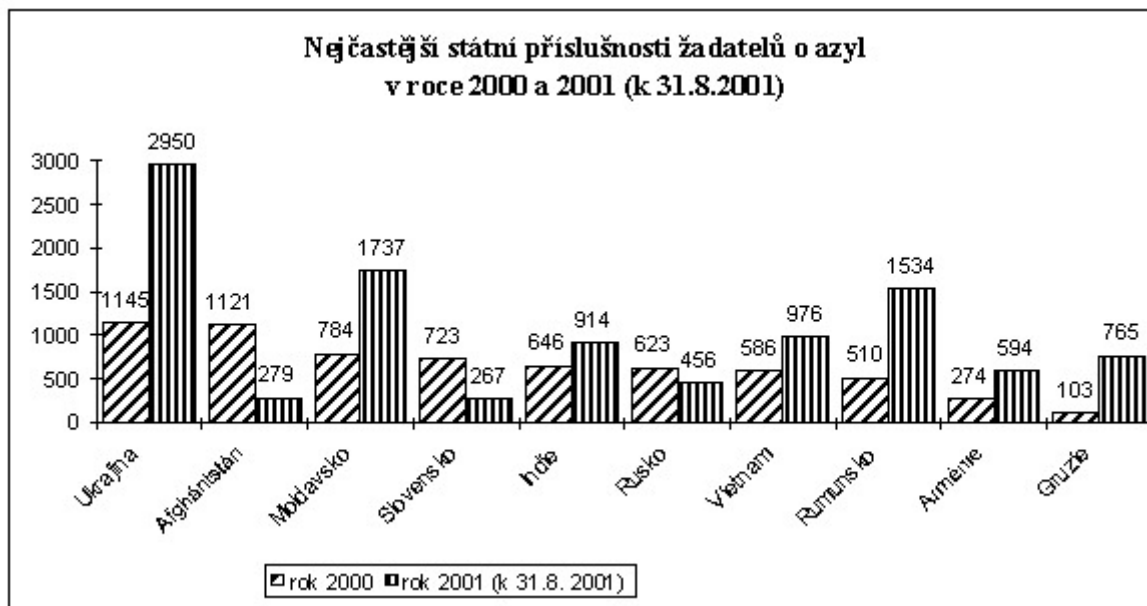


Zdroj: Horáková M., Macounová I.: Mezinárodní pracovní migrace, Bulletin MPSV č.6, 2001, graf: Sokolová

Pokud jde o národnostní složení uprchlíků, tak v prvních vlnách převažovaly národnosti příslušnosti bývalých postkomunistických států (Rumunsko, Bulharsko) okolo roku 1997, 1998 se situace trochu změnila a nastoupily pro nás tzv. exotické národnosti: Afghánistán, Srí Lanka, Indie, Jugoslávie a Irák. Ovšem v roce 2000 začínají převažovat národnosti Ukrajiny, Moldavska, Rumunska, Vietnamu, Indie. (viz Graf 4)

¹¹ „Index vypovídá o násobku počtu osob s povolením k pobytu ve srovnání let 1999/1994,“, Horáková, 2000

Graf č. 4: Nejčastější státní příslušnosti žadatelů o azyl v roce 2000 a 2001



Zdroj: Odbor azylové a migrační politiky MV, graf Tůmová

V současné době pobývá podle údajů MV ČR v Koncepti na území ČR asi 230 000 cizinců, kteří mají legalizovaný pobyt. Těžko odhadnout, kolik osob se v ČR pohybuje nelegálně. Nejde tedy o nijak zanedbatelnou skupinu. Proto i ČR začala vytvářet systematizovanou integrační politiku.

2.2.2 Integrační politika ČR

Jak již bylo uvedeno, ČR se setkává s většími počty cizinců až po roce 1989. V první řadě tedy došlo k vytvoření základního právního rámce. Byl přijat zákon č. 123/1992 Sb., o pobytu cizinců na území ČSFR a zákon č. 498/1990 Sb., o uprchlících¹². Obě právní normy reagovaly na akutní nezbytnost definování práv a povinností imigrantů v ČR. Byly inspirovány zákony západoevropských zemí a zahrnovaly zcela základní skutečnosti. Integrační politika jako samostatná politika nebyla na začátku devadesátých let v ČR realizována vůbec. Zákon o uprchlících pouze zaručoval uznaným uprchlíkům právo na výuku českého jazyka a poskytnutí ubytování. V roce 1993 byl MV ČR připraven Státní asistenční program, který se realizoval na základě usnesení vlády¹³ a Instrukce MV ČR¹⁴. Tento program se ale zaměřoval pouze na osoby, kterým byl v ČR udělen azyl a osoby z dočasného útočiště, které obdržely trvalý pobyt. Týkal se nároku na zajištění bydlení. K němu analogický program byl pro přesídlené krajanů¹⁵.

¹² Podrobněji jsou oba zákony rozpracovány v kapitole III.

¹³ Usnesení vlády č. 643 ze dne 17. listopadu 1993

¹⁴ Instrukce MV ČR ze dne 27. května 1994 č.j. U-1027/94, v platném znění

¹⁵ Zásady politiky vlády ČR ve vztahu k přesídlování cizinců s prokázaným českým původem (krajany), žijících v zahraničí, schváleno usnesením vlády č. 72 ze dne 17. ledna 1996.

Změnu přinesl zákon 325/1999 Sb., o azylu, kde je v §§ 68-70 definován Státní integrační program. Vztahuje se ale pouze na azylanty, jimž zaručuje právo na získání znalostí českého jazyka a jednorázovou nabídku bydlení v ČR.

Samostatná integrační politika je tedy rozvíjena až od roku 2000, kdy je přijata Koncepce integrace cizinců, jež jsme stručně definovali již v úvodu. Jedná se o první ucelený a systematický materiál zabývající se problémem integrace imigrantů. Koncepce stejně jako materiály Rady Evropy klade důraz na:

- přiblížení postavení legálně a dlouhodobě usdlých cizinců právnímu postavení občanů ČR,
- důslednou a systematickou ochranu přístupu cizinců k základním lidským právům a svobodám,
- vytvoření podmínek pro integraci a ovlivnění vztahů občanů a cizinců,
- podporu boje proti nelegální migraci a ostatním nelegálním aktivitám spojeným s migrací.

Prvními kroky jsou studie a analýzy stávající situace v jednotlivých ministerských resortech, na něž navázají konkrétní opatření. Již v tuto chvíli jsou ale zřejmé deficity v informování veřejnosti i cizinců samotných o této problematice. Minimálně v oblasti zdravotnictví bychom rádi pomohli tento nedostatek napravit.

2.3. Literatura:

Zásady koncepce integrace cizinců na území ČR, MV ČR, 1999

Usnesení vlády č. 689 ze dne 7. července 1999

Usnesení vlády č. 1266 ze dne 11. prosince 2000

Koncepce integrace cizinců na území ČR, MV ČR, 2000

Rozmanitost a soudržnost: nové úkoly v oblasti integrace imigrantů a menší, Rada Evropy, 2000

Rámec integrační politiky, Rada Evropy, 2000

Vztahy mezi komunitami a etnické vztahy v Evropě, Rada Evropy, 1991

Horáková, M.: Vývoj pracovních migrací v České republice, VÚPSV, červen 2000

Horáková, M., Macounová, I.: Mezinárodní pracovní migrace v ČR, Bulletin MPSV č.6, duben 2001

Zákon 123/1992 Sb., o pobytu cizinců na území ČSFR, ve znění pozdějších novelizací

Zákon 498/1990 Sb., o uprchlících, ve znění pozdějších novelizací

Zákon 325/1999 Sb., o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky

Zákon 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR ve znění pozdějších novelizací

Usnesení vlády č. 643 ze dne 17. listopadu 1993

Instrukce MV ČR ze dne 27. května 1994 č.j. U- 1027/94, v platném znění

Zdroje:

www.mvcr.cz

www.mvcr.cz/uprchlici/intupr.htm

www.mvcr.cz/uprchlici/intciz.htm

www.mvcr.cz/uprchlici/vztahy.htm

3. Analýza platných právních dokumentů poskytování zdravotní péče cizincům na území České republiky

Podle platných právních předpisů České republiky, je *cizincem* fyzická osoba, která není občanem České republiky (definici uvádí zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů). Osobám – cizincům, pobývajícím na území ČR je přiznáván různý statut, určený zpravidla délkou a účelem pobytu, od kterého jsou odvozována další práva a povinnosti cizích státních příslušníků (popř. osob bez státní příslušnosti).

Právní předpisy upravující oblast poskytování zdravotní péče cizincům se vyskytují ve formách:

a) mezinárodních smluv

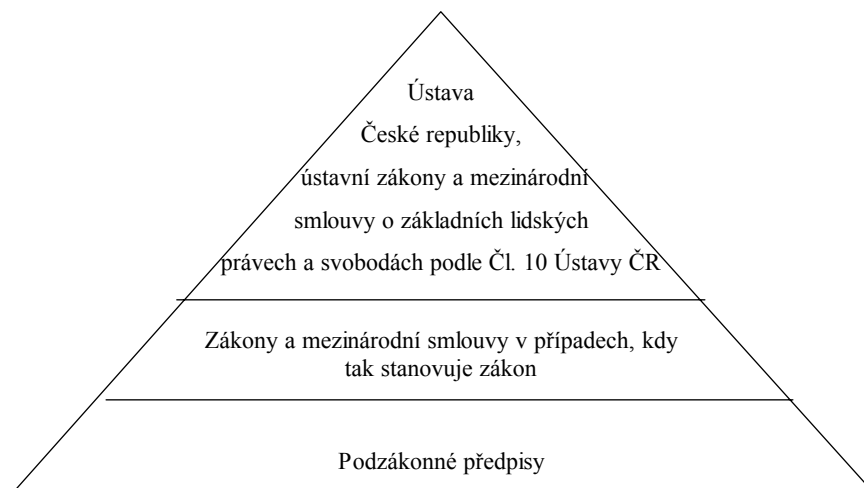
multilaterálních
bilaterálních

b) právních norem Evropské unie (jejíž normy se promítají do právního řádu ČR v rámci procesu aproximace – sblížování právních norem ČR a práva Evropských společenství)

c) vnitrostátních právních předpisů

zákonů
vyhlášek ministerstev
nařízení vlády, usnesení vlády
metodických pokynů ministerstev, vnitřních a organizačních řádů zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení

Schéma č. 1: Hierarchie právních norem upravujících poskytování zdravotní péče cizincům



3.1. Mezinárodní právní úprava péče o zdraví (poskytování zdravotní péče příslušníkům cizího státu)

Česká republika se řadí mezi demokratické státy, které uznávají a ctí lidská práva a svobody, zaručené mezinárodními smlouvami o základních lidských právech a svobodách – tyto smlouvy určují standardní katalog lidských práv a v některých případech i podmínky, za kterých mohou být tato základní práva omezena. Mezinárodní smlouvy, označované také někdy jako úmluvy či dohody, jsou pro Českou republiku bezprostředně závazné a mají přednost před zákonem, jak vyplývá z ustanovení čl. 10 Ústavy ČR (ústavního zákona č. 1/1993 Sb.):

„Ratifikované a vyhlášené mezinárodní smlouvy o lidských právech a základních svobodách, jimiž je Česká republika vázána, jsou bezprostředně závazné a mají přednost před zákonem,,

Jednou z důležitých podmínek bezprostřední závaznosti mezinárodní smlouvy je její ratifikace, tedy schválení smlouvy Parlamentem ČR za přísnějších pravidel, než která platí pro schvalování zákonů (k ratifikaci je třeba souhlasu třípětinové většiny všech poslanců a třípětinové většiny přítomných senátorů), a následné vyhlášení ve Sbírce zákonů.

Základní lidská práva garantuje také přímo Ústava a Listina základních práv a svobod. Mezi základní lidská práva jsou řazena i práva sociální, mezi která bezesporu patří i *právo člověka na patřičné sociální zajištění a právo na ochranu zdraví*.

Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, přijatá členy Rady Evropy, deklaruje v Článku 11 právo na ochranu zdraví, smluvní státy jsou zde zavázány zajistit účinný výkon tohoto práva. Článek 12 Úmluvy stanoví povinnost státu zabezpečit osobě, která nemá dostatečné prostředky, a která není schopna si je vlastními silami nebo z jiných zdrojů zajistit, přiměřenou pomoc a v případě nemoci péči, jakou vyžaduje její stav. Sociální práva člověka jsou blíže specifikována v *Evropské sociální chartě*, ta zakazuje diskriminaci v hospodářských a sociálních právech člověka, m.j. zaručuje požívání práva na ochranu zdraví, sociální zabezpečení, práva na čerpání lékařské a sociální péče. Práva osob v rámci celého systému sociálního zabezpečení garantuje Evropský zákoník sociálního zabezpečení. Uvedené smlouvy zavádí povinnost států, které k nim přistoupily, zajistit minimální úroveň ochrany v určitých životních situacích.

Významnou mezinárodní úmluvou je také *Úmluva Mezinárodní organizace práce č. 130 o léčebně preventivní péči a dávkách v nemoci* (publikovaná pro Českou republiku pod č.537/1990 Sb.), obsahující zásadu *zajištění zdravotní péče osobám s trvalým pobytem v zemi bez ohledu na státní občanství, tzv. „zásadu rovného zacházení,,*

Pro účely poskytování zdravotní péče cizincům v oblasti „pracovního lékařství,, je významným mezinárodněprávním předpisem *Úmluva Mezinárodní organizace práce č. 148 o ochraně pracovníků*

proti nebezpečím z povolání způsobených znečištěním vzduchu, hlukem a vibracemi na pracovištích. Úmluva stanoví pro členské státy MOP (Mezinárodní organizace práce) povinnost zajistit vnitrostátními normami konkrétní opatření, která budou účinná na pracovištích za účelem předcházení vzniku nemocí z povolání působením výše uvedených negativních vlivů a povinnost určit kontrolní orgány. Zavazuje státy, aby vymezily hranice expozice těmto vlivům a dále aby zajistily v přiměřených časových intervalech dohled nad zdravotním stavem pracovníků vystavených nebezpečí nemoci z povolání (tj. zajistit předběžná vyšetření a opakující se prohlídky), to vše v souladu s důležitou zásadou, že taková péče nesmí být spojena s náklady pro zúčastněného pracovníka. Pro úplnost je třeba dodat, že zmíněná úmluva nebyla dosud ratifikována, uvedená problematika je však v rámci právního řádu České republiky řešena vnitrostátními právními předpisy.

Další mezinárodní smlouvy se zaměřují na garanci práv příslušníkům menšin národnostních, etnických, či skupin obyvatelstva – uprchlíků, žen, dětí.

Úmluva o právním postavení uprchlíků (publikovaná ve Sbírce zákonů pod č. 208/1993 Sb.) byla z velké části promítnuta do naší legislativy již prostřednictvím zákona o uprchlících (zákon č. 498/1990 Sb., ve znění pozdějších předpisů, tento zákon byl později zrušen zákonem č. 325/1999 Sb.). S odvoláním na Všeobecnou deklaraci lidských práv Úmluva stanoví zásadu, že všem uprchlíkům musí být umožněno užívat základních práv a svobod, na druhé straně ovšem také uvádí povinnost uprchlíků podrobit se zákonům a nařízením, jakož i předpisům týkajícím se udržování veřejného pořádku země, ve které se nachází (Úmluva, Čl. 2). Smluvní státy jsou povinny jednat s uprchlíky stejným způsobem jako s ostatními cizinci, s výjimkou těch případů, kdy pro uprchlíky stanoví Úmluva výhodnější režim. V sociálních otázkách je uprchlíkům zaručeno co nejpříznivější zacházení, to v zásadě znamená, že stát má povinnost uprchlíkům, kteří legálně pobývají na jeho území, zabezpečit stejné zacházení jako s vlastními občany. (Vnitrostátní právní předpisy obsahují zákonná ustanovení týkající se např. pracovních úrazů, nemocí z povolání, zabezpečení ve stáří či pro případ smrti apod.)

Nad prováděním Úmluvy o právním postavení uprchlíků bdí Úřad vysokého komisaře Spojených národů pro uprchlíky, k zabezpečení tohoto účelu jsou Úřadu poskytovány informace a statistické údaje o situaci uprchlíků, o provádění Úmluvy a zákonů, předpisů a vyhlášek platných, popř. vstupujících v platnost ve vztahu k uprchlíkům.

Počet mezinárodních smluv, které zasahují do úpravy péče o zdraví není konečný, protože nadále dochází k formulování principů vyplývajících z nově získaných poznatků medicíny a nově přijímaných moderních postupů. V posledních letech to byly například *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*, která byla na jaře roku 2001 ratifikována parlamentem a na podzim 2001 se očekává její vyhlášení ve Sbírce zákonů (stanoví m.j. v článku 3 požadavek zajištění rovné dostupnosti zdravotní péče pro všechny), *Úmluva o ochraně práv dítěte* (v čl. 23 a 24 požaduje zajištění nezbytné lékařské pomoci a zdravotní péče, zvláště pak

základní lékařské péče všem dětem, zajištění péče duševně a tělesně postiženým dětem), *Evropská úmluva o výkonu práv dětí*, která byla ratifikována 7. března 2001 a od poloviny roku 2001 je pro Českou republiku závazná (upravuje právo na informace a nárok na zdravotní péči, dokonce stanoví právo na to zaujímat stanovisko k péči, je také zavedena možnost určit soudem zákonného zástupce, který za nezletilé dítě přebírá odpovědnost v oblasti zdravotní péče).

3.2. Právní úprava poskytování zdravotní péče s ohledem na plánovaný vstup do Evropské unie

V rámci příprav na vstup do evropských struktur je třeba zkoordinovat pravidla uplatňující se v rámci celého systému sociálního zabezpečení (tedy i v oblasti poskytování zdravotní péče) tak, aby nedocházelo ke kolizi právních norem členských států upravujících tuto problematiku s ohledem na migraci osob, jejíž nárůst se dá po vstupu do EU očekávat. Pro Českou republiku je tak stanoven závazek zohlednit nařízení Rady č. 1408/71 EEC a prováděcí nařízení 547/72 EEC (obě nařízení jsou přímo aplikovatelná, jejich přímý účinek nastupuje tedy ke dni vstupu České republiky do Evropské unie).

Základním principem celé úpravy je neomezovat jednu ze čtyř základních svobod -volný pohyb osob v rámci států Evropské unie a konkrétně v oblasti zdravotní péče zachovat taková práva, kterých migrující občan požívá ve státě, ze kterého vychází. Druhou zásadou je zaručení takového postavení migrující osoby (pracovníka), které nebude méně výhodné než postavení pracovníka zůstávajícího po celý život ve svém státě. V prvé řadě jsou stanovena taková pravidla, která mají zamezit kolizi zákonů členských států v praxi a vyloučit tak možnost ohrožení volného pohybu pracovníků.

Proto byly zakotveny čtyři principy koordinace:

1) princip *uplatnění právních předpisů země, kde osoba zaměstnaná či osoba samostatně výdělečně činná pracuje*, bez ohledu na místo jejího trvalého pobytu.

2) Dalším pravidlem je *zákaz jakékoliv diskriminace z důvodů státní příslušnosti* (princip rovného zacházení) s ohledem na existenci doložek vnitrostátních právních předpisů, které by mohly cizí státní příslušníky diskriminovat.

3) Třetím pravidlem koordinace se rozumí *princip zachování nabytých práv*, týká se zejména případů výplaty dávek do ciziny (některé zákony členských států vážou nárok na výplatu určitých dávek na podmínku stálého bydliště v tomto státě).

4) Posledním a neméně důležitým pravidlem je *zachování práv během jejich nabývání*, v praxi se toto pravidlo projevuje možností sčítání dob pojištění. Toto pravidlo má význam při posuzování nároku na poskytnutí dávek, které je vázáno na dovršení určitého předepsaného období.

Migrace osob je spojována především s pohybem pracovních sil (osob – zaměstnanců a osob samostatně výdělečně činných, které jsou příslušníky některého členského státu nebo jsou osobami bez státní příslušnosti či uprchlíky sídlícími na území některého z členských států), dále se působnost nařízení vztahuje na důchodce, příslušníky rodin takových osob a osoby pozůstalé, poslední skupinu

tvoří státní zaměstnanci a jejich rodinní příslušníci pojištění na základě všeobecného systému (tzn. nejsou pojištění na základě systému pojištění pro státní zaměstnance).

Nařízení se výslovně nevztahuje na a) osoby, které jsou občany třetích států (nečlenských států EU), pokud nejsou rodinnými příslušníky nebo pozůstalými osobami pracovníka a dále b) na studenty, handicapované osoby a osoby „neaktivní“, které nejsou v postavení rodinného příslušníka zaměstnané osoby nebo důchodce; c) na státní zaměstnance pojištěné podle zvláštního předpisu, d) osoby nepojištěné a osoby, které nepracují.

V oblasti úpravy poskytování zdravotní péče platí výše uvedené pravidlo použití legislativy země, ve které osoba pobývá. V praxi mohou nastat následující situace:

- osoba pobývá (bydlí) v zemi, ve které je pojištěna – v tomto případě jí vzniká nárok na všechny věcné dávky (tzn. lékařskou péči, zubní péči a hospitalizaci, přímé platby za účelem proplacení vynaložených nákladů)
- osoba pobývá (bydlí) v jiné zemi, než ve které je pojištěna - bude čerpat péči podle právních předpisů země, ve které pobývá od místní instituce provádějící pojištění, jakoby byla jejím pojištěncem

V uvedených případech platí, že osoba bude mít nárok na poskytnutí dávek (ve formě zdravotní péče) tehdy, kdyby jí vznikl takový nárok i v zemi, kde je pojištěna, pokud by zde měla stálé bydliště.

- v případě, že osoba pobývá *dočasně* mimo zemi, ve které je pojištěna, vzniká jí v místě pobytu nárok na nezbytné poskytnutí péče (dávek) v daném okamžiku
- specifickým případem zůstává možnost vycestování do jiného státu za účelem léčení – toto léčení bude hrazeno institucí zdravotního pojištění na základě předem uděleného povolení, nařízení stanoví, za jakých podmínek bude povolení vydáno, a jsou stanoveny případy, kdy takové povolení být vydáno musí

Závěrem řečeno, v praxi se jedná zejména o zajištění možnosti čerpat péči na základě pojištění, které vzniklo v jiném členském státě s tím, že státy zabezpečí mezi sebou vypořádání nároků na úhradu péče, která byla poskytnuta. Pojetí zdravotního pojištění je poměrně široké, vzhledem k tomu, že se vztahuje na manžela/manželku pojištěnce, děti ekonomicky závislé na pojištěnci, jeho děti do věku 21 let, příbuzné v řadě přímé apod.

Zmíněné nařízení se také věnuje pracovním úrazům a nemocem z povolání – v případě, že se zaměstnané osobě nebo osobě samostatně výdělečně činné, mající trvalé bydliště na území členského státu, přihodí úraz nebo onemocní nemocí z povolání v jiném členském státě, věcné dávky budou poskytnuty podle právních předpisů tohoto státu.

Na základě nařízení bylo vybudováno i institucionální zázemí: byla zřízena Administrativní komise sociálního zabezpečení pro migrující pracovníky (složená ze zástupců vlád členských států, zabývající se otázkami interpretace nařízení, a podporující spolupráci členských států při rozvíjení systémů sociálního zabezpečení apod.) a Poradní výbor pro sociální zabezpečení migrujících pracovníků

(složený ze dvou zástupců vlády každého členského státu, dvou zástupců odborů státu a dvou zástupců zaměstnavatelských organizací).

Systemy sociálního zabezpečení v jednotlivých členských státech se vyznačují poměrnou komplikovaností a mají svá specifika, proto se ponechává členským státům možnost upravit si vzájemné vztahy prostřednictvím bilaterálních smluv při současném dodržení podmínek určených v uvedených nařízeních.

3.3. Vnitrostátní právní úprava poskytování zdravotní péče, postavení cizinců a základní principy poskytování zdravotní péče na území České republiky

3.3.1. Postavení cizinců v ČR

Cizinci požívají v České republice základních lidských práv a svobod zaručených Listinou (Listinou základních práv a svobod, publikovanou pod č. 2/1993 Sb.), jsou postaveni na roveň občanům České republiky. Přesto jsou právními předpisy stanoveny určité odchylky, kterými se zavádí jiný režim pro cizince a pro české občany. Současně však platí zásada, že cizinci jsou povinni dodržovat zákony a ostatní zákonné předpisy platné na území České republiky.

Právo na ochranu zdraví a tedy i na nezbytnou zdravotní péči stanoví LZPS čl. 31:

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

Platí, že uvedených práv se lze domáhat pouze v mezích zákonů, které toto ustanovení provádějí. Právo na ochranu zdraví je přiznáno *každému*, bez ohledu na to, zda je či není občanem České republiky. Právo na bezplatné poskytování zdravotní péče a zdravotních pomůcek je vyhrazeno zákonem o veřejném zdravotním pojištění (zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů), který zavádí systém veřejného zdravotního pojištění, na jehož základě je hrazena poskytnutá péče z veřejných prostředků zdravotního pojištění. Přímé ustanovení o léčebně preventivní péči o cizí státní příslušníky obsahuje zákon č.20/1966 Sb. (o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů), který je již po dlouhá léta základním pilířem právní úpravy poskytování zdravotní péče u nás. Ustanovení § 30 uvedeného zákona stanoví, že cizincům pobývajícím na území České republiky se poskytuje zdravotní péče:

- bezplatně na základě mezinárodních smluv, jimiž je Česká republika vázána
- bez přímé úhrady na základě veřejného zdravotního pojištění
- za přímou úhradu

3.3.2. Bezplatné poskytování zdravotní péče na základě mezinárodních úmluv

Bezplatné poskytování zdravotní péče osobám, které nejsou občany státu se řídí mezinárodními smlouvami a vzájemnými dvoustrannými dohodami mezi státy, na jejichž území osoba pobývá na straně jedné a jejichž je osoba občanem na straně druhé.

3.3.3. Poskytování zdravotní péče na základě veřejného zdravotního pojištění

Poskytování zdravotní péče na základě veřejného zdravotního pojištění vychází, jak již bylo dříve uvedeno, z principu veřejného zdravotního pojištění (LZPS čl. 31, zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů), které je povinné a na jeho základě je zdravotní péče poskytována bezplatně. Zdravotní pojištění vzniká ze zákona osobám, které mají na území České republiky trvalý pobyt (trvalý pobyt jim vzniká dnem narození, nebo získáním trvalého pobytu) a osobám, které sice trvalý pobyt na území ČR nemají, jsou ale zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR. V případě, že zaměstnavatelem je fyzická osoba, platí, že musí mít na území ČR trvalý pobyt. Pro tyto osoby vzniká zdravotní pojištění dnem, kdy se osoba stala zaměstnancem.

Uvedené pravidlo však neplatí bez výjimky.

Pojištění totiž nevzniká:

- 1) osobám, které nemají trvalý pobyt na území České republiky a vykonávají na území České republiky činnost pro zaměstnavatele, který požívá diplomatických výhod a imunit,
- 2) pojištění také nevznikne osobě, která je zaměstnancem zaměstnavatele na území České republiky, jeho pracovněprávní vztah však byl založen podle cizích právních předpisů – ne tedy podle zákona č. 65/1965 Sb., zákoníku práce, ve znění pozdějších předpisů,
- 3) a konečně dalším případem, kdy nevzniká zdravotní pojištění osobě, přestože je zaměstnancem, je případ, kdy je zaměstnanec činný na území České republiky pro zaměstnavatele, ten však nemá sídlo na území ČR.

Veřejné zdravotní pojištění v České republice je založeno na vzájemně provázaném řetězci: pojištěnec - poskytovatel zdravotní péče – zdravotní pojišťovna.

Pro účely veřejného zdravotního pojištění je důležité určení *plátce pojistného*. Především jím je **pojištěnec** (zejména osoba zaměstnaná v pracovním poměru), pojištěnec hradí 1/3 pojistného, zbylé 2/3 pojistného hradí a celou částku pojistného dohromady odvádí na účet příslušné zdravotní pojišťovny **zaměstnavatel**, dále osoby samostatně výdělečně činné (odvádí samy pojistné formou záloh na pojistné a doplatku pojistného, není-li stanoveno zákonem jinak, jejichž výše se odvozuje od vyměřovacího základu). Pro pracovní poměr musí být splněna podmínka účasti na nemocenském pojištění (péče) podle zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců. **Stát** je plátcem pojistného za osoby, které nejsou schopny v důsledku svého sociálního postavení, zdravotního stavu či věku získávat prostředky vlastní aktivitou (většinou se jedná o nezaopatřené děti, poživatele

důchodů z důchodového pojištění, příjemce rodičovského příspěvku, ženy na mateřské dovolené, uchazeče o zaměstnání apod.), pojistné je v tomto případě hrazeno z prostředků státního rozpočtu (odvádí jej Ministerstvo financí na zvláštní účet, který spravuje Všeobecná zdravotní pojišťovna).

Zvláštní skupinu tvoří Osoby bez zdanitelných příjmů, které nejsou zaměstnanci ani osobami samostatně výdělečně činnými a ani osobami náležejícími ke skupině subjektů, za které úhradu pojistného provádí stát. Tyto osoby si pojistné hradí samy platbou na účet příslušné zdravotní pojišťovny.

Otázku plateb pojistného osob pojištěných v rámci systému veřejného zdravotního pojištění v České republice upravuje zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Osoba, která je pojištěncem podle zákona o veřejném zdravotním pojištění má následující práva:

- *Právo na výběr zdravotní pojišťovny*
 - v současné době jich na území ČR provádí zdravotní pojištění na základě povolení Ministerstva zdravotnictví celkem 9, smluvní zdravotní pojištění však mohou cizinci uzavřít pouze u Všeobecné zdravotní pojišťovny, která je pro tuto činnost vybavena licencií)
 - Všeobecná zdravotní pojišťovna je založena zákonem č. 551/1991 Sb., (o Všeobecné zdravotní pojišťovně), ostatní zdravotní pojišťovny vznikají jako resortní, oborové či podnikové zdravotní pojišťovny (na základě zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách) na základě povolení Ministerstva zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí.
- *Právo na výběr lékaře*
 - Je garantováno pojištěncům (ze zákona o veřejném zdravotním pojištění)
- *Právo na výběr dopravní zdravotní služby*, z prostředků pojištění je hrazena doprava, v jiných případech vzniká nárok na náhradu cestovních nákladů.
- *Právo na zdravotní péči bez toho, že by poskytoval přímou úhradu* (s výjimkou výkonů, které ze zákona hrazeny z veřejného zdravotního pojištění nejsou, seznam výkonů hrazených z prostředků zdravotního pojištění vydává MZ zvláštním právním předpisem). Zdravotní péče je zpravidla poskytována jak formou ambulantní, tak formou ústavní¹⁶.
Zdravotní pojišťovna také může zabezpečit úhradu zdravotního výkonu či léčby, které jinak nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, je-li prokázáno, že v daném případě jsou jedinou možností zdravotní péče.
Z veřejného zdravotního pojištění se hradí ta péče, která vede (má vést) k zachování anebo zlepšení stavu pacienta/pojištěnce. Hrazená péče zahrnuje jak péči v ambulantním zařízení, tak péči ústavní. Z pojištění je hrazena i pohotovostní a záchranná služba (povinnost zajistit pro pojištěnce na určitém území tyto služby stanoví Ministerstvo zdravotnictví, to také vydává doporučení k postupu při jejich zajišťování, a to i pro cizince. (Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví 611/1 – 200-29.4.97.). Do výčtu druhů poskytované péče je zahrnuta i péče preventivní a dispenzární.

¹⁶Hrazená péče zahrnuje i další typy, jako např. homecare, lázně, závodní péči apod.

- *Právo na výdej léčivých přípravků*, hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Seznam léčivých přípravků, které jsou plně hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění i výši úhrad léčivých látek stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Prostředky zdravotnické techniky se poskytují podle závažnosti případu, úhrada se provádí na základě ceníku prostředků zdravotnické techniky, popř. vynaložení nákladů na jejich pořízení a užití podléhá schválení revizním lékařem.
Úhrada *stomatologických výrobků* se také řídí ceníkem.
- *Určité kontrolní pravomoci, které nastupují v případě*, že vznikla pochybnost o tom, zda péče je poskytována náležitým způsobem.
Na druhé straně zákon ukládá pojištěncům i *určité povinnosti*, související s placením pojistného, poskytnutím náležité součinnosti při léčbě, podrobit se, v případě potřeby, stanoveným preventivním opatřením apod.

3.3.4. Veřejné zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění je prováděno Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a dalšími – resortními, oborovými a podnikovými pojišťovnami. Podle zákona o pojišťovnictví (zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů) je pojišťovněm na základě povolení, které uděluje Ministerstvo financí, umožněno uzavírat **smluvní pojištění** osob, které nejsou pojištěnci podle zákona o veřejném zdravotním pojištění a dále osob, které pojištěnci jsou, a smluvní pojištění si sjednávají jako „připojištění“, pro určité události, zejména pro účely cest (pojištění zajišťující možnost čerpání neodkladné stomatologické péče, pojištění pro těhotné ženy apod.). Na rozdíl od některých ostatních států v České republice není možné uzavřít připojištění na zdravotnické výkony ve smyslu poskytování nadstandardních služeb.

Zdravotní péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních, ve stanovených případech i mimo toto zařízení (např. návštěvní služba praktického lékaře, homecare, v případě nehod kdekoli). Na území České republiky existují jak státní tak nestátní zdravotnická zařízení. Forem zdravotní péče je několik, hlavním rozlišením je péče v ambulantních a nemocničních zařízeních. Mezi zdravotnická zařízení se řadí i odborné léčebné ústavy, lékárny a zvláštní dětská zařízení.

3.4. Právní rámec pro poskytování zdravotní péče cizincům na území ČR na základě úmluv

Zásady poskytování zdravotní péče osobám, které nejsou občany České republiky, vycházejí, jak již bylo výše uvedeno, ze statutu osoby (osoby pobývající na území našeho státu krátkodobě za účelem turistiky, osoby pobývající na našem území krátkodobě na základě uděleného víza do 90 dnů, dlouhodobě na základě víza nad 90 dnů, osoby s trvalým pobytem na našem území, osoby přicházející za zaměstnáním, za účelem poskytnutí azylu, dočasné ochrany, osoby narozené cizincům zdržujícím se na území ČR, osoby bez státní příslušnosti či naopak osoby s dvojitým státním občanstvím apod.).

Jak vyplývá z mezinárodních úmluv, ke kterým Česká republika přistoupila a kterými je vázána, je úkolem státu zajistit rovné zacházení, rovný přístup a kvalitu v otázkách poskytování zdravotní péče osobám, které nejsou nositeli českého státního občanství.

Na území České republiky je zdravotní péče cizincům poskytována bezplatně na základě mezinárodních smluv k uzavření převážné většiny z nich došlo v 60. až 90. letech se státy, jejichž zdravotnický systém nesl prvky centrálního řízení, typického pro socialistické státy. Jsou to například smlouvy mezi Českou republikou a Afghánistánem, Bulharskem, Irákem, Jemenem, Jugoslávií, Kambodžou, Kubou, Kyprem, Libyí, Maďarskem, Marokem, Mosambikem, Polskem, dále dohody se státy bývalého SSSR (s výjimkou států Kazachstánu, Litvy, Lotyšska, Estonska, Uzbekistánu, Běloruska, Ruska a Ukrajiny), Řeckem, Slovinskem, Súdánem, Sýrií, Tuniskem, Velkou Británií a Vietnamem).

Uvedené smlouvy byly uzavřeny buď jako smlouvy s širší působností (smlouvy sociální, upravující i otázky sociálního zabezpečení, resp. otázky poskytování sociálních dávek, uzavírané formou prezidentských smluv) nebo jako smlouvy omezující se na ustanovení o podmínkách poskytování zdravotní péče. Obsahem smluv jsou ustanovení o bezplatném poskytování zdravotní péče, formulované např. „v případě akutního onemocnění bude poskytnuta nezbytná lékařská péče,„ „nezbytné léčení při náhlých onemocněních,„ atd.

Přesná úprava podmínek, za kterých je péče poskytována, jakým způsobem a v jakých případech je součástí prováděcích protokolů připojených ke smlouvám.

V posledních letech dochází k uzavírání moderních bilaterálních smluv vztahujících se nejen k zajištění vzájemného bezplatného poskytování zdravotní péče občanům jednoho státu na území státu druhého, ale i k úpravě řešení otázek v rámci celého systému sociálního zabezpečení (smlouvy mohou obsahovat ustanovení o vzájemném přeúčtování úhrad mezi pojišťovnami).

Dalším typem mezinárodních smluv jsou smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, které umožňují přenos nároku z pojištění do zahraničí (za nutné a neodkladné výkony). Je-li cizinec pojištěncem ve smyslu veřejného či všeobecného zdravotního pojištění, je mu zdravotní péče poskytována bezplatně.

Mezi tyto smlouvy se řadí smlouvy uzavřené s Chorvatskem a Rakouskem. Zvláštní význam má smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi Českou republikou a Slovenskou republikou (uzavřena dne 23. května 2000 v Praze).

V blízké budoucnosti budou uzavřeny další bilaterální smlouvy tohoto typu se Spolkovou republikou Německo, Lucemburskem, Švýcarskem a Itálií.

3.4.1. *Občané Slovenska*

Občanům Slovenské republiky se s platností od 1. 4. 2001 poskytuje nutná a neodkladná zdravotní péče včetně léků a zdravotnických prostředků, očkování, přepravy, dopravy a zdravotnické záchranné služby a je hrazena z prostředků zdravotního pojištění (úhradu provádí příslušná zdravotní pojišťovna, u které je občan Slovenské republiky pojištěn). Pojištěnec si v plné výši hradí náklady vynaložené na léky a zdravotnické prostředky, které byly vydány na lékařský předpis. Po návratu do vlasti je proplatí příslušná pojišťovna – na základě předložených dokladů (které mají účetní povahu, obsahují údaj o odebraném množství a ceně léku popř. zdravotnického prostředku). V případě, že má být poskytnuta péče zvláštní – specializovaná, je nutné kontaktovat příslušnou pojišťovnu slovenského občana, pojišťovna, u které je občan registrován, musí projevit písemný souhlas s poskytnutím péče a s její následnou úhradou. Má-li být slovenskému občanu poskytnuta „jiná péče“, péče vyžádaná, je opět zapotřebí souhlasu jeho registrující slovenské pojišťovny. Souhlas musí být udělen písemnou formou. Pojišťovna tedy „bdí“, nad čerpáním adekvátní péče, ke kontrole jí slouží pravomoc ověřovat si, zda rozsah poskytnuté péče odpovídá oprávnění (vyplývajícímu ze smlouvy) a zda je vyúčtovaná částka v souladu s rozsahem poskytnuté péče. Konkrétní údaje, uvádějící především výklad toho, co se považuje za neodkladnou a nutnou péči pro účely provádění smlouvy, specifikaci a provádění úhrad za poskytnutou péči, stanoví Správní ujednání mezi Ministerstvem zdravotnictví České republiky a Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky. Tyto dvě instituce také mají výlučné právo vykládat ustanovení smlouvy, o jejichž aplikaci by bylo sporu.

3.4.2. *Občané Rakouska*

Občanům Rakouska je zdravotní péče poskytována na území České republiky také v souladu s bilaterální Smlouvou o sociálním zabezpečení mezi ČR a Rakouskou republikou, která již zahrnuje hlavní koordinační pravidla Evropské unie. Smlouva byla ratifikována a vstoupila v platnost dnem 1.7. 2001. Upravuje otázky nemocenského, důchodového i úrazového pojištění občanů. Hlavním principem, zakotveným ve Smlouvě, je požadavek rovného zacházení – tedy poskytování nutné a neodkladné zdravotní péče rakouským občanům na stejné úrovni a ve stejném rozsahu jako občanům ČR, včetně zachování rozsahu spoluúčasti pacienta, např. na úhradě léčiv apod., je smlouvou zakotveno také sčítání pojistných dob.

Druhým prvkem Smlouvy je určení nositele nároku na úhradu za poskytnutou péči. Každému rakouskému občanu je dána možnost výběru zdravotní pojišťovny, popř. je mu přidělena zdravotní pojišťovna, která zajistí konečné vyúčtování úhrady zdravotnických služeb s pojišťovnou, u které je rakouský občan zdravotně pojištěn mimo území ČR.

Rakouský občan - pojištěnec je oprávněn čerpat péči v nezbytném rozsahu, pro případ potřeby čerpání péče nad rámec neodkladných výkonů, uvádí smlouva možnost uzavření dohody se zdravotní pojišťovnou o jejich proplacení .

Výhody plynoucí ze smlouvy s Rakouskem se vztahují v akutních případech i na rodinu rakouského pojištěnce (rodinných příslušníků a příbuzných, kteří pobývají na území ČR např. za účelem návštěvy).

3.4.3. Občané Chorvatska

Smlouva mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení, která byla uzavřena dne 22. ledna 1999, nahradila pro Chorvatsko dosud platnou smlouvu uzavřenou mezi ČR a Federativní lidovou republikou Jugoslávií o sociálním pojištění. Smlouva zabezpečuje aplikaci stejných pravidel vůči občanům Chorvatska jako k českým občanům.

Pro bilaterální smlouvy je typické, že obsahují ustanovení o rovnosti nakládání s cizími státními příslušníky jako s vlastními občany a možnost aplikace jediného zákonodárství příslušné pro daný případ (zákony buď jednoho nebo druhého státu).

3.5. Postavení skupin cizinců v systému poskytování zdravotní péče na území České republiky (podle statutu, délky a účelu pobytu)

Komplexní úpravu postavení cizinců během pobytu na území České republiky obsahuje zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů spolu se zákonem č. 325/1999 Sb., o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii.

Právní úprava týkající se pobytu cizinců na našem území a jejich zabezpečení prošla po roce 1989 podstatnými změnami.

V první řadě byl v souvislosti s otevřením hranic České republiky a s počínajícím nárůstem migrace přijat *zákon o uprchlících* (zákon č. 498/1990 Sb., ve znění pozdějších předpisů), který vycházel z Úmluvy o právním postavení uprchlíků a Protokolu (později byla kritizována nedostatečnost provedení některých ustanovení Úmluvy), a který i později prováděl ustanovení Čl. 43 Listiny základních práv a svobod:

„Česká republika poskytuje azyl cizincům pronásledovaným za uplatnění politických práv a svobod. Azyl může být odepřen tomu, kdo jednal v rozporu se základními lidskými právy a svobodami,,.

Zákon definoval postavení uprchlíka, podmínky přiznání takového postavení a otázky sociálního zajištění žadatelů o přiznání statutu uprchlíka a uprchlíků. Byla m.j. stanovena povinnost žadatele o

příznání postavení uprchlíka podrobit se lékařským prohlídkám, karanténním opatřením či obdobným ze zdravotního hlediska potřebným opatřením. Po dobu pobytu v uprchlickém táboře byl žadatel oprávněn čerpat bezplatně nezbytnou lékařskou péči (na základě průkazu totožnosti, který vydalo Ministerstvo vnitra). Novelou č. 150/1996 Sb., bylo do zákona vloženo ustanovení, které mělo podstatný význam v oblasti poskytování zdravotní péče výše uvedeným osobám, a sice, že na uprchlíka je pro účely zdravotního a sociálního pojištění pohlíženo jako na cizince s povoleným trvalým pobytem.

Spolu se zákonem o uprchlících obsahoval regulaci práv a povinností jiných osob, než občanů našeho státu (tehdy České a Slovenské federativní republiky) *zákon o pobytu cizinců* (zákon č. 123/1992 Sb., o pobytu cizinců na území ČSFR, ve znění pozdějších předpisů). Tento zákon charakterizoval tři typy pobytu cizinců na našem území jako pobyt krátkodobý (na dobu nejdéle 180 dnů), pobyt dlouhodobý (udělován na dobu nad 180 dnů, nejdéle však na 1 rok), jehož udělení bylo vázáno na podmínku splnění určitého účelu a pobyt trvalý (udělován na dobu až 5-ti let).

Zmíněná právní úprava se však časem projevila jako nedostatečná – v souvislosti s naléhavou potřebou regulovat stále narůstající migraci. Po zpřísnění pravidel pro pobyt cizinců na našem území volala také skutečnost, že narůstal i počet nelegálně se pohybujících osob v České republice. Dosavadní platná úprava nebyla natolik účinná, aby zabránila vstupu nežádoucím cizincům do ČR a na druhé straně ani nedokázala dost dobře zajistit v praxi ochranu těm cizincům, kteří již na našem území žili. Neopomenutelným důvodem pro změnu právního předpisu byl i požadavek přiblížit se normám Evropské unie.

V roce 1999 se proto přistoupilo ke komplexnímu řešení problematiky pobytu cizinců v České republice. Byly předloženy dva vládní návrhy – zákona o azylu a zákona o pobytu cizinců.

Zákonem o azylu (byl schválen a posléze publikován pod číslem 325/1999 Sb., jako zákon o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky), který nabyl účinnosti dnem 1.1. 2000, byl zrušen zákon o uprchlících. Z velké části zde byly promítnuty normy Evropských společenství a v neposlední řadě bylo vyhověno těm ustanovením Úmluvy o právním postavení uprchlíků, která dosud nijak nebyla v našem právním řádu odražena. Zákon obsahuje základní vymezení právního statutu cizince žádajícího v České republice o azyl, právní postavení a zajištění cizince během řízení o udělení azylu, zároveň stanoví důvody, pro které může být azyl udělen. Azylanti jsou oprávněni k trvalému pobytu na našem území po dobu platnosti rozhodnutí o udělení azylu.

Zákon vymezuje vztah Ministerstva vnitra České republiky a *Úřadu vysokého komisaře Organizace spojených národů pro uprchlíky (UNHCR)*, resp. jeho pověřených zástupců, zejména otázku poskytování informací (na základě Úmluvy o právním postavení uprchlíků). UNHCR je průběžně informován o počtu zahájených řízení o udělení azylu na našem území, má právo nahlížet do

spisu, být přítomen pohovoru a ústnímu jednání. Pro účastníka řízení je stanoveno právo být ve styku s Úřadem vysokého komisaře po dobu celého řízení o udělení azylu.

Z hlediska poskytování zdravotní péče osobám, na které se vztahuje zákon o azylu je podstatné ustanovení zajištění rozsahu a úhrady poskytnuté péče a ustanovení o povinnostech podrobit se potřebným vyšetřením v zájmu ochrany veřejného zdraví.

V tomto roce byl předložen návrh novely tohoto zákona, která by měla upřesnit některá ustanovení týkající se řízení o udělení azylu, zejména by měla rozšířit výčet míst, na kterých lze požádat o udělení azylu – například o věznice a zajišťovací zařízení, rozšířit důvody, pro které lze žádost zamítnout jako zjevně neodůvodněnou, dále upřesňuje otázky pobytu a hlášení k pobytu v pobytových střediscích.

Podobně jako zákon o uprchlících, také právní úprava pobytu cizinců z roku 1992 byla nahrazena novou právní úpravou. V roce 1999 byl přijat zákon o pobytu cizinců na území České republiky, který znamenal celkové zpřísnění podmínek, které byly v souladu s ustanoveními Smlouvy o založení Evropských společenství, Smlouvy o Evropské unii a Schengenských dohod. Regulace práva vztahujícího se k pobytu cizinců byla ovšem natolik tvrdá, že vláda České republiky uložila svým usnesením č. 747/2000 krátce poté, co zákon nabyl účinnosti, zákon novelizovat. Novela č. 140/2001 (zákon, kterým se mění zákon o pobytu cizinců na našem území a o změně některých souvisejících zákonů), se dotkla podmínek zajištění zdravotního pojištění a následné úhrady péče v tom smyslu, že zrušila povinnost předložení dokladu o uzavřeném zdravotním pojištění cizince k žádosti o udělení víza do 90 a nad 90 dnů. Důvodem pro tuto změnu byl údajně nárůst administrativních nákladů v souvislosti s prokazováním platnosti a existence zdravotního pojištění. V dalším bodě se dotkla otázky zdravotního pojištění dětí cizinců narozených na území České republiky. Cizinec nyní může zažádat po narození dítěte o udělení víza, k této žádosti přikládá i doklad o zdravotním pojištění po dobu pobytu na území nebo připojuje čestné prohlášení, že uhradí náklady vynaložené na zdravotní péči o dítě. Dále novela vypustila povinnost předložení dokladu o zdravotním pojištění pro účely určení přechodného pobytu na našem území. V přechodných ustanoveních novela uvádí, že náklady vynaložené na péči o dítě poskytnutou mezi 1.1. 2000 a 1.7. 2001 uhradí (v souladu s Úmluvou o právech dítěte a úmluvami o základních lidských právech a svobodách) Ministerstvo zdravotnictví ze zvláštního účtu za podmínek, že rodiče narozeného dítěte mají na našem území trvalý pobyt a za podmínek, že novorozenec nebyl zdravotně pojištěn.

Na základě nového zákona o pobytu cizinců se rozlišují pouze dva typy pobytu cizince na našem území, a to pobyt **přechodný a dlouhodobý**. Přechodně pobývat na území ČR může cizinec bez víza nebo na základě víza (krátkodobého – tj. výjezdní, průjezdní, letištní vízum a vízum k pobytu do 90 dnů nebo dlouhodobého, - tj. opravňujícího cizince k pobytu nad 90 dnů či k pobytu za účelem dočasné ochrany anebo za účelem strpění pobytu). Podle typu pobytu se také posuzuje cizinec pro

účely zdravotního pojištění, které je na našem území žádoucí a jeho uzavření by mělo být pro cizince povinné.

Při aplikaci zákona o pobytu cizinců platí přednost ustanovení ratifikovaných a vyhlášených mezinárodních smluv před ustanoveními zákona.

V souvislosti s úpravou pobytu cizinců je třeba zmínit ještě právní předpisy, dotýkající se pobytu cizinců za účelem studia, výkonu zaměstnání nebo podnikání.

Studijní pobyty studentů, popř. starších osob pobývajících na území České republiky za účelem dalšího vzdělávání – stážistů jsou zpravidla upraveny mezinárodními dohodami mezi státy (o výměně studentů, stážistů apod.), které mohou obsahovat ustanovení upravující sociální zabezpečení těchto osob. Například Úmluva s Maďarskem o výměně stážistů s trvalým pobytem na území ČR a Maďarské republiky, která obsahuje v otázce zajištění zdravotní péče přímý odkaz na již dříve uzavřenou dohodu mezi ČR a Maďarskem o podmínkách poskytování zdravotní péče svým občanům.

V minulých letech byl zaznamenán nárůst počtu osob, jejichž hlavním účelem pobytu na našem území je *výkon zaměstnání*. Jelikož je očekáván nárůst pohybu pracovních sil i v následujících letech, zejména v souvislosti se vstupem do Evropské unie, byl v tomto směru *novelizován i zákon o zaměstnanosti* (zákon č. 1/1991 Sb.), který upravuje práva a povinnosti osob zaměstnávajících občany, cizince nebo osoby bez státní příslušnosti v souladu s pracovněprávními předpisy – zákoníkem práce, pracovní činností vykonávanou pro organizační složky zahraničních právnických osob, pro fyzické osoby oprávněné k podnikání na území České republiky, na základě oprávnění podle zvláštního právního předpisu – obchodního zákoníku.

Novela zákona, která nabyla účinnosti dnem 1.6. 1999, staví *na roveň občany, cizince i osoby bez státní příslušnosti, kteří mají povolení k zaměstnání a povolení k pobytu* na území České republiky, uvádí podmínky pro vydávání povolení úřady práce (s ohledem na situaci na trhu práce se uděluje na dobu maximálně jednoho roku), jsou uvedeny podmínky a lhůty, které musí být splněny, aby mohlo být zmíněným osobám uděleno povolení nové. Zákon stanoví okruh osob, po kterých povolení k zaměstnání není vyžadováno (rodinní příslušníci pracovníků diplomatické mise, konzulárního úřadu, mezinárodních vládních organizací na území ČR, u osob, které vykonávají specifická povolání – umělci, vědečtí pracovníci apod.)

Česká republika uzavírá i mezistátní dohody o výměně pracovníků (např. Dohoda mezi vládou České republiky a vládou Ruské federace o přechodném zaměstnávání občanů České republiky a Ruské federace – je zde stanovena podmínka, že pracovníci musí být zdravotně způsobilí k nabídnuté práci a musí mít k tomuto účelu odpovídající lékařské potvrzení; otázky sociálního zajištění jsou upraveny dvoustrannou dohodou, na kterou je učiněn odkaz).

Další významnou oblastí úpravy je postup při *ochraně veřejného zdraví*. Z mezinárodních smluv vyplývá, že cizinec má povinnost respektovat zákony a ostatní právní předpisy země, ve které pobývá, musí plnit povinnosti, které mu tyto předpisy ukládají, má povinnost ničím nerušit a chránit veřejný pořádek.

Do této oblasti spadají předpisy o ochraně veřejného zdraví. V České republice je stěžejní normou *zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví* a o změně některých souvisejících předpisů. Zmíněný zákon je obecnou normou upravující ochranu a podporu veřejného zdraví, otázky hodnocení rizik a opatření k zamezení následků působení nežádoucích vlivů. Jsou stanoveny zásady péče o životní a pracovní podmínky (požadavky na výkon některých činností, při kterém může dojít k ohrožení osob a veřejného zdraví, základní opatření k zamezení působení hluku a vibrací, stanoví se zásady ochrany zdraví při práci). Důležitým ustanovením je zavedení zákonné povinnosti osob hlášených k trvalému pobytu na území České republiky a cizinců, kteří mají na území ČR dlouhodobý pobyt, podrobit se ve stanovených případech a ve stanoveném čase očkování.

K provedení zákona o ochraně veřejného zdraví byly vydány další předpisy, dotýkající se i cizinců pobývajících na našem území. Jsou to především nařízení vlády č. 502/2000 Sb., o ochraně zdraví před nepříznivými účinky vibrací, dále vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 439/2000 Sb., o očkování proti infekčním nemocem (upravující podmínky provádění očkování a podmínky pro zařazení na pracoviště, kde lze důvodně očekávat riziko nákazy), vyhláška č. 440/2000 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

Ještě před přijetím zákona o ochraně veřejného zdraví byla vydána prováděcí vyhláška č. 60/1997 Sb., k zákonu o veřejném zdravotním pojištění, která stanoví nemoci, u nichž je vyžadována dispenzární péče.

Ke zmíněnému zákonu se váže i vyhláška č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek.

Poslední skupinou předpisů, kterou je třeba na tomto místě zmínit a která se v důsledku migrace (zejména migrace za účelem zaměstnání) vztahuje i na cizince, jsou předpisy vztahující se k posuzování nemocí z povolání. Ministerstvo zdravotnictví na základě zmocnění ze zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, vydalo vyhlášku č. 342/1997, kterou se stanoví postup při uznávání nemocí z povolání a vydává se seznam zdravotnických zařízení, která tyto nemoci uznávají.

Tabulka č. 1: Chronologický přehled právních předpisů (dle data, kdy nabyly účinnosti) souvisejících s úpravou poskytování zdravotní péče cizincům na území České republiky

Rok	Vydaný právní předpis
1991	Zákon č. 498/1990 Sb., o uprchlících (nabyl účinnosti dnem 1.1.1991)
1993	Zákon č. 123/1992 Sb., o pobytu cizinců (1.10.1992)
1996	Novela zákona o pobytu cizinců č. 150/1996 Sb., (31.5. 1996)
1997	Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (1.4. 1997)
1999	Novela zákona č. 1/1991 Sb., o zaměstnanosti upřesňující podmínky zaměstnávání cizinců na území ČR (1.6. 1999) Zákon č. 325/1999 Sb., o azylu (1.1. 2000)
2000	Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR (1.1. 2000)
2001	Novela zákona o pobytu cizinců č. 140/2001 (1.7. 2001)

3.5.1. Osoby pobývající na našem území za účelem turistiky

- přijíždí zpravidla pojištění, v případě, že pojištění nejsou, bude jim v případě naléhavosti poskytnuta nezbytná a neodkladná péče.
- Zákon o pobytu cizinců zavádí povinnost cizince při hraniční kontrole při překročení státní hranice na vyžádání policie předložit doklad o zdravotním pojištění (ze kterého mohou být uhrazeny výdaje na ošetření v případě úrazu nebo náhlého onemocnění, včetně nákladů spojených s převozem zemřelého).
- Doklad o zdravotním pojištění je cizinec povinen předložit i v případě, kdy pojištění podle zvláštního právního předpisu nebude zajištěno při vstupu na území státu. Takovým dokladem je písemné potvrzení smluvního vztahu pojištěnce po dobu pobytu na našem území.

3.5.2. Osoby s trvalým pobytem na našem území

- trvalý pobyt cizinců je založen na základě povolení k pobytu či svěřeni cizince do náhradní výchovy nebo na základě rozhodnutí příslušného orgánu (při splnění zákonných podmínek se uděluje po osmi, popřípadě deseti letech pobytu na území ČR)
- pro osoby s trvalým pobytem platí povinnost podrobit se povinnému očkování stanoveného druhu ve stanovené termíny (podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví), podmínky stanoví Ministerstvo zdravotnictví prováděcím předpisem
 - **osoby činné pro zaměstnavatele se sídlem/trvalým pobytem na území ČR**
 - pojistné za zaměstnance odvádí zaměstnavatel
 - pojištění je vázáno na účast na nemocenském pojištění (trvá po dobu existence zaměstnaneckého vztahu, proto také zpravidla zaniká s ukončením tohoto vztahu)
 - **azylanti (osoby, kterým byl udělen azyl)**
 - ze zákona mají stanovenou účast na veřejném zdravotním pojištění, nebo je tak na ně pohlíženo na základě zvláštního předpisu
 - pojištěnci jsou vedeni v registru pojištěnců pod identifikačními čísly

- zdravotní péče je jim poskytována bezplatně (za podmínek stanovených zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů)
- **osoby, které jsou účastníky řízení o udělení azylu**, (kterým bylo uděleno vízum za účelem řízení o udělení azylu (podle zákona č. 325/1999 Sb., o azylu)
 - pro účastníky řízení o udělení azylu a osoby, kterým bylo uděleno vízum za účelem strpění pobytu se použije zákon o veřejném zdravotním pojištění (zákon č. 48/1997 Sb., v návaznosti na zákon č. 325/1999 Sb., o azylu), práva a povinnosti v rámci čerpání zdravotní péče mají tyto osoby stejné jako občané České republiky, úhradu pojistného však za ně provádí Správa uprchlických zařízení Ministerstva vnitra České republiky. Jedná se o péči v souvislosti s úrazem nebo onemocněním, narozením dítěte, nařízenou karanténou nebo dalším opatřením, které bylo učiněno za účelem ochrany veřejného zdraví.
- **osoby, kterým bylo uděleno vízum za účelem strpění pobytu**, podle zákona o azylu, vízum je udělováno na základě předložení dokladu o tom, že byla podána žaloba proti rozhodnutí o neudělení azylu nebo zastavení řízení o azylu, toto vízum lze na žádost prodloužit, a to i opakovaně (platí vždy na dobu jednoho roku)
 - těmto osobám je poskytována zdravotní péče v souvislosti s úrazem nebo onemocněním, narozením dítěte, nařízenou karanténou nebo jiným opatřením v souvislosti s ochranou veřejného zdraví, náklady vynaložené na takovou péči jsou hrazeny z prostředků Ministerstva vnitra

3.5.3. Osoby, kterým bylo uděleno vízum za účelem poskytnutí dočasné ochrany a cizinci po dobu zajištění za účelem správního vyhoštění

- těmto osobám se poskytuje zdravotní péče v souvislosti s úrazem nebo náhlým onemocněním, nařízenou karanténou nebo jiným opatřením v souvislosti s ochranou veřejného zdraví
- náklady na poskytnutou péči jsou hrazeny z prostředků státního rozpočtu prostřednictvím Ministerstva vnitra (z kapitoly Všeobecná pokladní správa)

3.5.4. Cizinci, kteří nejsou účastní veřejného zdravotního pojištění

- mohou být účastní **dlohodobého smluvního pojištění** (osoby, které nesplňují podmínky pro účast na veřejném zdravotním pojištění a nemají nárok na poskytnutí bezplatné zdravotní péče na základě dvoustranných mezinárodních úmluv)
- mají na území ČR povolen dlouhodobý pobyt
- Všeobecné smluvní podmínky pro smluvní pojištění osob s dlouhodobým pobytem schvaluje Ministerstvo financí
- čerpají péči ve smluvních zařízeních VZP, dle adresáře, který dává VZP k dispozici na svých okresních pobočkách
- pojištění je podmíněno vstupní prohlídkou a pojišťovna může odmítnout pojistit osobu, která se dle vyšetření jeví jako příliš riziková
- mezi pojistné události se řadí úrazy, onemocnění nebo zhoršení zdravotního stavu vyžadující zdravotní péči, k němuž došlo během pobytu na území ČR a v době platnosti pojistné smlouvy
- z dlouhodobého smluvního pojištění nelze hradit určité druhy péče (např. péče stomatologická může být hrazena jen z prostředků připojištění)

- zahrnuje úhradu nákladů za poskytnutou zdravotní péči diagnostickou a léčebnou, jak ambulantní, tak nemocniční, úhradu dopravy do zdravotnického zařízení, úhradu léků a prostředků zdravotnické techniky (vše v souladu se Všeobecnými pojistnými podmínkami).
- VZP vlastní jako jediná zdravotní pojišťovna licenci udělenou na základě zákona č. 363/1999 Sb., k provádění dlouhodobého smluvního pojištění; VZP také vypracovává a uzavírá smlouvy se zdravotnickými zařízeními, do jejichž péče se mohou cizinci svěřit

3.5.5. Osoby pobývající na našem území krátkodobě

- uzavírají zpravidla **krátkodobé smluvní pojištění** (na dobu max. 365 dnů), jež zahrnuje náklady na nutné a neodkladné léčení, kterému se cizinec podrobil v důsledku úrazu či náhlého onemocnění vzniklého během pobytu na území České republiky (popř. pokrývá náklady na repatriaci, či převoz ostatků pojištěnce). Provedené výkony v rámci zdravotní péče hradí zdravotnickým zařízením pojišťovna na základě vyúčtování podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

3.5.6. Osoba, která učinila pozvání

- se zavazuje uhradit náklady vynaložené na zdravotní péči o pozvaného cizince po dobu jeho pobytu na území až do jeho vycestování, též i náklady spojené s převozem nemocného nebo ostatků zemřelého (v souladu se zákonem o pobytu cizinců)

3.5.7. Zahraniční studenti

- zahraničním studentům, kteří byli přijati na střední nebo vysoké školy na náklady našeho státu, se poskytuje zdravotní péče ve stejném rozsahu a za stejných podmínek jako českým studentům; v případě, že je zjištěna u studenta choroba, která může být překážkou pokračování ve studiu, je studentovi poskytnuta nezbytná nutná péče, k péči dlouhodobé je obvykle předán zpět domovskému státu
- studenti, kteří přijeli studovat do České republiky na vlastní náklady, si hradí péči z vlastních prostředků anebo z prostředků na základě uzavřeného smluvního zdravotního pojištění, v případě, že takové pojištění student neuzavřel a pochází ze státu, se kterým má ČR uzavřenou dohodu o poskytování péče, je mu poskytnuta péče v rozsahu určeném smlouvou
- výše uvedená pravidla se nevztahují na studenty ze Slovenské republiky

3.5.8. Děti cizinců narozené na území ČR

Pro **děti cizinců** narozené na území ČR platí, že mají vždy stejný druh pobytu jako rodič/zákonný zástupce – tato úprava platí po novele zákona o pobytu cizinců. (V období mezi 1.1. 2000 – 30.6. 2001 byl udělován dětem narozeným cizincům na území České republiky trvalý pobyt za účelem sloučení rodiny).

V souvislosti s narozením dětí cizinců na našem území, kterým byl udělen dlouhodobý pobyt za účelem zaměstnání platí dosud nepříznivá právní úprava: rodiče po narození dítěte musí pro dítě zažádat o vízum nebo o povolení k pobytu. K žádosti se přikládá doklad o zdravotním pojištění po dobu pobytu na území nebo čestné prohlášení, že rodič/zákonný zástupce uhradí náklady spojené

s poskytnutím zdravotní péče dítěti. Dalším krokem je uzavření dlouhodobého smluvního pojištění na základě posouzení stavu dítěte zdravotní pojišťovnou.

V souvislosti s naléhavou potřebou řešit otázku zdravotního pojištění dětí cizinců pobývajících na území ČR, přijala vláda dne 6. června 2001 usnesení č. 546, ve kterém se vyjádřila k návrhu Rady vlády České republiky pro lidská práva na změnu úpravy zdravotního pojištění dětí cizinců, které pobývají na území České republiky na základě dlouhodobého víza.

Důvodem pro vznesení tohoto návrhu byla skutečnost, že děti cizinců jsou pojištěny ze zákona na základě trvalého pobytu, ten ovšem nebývá dětem cizinců udělován často a již vůbec ne automaticky. Proto ve většině případů nastupuje pouze možnost uzavření smluvního zdravotního pojištění, které je nákladné. Dlouhodobé smluvní pojištění s sebou přináší i jisté nevýhody, na které již bylo poukázáno dříve – určité druhy péče (zejména péče poskytovaná osobám s vrozenou vadou, některým chronickým onemocněním, cukrovkou léčenou inzulinem apod.) se z prostředků tohoto pojištění nehradí.

Dalším důvodem se stalo přijetí Úmluvy o právech dítěte, kde jsou obzvláště zdůrazněna práva osob, které vyžadují zvláštní pozornost a péči (děti duševně a tělesně postižené). Státy, které ke smlouvě přistoupily (mezi něž patří i Česká republika) se zavázaly zajistit dětem zabezpečení jejich práva na přístup ke zdravotnickým službám, vedoucím k docílení co nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu, jakož i práva na využívání potřebných léčebných a rehabilitačních zařízení.

V současné době je připravován Ministerstvem zdravotnictví návrh věcného záměru zákona o dětech cizinců narozených na území České republiky, které pobývají na území ČR na základě dlouhodobého víza.

V rámci tohoto návrhu se uvažuje o vytvoření zvláštního typu povinného zákonného komerčního pojištění.

V této souvislosti je třeba připomenout podmínky, za kterých narozené dítě nabývá státního občanství ČR a tudíž se na něj výše uvedená povinnost pojištění nebude vztahovat.

V prvé řadě, je-li alespoň jeden rodič státním občanem České republiky nebo jsou-li rodiče osobami bez státního občanství, alespoň jeden z nich má trvalý pobyt na území ČR a dítě se na jejím území narodí.

Je-li matka cizí státní občankou nebo osobou bez státní příslušnosti a otec je státním občanem České republiky, dítě nabývá státní občanství ČR určením otcovství (suhlasným prohlášením rodičů či rozhodnutím soudu o určení otcovství).

Dále se stává občanem ČR:

- Fyzická osoba mladší 15 let, nalezená na území ČR, pokud se neprokáže, že narozením nabyla občanství jiného státu.
- Prohlášením (v souvislosti se zánikem ČSFR)
- Udělením na žádost při splnění zákonem stanovených podmínek. (podmínkou je povolený pobyt v České republice po dobu nejméně pěti let, pozbytí státního občanství – u osob s přiznaným postavením uprchlíka nebo u osob bez státního občanství je podmínkou trestní bezúhonnost po dobu pěti let, znalost českého jazyka).

Státním občanem ČR je také ta osoba, která měla ke dni 31. prosince 1992 státní občanství České a Slovenské Federativní republiky a která nabyla volbou občanství Slovenské republiky v době od 1. ledna 1993 do 31. prosince 1993 (pokud se neprokáže, že státní občanství pozbyla po provedení volby občanství SR). Podmínky stanoví zákon č. 40/1993 Sb., o nabývání a pozbývání státního občanství České republiky.

Ve zvláštním ustanovení o občanství některých bývalých československých státních občanů (zákon č. 193/1999 Sb.) bylo stanoveno přechodné období od 25. února 1948 do 28. března 1990, jestliže v něm došlo k propuštění občana ze státního svazku nebo v souvislosti s nabytím občanství jiného státu, s nímž Česká republika měla uzavřenou smlouvu o zamezení nabytí dvojího občanství, může tato osoba nabyt zpět občanství České republiky. Platí i pro občana České a Slovenské socialistické republiky, který se stal ke dni 1. ledna 1969 státním občanem Slovenské socialistické republiky, jakož i pro občana Slovenské socialistické republiky, který toto občanství pozbyl propuštěním ze státního svazku nebo naturalizací ve Spojených státech amerických v době přechodného období za podmínky, že rodiče měli nebo by měli ke dni 1. ledna 1969 státní občanství ČSSR nebo v době odchodu měl trvalý pobyt na území ČSSR.

3.5.9. Osoby, které jsou zaměstnanci zastupitelských úřadů

- na tyto osoby se výslovně nevztahuje zákon o veřejném zdravotním pojištění, nejsou tedy pojištěni z hlediska veřejného zdravotního pojištění
- podmínky poskytování zdravotní péče těmto osobám bývají většinou upraveny v rámci bilaterálních mezinárodních smluv o poskytování zdravotní péče (zdravotních dohod), nebo na základě verbální nóty uzavřené v souvislosti s přijetím mezinárodní smlouvy
- například podle Úmluvy s Polskou republikou, bod péče o polské občany – pracovníky zastupitelských úřadů a konzulárního úřadu Polské republiky, platí i pro rodinné příslušníky těchto osob: mají nárok na zdravotní péči ve stejném rozsahu a za stejných podmínek jako občané ČR. Poskytnutou péči hradí příslušnému zdravotnickému zařízení Ministerstvo zdravotnictví

3.5.10. Osoby – cizinci s exkluzivním pojištěním uzavřeným v zahraničí (mezinárodní pojištění)

- cizinec přijíždí do České republiky, anebo za pobytu na našem území si zřizuje zahraniční pojištění s mezinárodní platností
- pojištění se liší svým rozsahem krytí výloh poskytnutých na zdravotní péči a souvisejících se zdravotní péčí

3.5.11. Cizinci bez zdravotního pojištění

- bez přímé úhrady mohou být tyto osoby ošetřeny pouze v případě, byla-li s jejich domovským státem uzavřena bilaterální smlouva o bezplatném poskytování zdravotní péče v neodkladných případech
- úhrada je prováděna ze zvláštního fondu spravovaného Ministerstvem zdravotnictví, péče není vykazována pojišťovně
- v případě, že neexistuje taková dvoustranná smlouva mezi státy, hradí si zdravotní péči sám cizinec, popřípadě ji hradí jeho zahraniční pojišťovna
- předmětem úhrady je vždy smluvní cena za provedený výkon

3.5.12. Cizinci pocházející ze zemí, se kterými nebyla uzavřena dohoda o bezplatně poskytované zdravotní péči

- těmto osobám je poskytována neodkladná péče, v jiných případech jsou povinny si zdravotní péči hradit samy nebo úhradu provádí zahraniční pojišťovna, jsou-li jejími pojištěnci
- úhrada je prováděna na základě smluvních cen mezi zdravotnickým zařízením a pacientem

3.5.13. Cizinci, kteří se nacházejí na našem území ve výkonu trestu, v policejních celách, popř. cizinci čekající na vyhoštění z České republiky

- těmto osobám je poskytována péče, která vede k udržení anebo zlepšení zdravotního stavu
- péče za cizince v policejních celách je hrazena z prostředků Ministerstva zdravotnictví
- úhrada za poskytnutou péči se provádí bez ohledu na uzavřené mezinárodní dohody

3.6. Kompetence subjektů podílejících se na zajišťování zdravotní péče o cizince na našem území

Kompetence ministerstev a dalších ústředních orgánů státní správy navazující na poskytování zdravotní péče cizincům vychází ze zákona č. 2/1969 Sb. o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy a z pověření ve zvláštních právních předpisech.

3.6.1. Ministerstvo vnitra České republiky

- spravuje agendu pobytu cizinců (osob s jiným než českým státním občanstvím, osob bez státní příslušnosti, osob v postavení uprchlíka, osob, které jsou účastníky řízení o udělení azylu na našem území, osob, které jsou azylanty).
- Odbor azylové a migrační politiky vede Správu uprchlických zařízení

3.6.2. Ministerstvo financí

- prostřednictvím státního rozpočtu a jeho kapitol zabezpečuje financování zdravotnictví a sociálního zabezpečení v působnosti státu a územních samosprávných celků
- ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví provádí kontrolu zdravotního pojištění
- provádí normotvornou a metodickou činnost a činnost koncepční na úseku hospodaření zdravotních pojišťoven
- podílí se na tvorbě koncepcí v oblasti zdravotnictví
- uděluje licence k provádění smluvního pojištění na základě zákona 363/1999 Sb.

3.6.3. Ministerstvo práce a sociálních věcí

- koordinuje činnost meziresortního orgánu pro potírání nelegálního zaměstnávání cizinců v České republice (vytvořeného na základě usnesení vlády České republiky č. 1044/2000)
- je kompetentním orgánem na poli pracovněprávních vztahů, otázek bezpečnosti práce, zaměstnanosti, nemocenského pojištění

3.6.4. Ministerstvo zahraničních věcí

- vykonává správu ve věcech povolování pobytu na území České republiky cizincům, kteří požívají diplomatických výsad a imunit
- vykonává státní správu ve věcech udělování víz (na základě zmocnění ze zákona o pobytu cizinců)

3.6.5. Ministerstvo průmyslu a obchodu

- upravuje podmínky podnikání cizinců na našem území

3.6.7. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

- zajišťuje podmínky pro výměny studentů, zajišťuje podmínky stipendijních pobytů

Ministerstvo zdravotnictví

- provádí normotvornou činnost v oblasti zajištění zdravotní péče (tedy i zdravotní péče poskytované cizincům), připravuje a vydává prováděcí předpisy, metodické pokyny, dbá na ochranu veřejného zdraví
- sjednává bilaterální mezinárodní úmluvy o bezplatném poskytování zdravotní péče občanům cizích států na území ČR
- provádí kontrolu zdravotních pojišťoven
- zajišťuje informovanost zdravotnických zařízení o úhradách na základě uzavřených mezinárodních smluv (prostřednictvím písemného oznámení obecním zdravotním radům, kteří dále informují jednotlivá zdravotnická zařízení)
- vede statistiku „Roční výkaz o čerpání zdravotní péče cizinci,“ (na základě zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě v návaznosti na Program statistických zjišťování č. 45/2000, ve znění pozdějších změn)

3.6.8. Další subjekty

1. Český statistický úřad
2. Zdravotnická zařízení (státní, nestátní)
3. Zdravotní pojišťovny (VZP)
 - provádějí zdravotní pojištění
 - vydávají Všeobecné pojistné podmínky
4. Další státní subjekty (správní úřady)
 - úřady práce
 - živnostenské úřady
 - oddělení cizinecké policie, pracoviště odborů cizinecké policie a pohraniční policie správ Policie České republiky krajů, odboru cizinecké policie Správy Policie České republiky hl. m. Prahy
5. Nestátní subjekty / nevládní organizace
 - Český helsinský výbor
 - Organizace pro pomoc uprchlíkům
 - Sdružení občanů zabývajících se emigranty
 - Česká katolická charita
 - Diakonie
 - Poradna pro integraci
 - UNHCR
 - Mezinárodní organizace pro migraci

3.7. Problémy vyskytující se při poskytování zdravotní péče cizincům, které vyžadují řešení:

- české právní předpisy vztahující se na oblast poskytování zdravotní péče nebyly dosud přizpůsobeny některým prezidentským dohodám
- povinnost předkládat na vyžádání doklady o pojištění při vstupu na území ČR – toto opatření se jeví jako neúčinné, neboť dochází k častému falšování těchto dokladů
- nemožnost přesného vymezení toho, co je neodkladnou či nezbytnou péčí v konkrétním případě (určení rozsahu nezbytné péče)
- anonymní porody cizinek, s ohledem na fakt, že péče poskytnutá v přímé souvislosti s porodem může být považována za neodkladnou péči, náklady na následnou péči o matku a novorozence – zejména, nastanou-li komplikace, však zůstávají často neuhrazeny
- nelegální pobyty cizinců na našem území
- pobyt cizinců, kteří nejsou zdravotně pojištěni
- exkluzivní pojištění cizinců se často, ačkoliv mu je přiznána mezinárodní platnost, nevztahuje na péči poskytnutou na území našeho státu; je proto v zájmu zdravotnických zařízení si ověřovat tyto druhy pojištění (prostřednictvím žádosti o zaslání garančního dopisu), úhrada na základě těchto pojištění je většinou limitována do výše určité částky
- nedostatečné respektování mezinárodních úmluv např. na základě skutečnosti, že dosud nebylo uzavřeno správní ujednání ke smlouvě s Chorvatskem
- limit pro rozsah poskytované zdravotní péče na základě mezinárodních smluv
- nevymahatelnost pohledávek zdravotnických zařízení (nákladů vynaložených na zdravotní péči), nemožnost (díky dosavadní právní úpravě) poskytnutí alespoň částečné náhrady nákladů zdravotnickým zařízením, která ji vynaložila
- omezená možnost výběru zdravotní pojišťovny pro cizince s dlouhodobým smluvním pojištěním

- omezení volby lékaře pro cizince s dlouhodobým smluvním pojištěním (jsou i zdravotnická zařízení, která nemají s VZP uzavřenou smlouvu o poskytování péče těmto cizincům)
- nabytí účinnosti zákona č.106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, který přispěl k nevyhnutelnosti pohledávek zdravotnických zařízení za poskytnutou zdravotní péči cizincům, významným faktem je, že cizinecká policie přestala zdravotnickým zařízením poskytovat údaje o místě pobytu dlužníků cizí státní příslušnosti (informace mohou být poskytovány pouze cizinci samotnému nebo státním orgánům)

3.8. Literatura

Přehled vnitrostátních právních předpisů k dané problematice:

- Ústava ČR
- Listina základních práv a svobod
- Zákon č. 498/1990 Sb., o uprchlících, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 123/1992 o pobytu cizinců na území ČSFR, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních
- Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů
- Zákon č. 325/1999 Sb., o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů
- Usnesení vlády č. 546 ze dne 6. června 2001 k návrhu Rady vlády České republiky pro lidská práva na změnu úpravy zdravotního pojištění dětí cizinců, které pobývají na území České republiky na základě dlouhodobého víza
- zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících předpisů
- nařízení vlády č. 502/2000 Sb., o ochraně zdraví před nepříznivými účinky vibrací
- vyhláška č. 439/2000 Sb., o očkování proti infekčním nemocem
- vyhláška č. 440/2000 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče
- vyhláška č. 56/1997, kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek
- zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 342/1997, kterou se stanoví postup při uznávání nemocí z povolání a vydává se seznam zdravotnických zařízení, které tyto nemoci uznávají
- Novela zákona č. 1/1991 Sb., o zaměstnanosti upřesňující podmínky zaměstnávání cizinců na území ČR

Mezinárodní smlouvy:

- Úmluva MOP č. 130 o léčebně preventivní péči a dávkách v nemoci
- Úmluva MOP č. 148 o ochraně pracovníků proti nebezpečím z povolání způsobených znečištěním vzduchu, hlukem a vibracemi na pracovištích
- Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod
- Úmluva o právním postavení uprchlíků
- Evropská úmluva o výkonu práv dětí

- Úmluva o ochraně práv dítěte
- Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny
- 14/2000 Sb.m.s. o Evropské sociální chartě
- bilaterální mezinárodní smlouvy uzavřené mezi Českou republikou a dalšími státy o podmínkách poskytování zdravotní péče svým občanům

Předpisy EU:

- nařízení Rady 1408/71 EEC a 547/72 EEC

Ostatní zdroje informací:

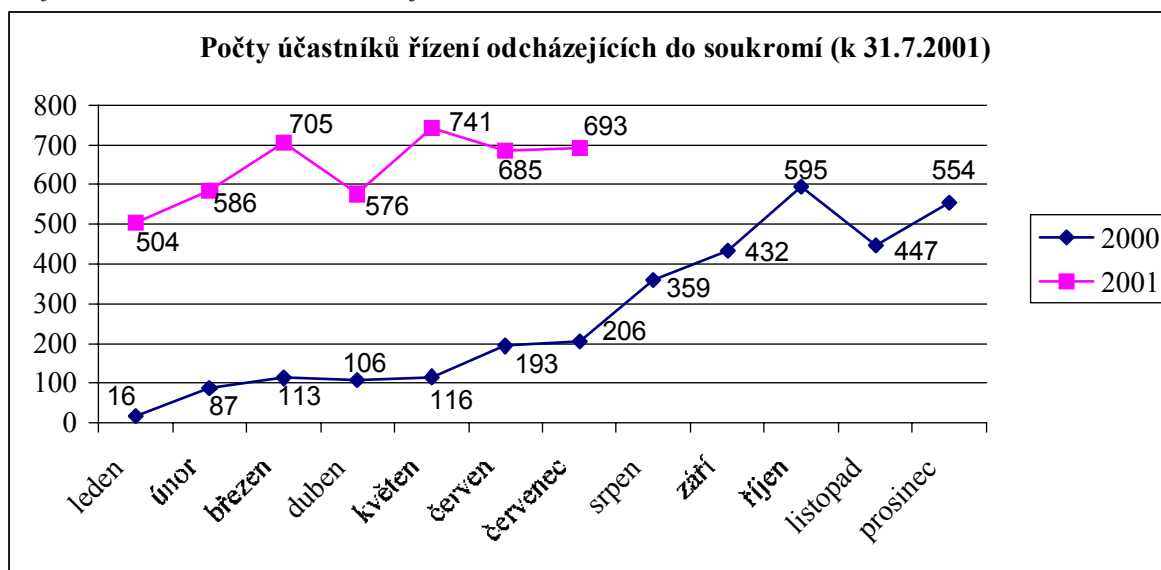
- webové stránky zdravotních pojišťoven a ministerstev
- Zdravotnické noviny

4. Zdravotní péče o účastníky řízení o udělení azylu

4.1. Právní zakotvení poskytování zdravotní péče účastníkům řízení o udělení azylu – změny

Ačkoli účastníci řízení nejsou oficiálně cílovou skupinou, které má být materiál věnován, rozhodli jsme se zařadit alespoň stručnou charakteristiku oblasti poskytování zdravotní péče těmto osobám a to ze dvou důvodů. Předně, teď vycházím pouze z vlastních zkušeností s klienty, existuje mezi účastníky řízení o udělení azylu (dále jen účastníci řízení) řada osob, které se nachází na území ČR déle než 365 dní a splňují tedy kritérium MV v Konceptci integrace cizinců. Přesný údaj bohužel není Odborem azylové a migrační politiky MV na internetových stránkách zveřejňován, ale podle narůstajícího počtu všech účastníků řízení¹⁷ se dá předpokládat, že se správní řízení bude prodlužovat a osob, čekajících na rozhodnutí déle než 365 dní, bude také víc. K tomu stále více účastníků řízení odchází do soukromí (graf 5). Dále se ukazuje, že poskytování zdravotní péče účastníkům řízení má slabá místa, která by potřebovala řešit.

Graf č. 5: Účastníci řízení odcházející do soukromí



Zdroj: SUZ MV, graf Sokolová

Legislativní rámec poskytování zdravotní péče účastníkům řízení o udělení azylu stanoví zákon číslo 325/1999 Sb., o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, (dále jen

¹⁷ V roce 1998 bylo podáno „jen“, 4 086 žádostí o azyl, v roce 1999 již 7 129, v roce 2000 8 787 a k 31.8.2001 eviduje OAMP 12 309 žádostí!

zákon o azylu). Než popíše současný stav, ráda bych stručně nastínila situaci před 1.1.2000, kdy vstoupil stávající zákon v platnost, neboť přinesl podstatné změny.

Do 1.1.2000 upravoval problematiku pobytu žadatelů o azyl v ČR zákon 498/1990 Sb., o uprchlících, ve znění pozdějších novelizací. Tento zákon se k poskytování zdravotní péče žadatelům o azyl nijak podrobně nevyjadřoval. Pouze v §8, písm. c) byla stručná zmínka o nároku žadatele o azyl: „k bezplatnému poskytnutí nezbytné lékařské péče,..“ Jednalo se o poměrně vágní definici. Nový zákon, jak bude popsáno níže, poněkud zúžil rámec možné poskytované zdravotní péče, ale nezbytný základ je samozřejmě garantován. A jak tedy byla zajišťována lékařská péče? Každá osoba, která požádala v ČR o azyl, putovala do záchyťového uprchlického tábora, kde prošla vstupními zdravotními prohlídkami. Tyto prohlídky byly organizovány ve spolupráci se smluvně zajištěným zdravotním zařízením v lokalitě tábora. Pokud bylo vše v pořádku, přestěhoval se žadatel o azyl do pobytového tábora.

Do roku 2000 mohli žadatelé o azyl žít pouze v uprchlických táborech. Každý z těchto táborů měl lékařský personál, sestávající z lékaře a příslušného počtu zdravotních sester (podle kapacity). V nočních hodinách pak zajišťovalo non-stop službu oddělení příjmu. Pro každý tábor byli nasmlouváni odborní lékaři v dané lokalitě a žadatelé o azyl byli k těmto specialistům dopravováni na základě doporučení táborového lékaře. Prakticky se tedy s žadateli o azyl dostala do kontaktu jen úzká skupina lékařů a s těmi byly jasně domluveny podmínky léčby. Zdravotní péči hradilo Ministerstvo vnitra.

1.1.2000 vstoupil v platnost zákon nový, který v §88 definuje nárokovatelnou zdravotní péči účastníky řízení takto:

- „(1) Cizinci se po dobu od prohlášení o azylu učiněném na hraničním přechodu nebo v přijímacím středisku do skončení řízení o udělení azylu a po dobu platnosti víza za účelem strpění pobytu podle § 73 poskytuje na území zdravotní péče v souvislosti s úrazem nebo onemocněním, narozením dítěte, nařízenou karanténou anebo jiným opatřením v souvislosti s ochranou veřejného zdraví; to neplatí, pokud cizinec pobývá na území na základě víza nebo povolení k pobytu uděleného podle zvláštního právního předpisu.¹⁸
- Náklady spojené s poskytováním zdravotní péče podle odstavce 1 hradí stát; úhradu nákladů vzniklých zdravotnickému zařízení zajišťuje ministerstvo z kapitoly státního rozpočtu Všeobecná pokladní správa.
- Dítě, které se narodilo azylantce a pobývá na území, se pro účely veřejného zdravotního pojištění považuje za cizince s povoleným trvalým pobytem do doby, než bude rozhodnuto o udělení azylu nebo jiném druhu pobytu na území podle zvláštního právního předpisu.¹⁹

System péče zůstává skoro stejný. Po projevení úmyslu musí účastník řízení projít vstupními

¹⁸ Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR, ve znění pozdějších novelizací

¹⁹ Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR, ve znění pozdějších úprav

prohlídkami v přijímacím středisku, které stále spolupracuje se zdravotnickým zařízením. Po absolvování prohlídek se účastník řízení může, ale nemusí, odebrat do pobytového střediska. Zde je situace také stejná jako v předešlém období, tj. každé pobytové středisko má lékařský personál a nasmlouvané odborné lékaře v příslušné lokalitě. Zdravotní péče je i nadále hrazena ministerstvem vnitra. Nejpodstatnější změnou ovšem je, že pokud účastník řízení chce, může pobývat v soukromí kdekoli po ČR.

Došlo tedy jednak ke specifitějšímu vymezení péče, která může být účastníkům řízení poskytnuta, dále k uvolnění pohybu účastníků řízení a nakonec rozlišování účastníků řízení podle druhu víza. Tj., ne každá osoba s průkazem účastníka řízení o udělení azylu má nárok na zdravotní péči podle § 88 zákona č. 325/1999 Sb. Pokud totiž přicestovala na pozvání jiné osoby nebo má legalizovaný pobyt podle zákona 326/1999 Sb., pak se i poskytování zdravotní péče řídí podle zákona 326/1999 Sb. a ne podle zákona o azylu, i když osoba do azylového řízení vstoupila.

4.2. Problémy v oblasti zdravotní péče o účastníky řízení o udělení azylu

Vzhledem k tomu, že již i v dřívějších podmínkách docházelo k poskytování péče nad zákonné limity²⁰, nesou s sebou všechny změny zvýšení takového rizika. Dnes se s účastníkem řízení může setkat lékař v nejzapadlejší vsi ČR. I přes informační kampaň Správy uprchlických zařízení MV, kdy byl vyhotoven informační leták s informacemi pro lékaře, který byl uveřejněn v lékařských časopisech, předán okresním lékařským radům a je jím vybaven každý účastník řízení, který odchází do soukromí, se i po roce a půl setkáváme s odmítáním účastníků řízení v lékařských ordinacích, s požadováním proplacení ošetření aj. A pokud se jim dostane ošetření a odnášejí si lékařský předpis, čeká je velmi často druhé martyrium v lékárně, kde odmítají vydat léky, protože se bojí, že za ně nedostanou zaplacené a nebo nutí pacienty léky hotovostně uhradit.

Podle výpovědí klientů, se kterými se setkávám na Magistrátu hl.m. Prahy, by se **problémové okruhy při čerpání lékařské péče** daly vymežit takto²¹:

- Informační vakuum:

Jednak na straně klientů - účastníků řízení, kteří sice obdrží při odchodu do soukromí informační leták, ten je však zaměřen spíše na informování lékařů a rozhodně z něj klienti nevyčtou, kam se mohou obracet v případě zdravotních problémů.

²⁰ Z vlastního působení na Správě uprchlických zařízení MV vím, že některá zdravotnická zařízení vykazovala nadstandardní zákroky nebo účtovala úkony za vyšší ohodnocení než bylo stanoveno.

²¹ Shrnuji informace, které jsem dostala spíše mimoděk, protože jsme vlastně jediný orgán, se kterým jsou účastníci řízení v kontaktu a kde hledají pomoc na všechny své starosti.

Ale i na straně lékařů a lékárníků, kteří nepřikládají předloženému letáku pravdivostní hodnotu a často sami nejsou správně informováni o právních nárocích těchto osob. Z těchto nedostatků pak vyplývá:

- Odmítnutí ošetření- řadě klientů se stalo, že byli odmítnuti zejména u odborných lékařů
- Požadavek hotovostní platby- jednak za ošetření, ale častěji za předepsané léky a to v plné výši
- Jazyková bariéra - prolíná se celým systémem a způsobuje jednak častá nedorozumění, která mohou vést k výše uvedeným problémům, ale vzhledem k objektu věci i k vážnějším nedorozuměním o zdravotním stavu.
- Riziko poskytnutí zdravotní péče v rozporu se zákonem - úzce souvisí s nedostatečnou informovaností lékařů o problematice a současným zvýšeným nárokem na orientaci v příslušných zákonech (rozlišování typu víz, platnost průkazů aj.)

Vzhledem k narůstajícímu počtu osob odcházejících do soukromí a tedy nárůstu pravděpodobných pacientů z řad účastníků řízení a také s ohledem na mezinárodní trendy, usilující o zajištění rovného přístupu imigrantů ke službám, by se mělo úsilí o zlepšení situace zaměřit i na poskytování zdravotní péče účastníkům řízení o udělení azylu.

Osoby, kterým byl azyl udělen, se právně řídí jako osoby s trvalým pobytem a proto se jim zde nevěnuji. Jejich vztah k systému lékařské péče je blíže rozpracován v předchozích kapitolách.

4.3. Literatura

Právní předpisy:

Zákon 498/1990 Sb., o uprchlících, ve znění pozdějších novelizací.

Zákon 325/1999 Sb., o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky

5. Analýza potřeby a spotřeby zdravotnických služeb u cizinců v ČR

Analýza potřeby a spotřeby je založena na existujících konceptech zdraví a nemoci, determinant zdraví, některých dosavadních zkušeností a doporučení mezinárodních organizací (Světová zdravotnická organizace, International Organization for Migration, International Centre for Migration and Health).

Analýza vychází z následujících principů:

- **Zdravotní důsledky migrace** jsou výsledkem působení komplexu sociálních, ekonomických a politických faktorů.
- **Zdravotní stav migrantů** je jedním z aktuálních námětů, které vyžadují mezinárodní spolupráci a je nutno je řešit na evropské úrovni. Na evropské úrovni se stávají jednou z významných priorit tvorby veřejné politiky.
- **Otázky péče o zdravotní stav migrantů** by se měly stát součástí strategických úvah při vytváření zdravotní politiky v jednotlivých státech. Měly by být zahrnuty i do jejich imigrační politiky.

5.1. Cíle a otázky

Výzkumné cíle a otázky jsou zaměřeny na širší problematiku, kterou péče o zdraví cizinců, ale nakonec i ostatních minorit představuje. V ČR zatím máme k dispozici jen velice malé množství informací o zdravotním stavu cizinců a od něj odvozených potřeb péče o zdraví a potřeb v oblasti zdravotnických služeb. V tomto směru lze usuzovat na řadu potenciačních problémů a potřeb péče o zdraví na základě mezinárodních zkušeností, podobně jako lze tyto zkušenosti využívat např. při úvahách o dalším vývoji migrace.

Doporučení WHO pro Evropu obsažené v Dokumentu "**Zdraví pro všechny do r. 2000**" považují migranty a příslušníky etnických minorit za rizikové skupiny obyvatelstva a doporučují zlepšit zdravotní péči o ně.

Problematika péče o zdraví cizinců se člení na hodnocení zdravotního stavu cizinců, výzkum rozdílů determinant zdraví u těchto populačních skupin a na výzkum spotřeby zdravotnických služeb ve srovnání s ostatní populací. Od těchto zjištění lze formulovat cíle zdravotní politiky a promítat je do jednotlivých segmentů péče o zdraví cizinců v ČR.

Určitou samostatnou část zaujímá také problematika bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Tato oblast má interdisciplinární charakter. Z hlediska kompetenčního je v ČR v současné době vymezena komplikovanější právní strukturou v gesci dvou resortů (MPSV, MZ). Také zde je k dispozici

poměrně malé množství informací ve vztahu k cizincům, k rozsahu pracovních nemocí a úrazů, spotřeby péče u této skupiny, jak jsou dodržovány platné právní předpisy z hlediska řízení rizika v průběhu jejich pracovního uplatnění.

Cílem této části tedy je v převažující míře jen **demonstrativní analýza současného stavu cizinců s využitím omezeného množství údajů z oblasti potřeby a spotřeby zdravotní péče** a od těchto poznatků pak odvodit některé existující problémy. Ke specifikaci problémů jsou využity také kvalitativní přístupy na základě dosavadních zkušeností a znalostí autorů. Tyto poznatky bude možné následně srovnat a rozšířit o závěry sociologického šetření u vybraných aktérů se zkušeností péče o zdraví cizinců.

5.2. Koncepty a poznatky

- Zdraví, nemoc (Detels, 1997)
- Determinanty zdraví (Drbal, 2000, 2001; Detels, 1997)
- Sociální epidemiologie (Krieger, 2001)
- Potřeba a spotřeba péče – východiska pro analýzu spotřeby (A. Bowling, 1997)

5.3. Potřeba péče o zdraví

Potřebu zdravotní péče lze odvozovat od souborů objektivních a subjektivních ukazatelů. Mezi objektivními ukazateli jsou využívány často také údaje o spotřebě zdravotnických služeb (hospitalizace, diagnóza resp. diagnostické skupiny, v oblasti ambulantní péče také můžeme využít údaje o četnosti výskytu nemocí ve sledované populační skupině).

Formou sekundární analýzy jsou v této studii využity výsledky Kliniky geografické medicíny při sledování zdravotního stavu cizinců pracujících v České republice v letech 1996-1999. Tato práce byla v letech 1996-98 financována IGA MZ ČR 3621- 3.

Na rozboru příčin hospitalizací cizinců ve dvou zdravotnických zařízeních s lůžkovou a ambulantní částí prezentujeme nálezy, které jsme při šetření získali:

- 1) výběr dat z účtů o hospitalizacích cizinců z finančních oddělení za léta (1992-1999) v jednotlivých zařízeních se záměrem zjistit dynamiku a změny vývoje v čase
- 2) prostudování chorobopisů pacientů, frekvence jejichž onemocnění a poruch zdraví, které se na počtu hospitalizací nejvíce podílely a rozbor příčin, které k hospitalizaci vedly, včetně rozdělení jednotlivých případů podle předem stanoveného klíče (v těchto zdravotních zařízeních) do skupin do diagnostických skupin. Sledovali jsme: pohlaví, datum narození, zemi původu, typ pobytu, zaměstnání v ČR, zdravotní pojištění, příčinu hospitalizace, diagnózu a

způsob platby za ošetření a léčbu. Při zpracovávání dat o diagnózách jsme převáděli data z IX. MSK do X. MSK.

3) zpracování získaných dat

5.4. Analýza spotřeby

Česká republika disponuje v současné době pouze minimální datovou základnou týkající se zdravotní péče o cizince z hlediska její spotřeby – jde o datové zdroje ÚZIS, údaje nemocnic, údaje zdravotních pojišťoven.

Informace z jednotlivých zdrojů dat se liší, neboť vychází z různých přístupů a cílů. Těmto skutečnostem bude zapotřebí věnovat hlubší pozornost a zjistit v čem a z jakých důvodů odlišnosti přístupů spočívají.

V údajích nemocnic může vznikat určité zkreslení v důsledku rozdílů cen účtovaných za poskytnuté služby. Vzniká otázka, jaké cenové údaje používá ÚZIS ve svém šetření, kde je zaměřen pouze na počty hospitalizovaných cizinců a celkové náklady bez uvedení diagnóz a provedených výkonů. Náklady by totiž bylo možno přepočítat podle výkonů a počtu ošetřovacích dnů. V současné době toto však nelze dost dobře realizovat, neboť bodová ohodnocení výkonů v důsledku změny Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami nejsou reálně využitelná, neboť výkony jsou v důsledku změn jejich mzdové položky nereálně nadhodnoceny. Proto došlo od roku 1997 k přechodu na paušální úhrady nemocniční péče a tím ke ztrátě možnosti využití nástroje pro specifikaci úhrad poskytnutých služeb.

5.5. Pohyb cizinců v systému péče o zdraví, organizace péče o zdraví a rozhodovací procesy

Nutným východiskem pro následnou tvorbu informační příručky pro cizince s využitím i pro další zúčastněné aktéry bude nejen uvést zde některé problémy jednotlivých skupin cizinců, pravidla jejich pohybu v systému péče o zdraví z hlediska organizace a zejména financování a úhrad poskytovaných služeb, ale také zde uvést schéma (model) důležitých cest pohybu cizinců v rámci platné právní úpravy (pravidel) a stanovit klíčové rozhodovací momenty, na kterých se podílejí ostatní aktéři (státní správa, poskytovatelé zdravotnických služeb, zdravotní pojišťovny)

5.5.1. Přehled pravidel a rozhodovacích postupů ve vztahu k financování poskytované zdravotní péče

Pro případ zdravotních komplikací, které by se mohly vyskytnout v průběhu pobytu, bylo nejen proto do zákona o pobytu cizinců zahrnuto ustanovení, které říká, že cizinec musí prokazatelně mít po

Podpora integrace cizinců v ČR, Projekt Ministerstva vnitra ČR 2001

dobu pobytu na území republiky zajištěno zdravotní pojištění, prostřednictvím kterého uhradí náklady léčení v souvislosti s úrazem nebo náhlým onemocněním na území, včetně nákladů spojených s převozem nemocného nebo ostatků zemřelého. Výše uvedené pojištění nemusí mít cizinec zajištěno v případě, že je zdravotně pojištěn podle zvláštního právního předpisu (zákon 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění viz. dále) nebo pokud je úhrada nákladů zdravotní péče zajištěna jiným způsobem. Doklad o zdravotním pojištění je cizinec povinen předložit i v případě, kdy pojištění podle zvláštního právního předpisu nebude zajištěno ke dni vstupu cizince na území. Tento doklad je součástí žádosti o udělení víza a dále jej cizinec musí předložit na vyžádání při hraniční kontrole na vyžádání policie - tato povinnost se týká i cizinců nepodléhajících vízové povinnosti.

Dokladem o zdravotním pojištění se rozumí písemný doklad osvědčující smluvní vztah pojištěnce o zdravotním pojištění po dobu pobytu na území České republiky. V současné době cizinecká policie bohužel podle vlastního vyjádření nedisponuje dostatkem podkladů a informací pro rozlišení jednotlivých typů zdravotního pojištění.

Účast cizince v systému veřejného zdravotního pojištění (zákon 48/1997 Sb.) je vázána na splnění alespoň jedné ze dvou podmínek. Cizinec musí mít v ČR buď trvalý pobyt nebo musí být zaměstnán u zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR. Tito cizinci pak mají v systému veřejného zdravotního pojištění naprosto stejná práva a povinnosti, jako občané ČR s trvalým pobytem v ČR a zdravotní péče jim poskytnutá se vykazuje příslušné zdravotní pojišťovně.

Podmínky pro zajištění veřejného zdravotního pojištění podle uvedeného zákona nesplňují osoby, které nemají trvalý pobyt na území ČR a pracují v ČR pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výhod a imunit, nebo pro zaměstnavatele v pracovněprávním vztahu uzavřeném podle cizích právních předpisů nebo pro zaměstnavatele, kteří nemají sídlo na území ČR. Z toho vyplývá, že řada osob, zejména cizích státních příslušníků, se nemůže účastnit veřejného zdravotního pojištění.

5.5.2. Účast cizinců v systému veřejného zdravotního pojištění

Cizinci s trvalým pobytem v ČR, jsou-li pojištěni u VZP, mají stejný růžový průkaz jako ostatní pojištěnci této pojišťovny označený 01-VŠEOB. Číslo pojištěnce uvedené na tomto průkazu může být shodné s rodným číslem pojištěnce nebo může být vytvořeno zvláštním způsobem zdravotní pojišťovnou. Platnost všech těchto průkazů typu 01-VŠEOB, které mají vyznačenou dobu platnosti do 31.12. 1996, byla prodloužena do 31.12.2000. Z hlediska úhrady zdravotní péče pojišťovnou platí stejné podmínky pro všechny pojištěnce s trvalým pobytem bez ohledu na občanství.

Cizinci bez trvalého pobytu v ČR jsou pojištěni na základě svého zaměstnání u zaměstnavatele, který má sídlo na území republiky. Pojistné za tohoto cizince, stejně jako za každého jiného zaměstnance musí odvádět zaměstnavatel. Cizinci je pak vystaven **průkaz zelené barvy** s označením druhu pojištění 1Z. Pojištění trvá pouze po dobu tohoto zaměstnání a cizinec má stejná práva a povinnosti jako cizinec s trvalým pobytem. Zánikem účasti na nemocenském pojištění spojeném zpravidla s ukončením zaměstnání zaniká okamžitě nárok na úhradu lékařské péče zdravotní pojišťovnou.

5.5.3. *Cizinci, kteří nemají nárok na účast v systému veřejného zdravotního pojištění*

Cizinci bez trvalého pobytu v ČR, kteří nejsou v ČR zaměstnání nemohou být účastníky veřejného zdravotního pojištění, mohou ale uzavřít tzv. smluvní zdravotní pojištění. Jedná se o komerční připojištění, které je nezávislé na veřejném zdravotním pojištění a je poskytováno Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR. Smluvní zdravotní pojištění může být buď dlouhodobé nebo krátkodobé.

Dlouhodobé smluvní zdravotní pojištění je určeno cizím státním příslušníkům a osobám bez státní příslušnosti (event. občanům ČR), kteří nesplňují podmínky pro účast ve veřejném zdravotním pojištění a nemají nárok na poskytnutí bezplatné péče na základě dvoustranných mezivládních smluv, ale mají na území ČR povolen přechodný pobyt. Tito pojištěnci mají průkaz zelené barvy se zřetelným označením "Smluvní zdravotní pojištění" s vyznačenou dobou platnosti., tj. dobou na kterou bylo zapláceno pojistné. Péči o tyto pojištěnce může vykázat pouze lékař, který má na tuto konkrétní péči o "komerční pojištěnce" uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Pojistnou událostí v rámci smluvního zdravotního pojištění je úraz, onemocnění nebo jiná změna zdravotního stavu pojištěného vyžadující si zdravotní péči, k nimž došlo při pobytu pojištěného na území ČR v době platnosti smlouvy. Tento typ smluvního zdravotního pojištění zabezpečuje úhradu nákladů za poskytnutou potřebnou zdravotní péči, a to ambulantní i nemocniční, úhradu potřebné dopravy do zdravotnického zařízení a úhradu léků a PZT. Pro účtování zdravotní péče se v tomto případě používá platný Seznam zdravotních výkonů jako u zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Krátkodobé smluvní zdravotní pojištění. Smluvní zdravotní pojištění mohou uzavřít i cizinci zdržující se v ČR jen krátkodobě, např. jako turisté. Tento typ pojištění do 365 dnů zahrnuje náklady nutného a neodkladného léčení, kterému se klient podrobil v důsledku úrazu či náhlého onemocnění vzniklého při pobytu v ČR, event. náklady na repatriaci klienta či převoz jeho ostatků. Nutným a neodkladným léčením se rozumí léčení akutních stavů, kdy je nutné ihned nebo ve velmi krátké době poskytnout zdravotní péči, neboť prodlením by mohlo dojít k poškození zdraví nebo k

ohrožení života. Pojišťovna provede na základě vyúčtování předloženého zdravotnickým zařízením úhradu za poskytnuté zdravotní výkony podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Klient se prokazuje světle hnědým průkazem se zřetelným označením "krátkodobé smluvní pojištění" a s vyznačenou dobou platnosti.

5.5.4. Cizinci bez zdravotního pojištění

Cizinci bez zdravotního pojištění mohou být lékařsky ošetřeni bez přímé úhrady, pokud pocházejí ze zemí, s nimiž má ČR uzavřenou dvoustrannou smlouvu respektive dohodu o poskytování bezplatné zdravotní péče a jen v rozsahu daném takovou dohodou (většinou se jedná o péči v nezbytně nutném rozsahu, a to jak ambulantní, tak i nemocniční). Tato péče je hrazena z prostředků zvláštního fondu, který spravuje Ministerstvo zdravotnictví, a Všeobecné zdravotní pojišťovně se nevykazuje. Zdravotní péče hrazená nad rozsah dohody s danou zemí musí být hrazena přímo. Česká republika má v současné době uzavřeny smlouvy s následujícími státy: Afghánistán, Bulharsko, Irák, Jemen, Kambodža, Kuba, Kypr, Libye, Maďarsko, Maroko, Mosambik, Polsko, Řecko, státy bývalé SFRJ, státy bývalého Sovětského svazu (bez Litvy, Lotyšska, Estonska, Uzbekistánu, Běloruska, Ruska a od 1.5. 2000 Ukrajiny), Súdán, Sýrie, Tunis, Velká Británie, Vietnam. S následujícími státy jsou uzavřeny dohody o poskytování zdravotní péče pracovníkům zastupitelských úřadů: Jemen, Jugoslávie (všechny nástupnické státy s výjimkou Slovinska), Kuba, Polsko, bývalé státy SSSR (s výjimkou pobaltských států, Uzbekistánu, Běloruska, Ruska a od 1.5. 2000 Ukrajiny), Palestina.

Cizinci žadatelé o statut uprchlíka. Všeobecné zdravotní pojišťovně se nevykazuje ani péče poskytnutá cizincům žadatelům o statut uprchlíka, žadatelům o útočiště a běžencům. Zdravotnická zařízení musí nárokovat proplacení zdravotní péče u odboru pro uprchlíky Ministerstva vnitra.

Cizinci pocházející ze zemí, se kterými nejsou uzavřeny dvoustranné mezivládní smlouvy o poskytování bezplatné zdravotní péče, musí poskytnutou zdravotní péči hradit sami (nebo jejich zahraniční pojišťovna) na základě smluvní ceny mezi zdravotnickým zařízením a pacientem.

Cizinci v policejních celách. Úhrada poskytnuté péče (výkon provedený v zájmu nemocné, zraněné osoby jehož cílem je zachovat nebo zlepšit zdravotní stav nebo zachránit život), je prováděna z rozpočtu Ministerstva zdravotnictví ČR. Úhrada za poskytnutou zdravotní péči a léčiva je prováděna za všechny zadržené cizince bez ohledu na uzavřené mezinárodní smlouvy.

5.6. Zdravotní stav cizinců/migrantů

Migrace patří mezi charakteristické rysy moderních společností. Novou zkušenost s imigrací získávají postupně země, v nichž dříve převládala emigrace. Mezi ty patří i Česká republika.

5.6.1. Péče o zdraví cizinců/migrantů

Péče o zdravotní stav cizinců představuje závažný problém. Země, které mají v tomto směru historickou zkušenost, přijaly v průběhu let řadu opatření a odstranily ekonomické, administrativní a jazykové bariéry v oblasti zdravotnické a sociální péče. Patří mezi ně na předních místech Švédsko, Kanada a Velká Británie.

Epidemiologické studie zdravotního stavu obyvatelstva, prováděné v zemích Evropské unie, zjišťují vyšší četnost duševních poruch, pracovních úrazů, tzv. psychosomatických onemocnění u skupin cizinců pracujících a žijících v zemích EU oproti srovnatelným skupinám místních obyvatel např.: Almeida 1972, Boecker 1975, Cochrane 1977, Cicek 1989, Allodi 1995, Castillo et al. 1995, Bennegadi 1996, Van Tilburg 1996, Foyle 1998, a další.

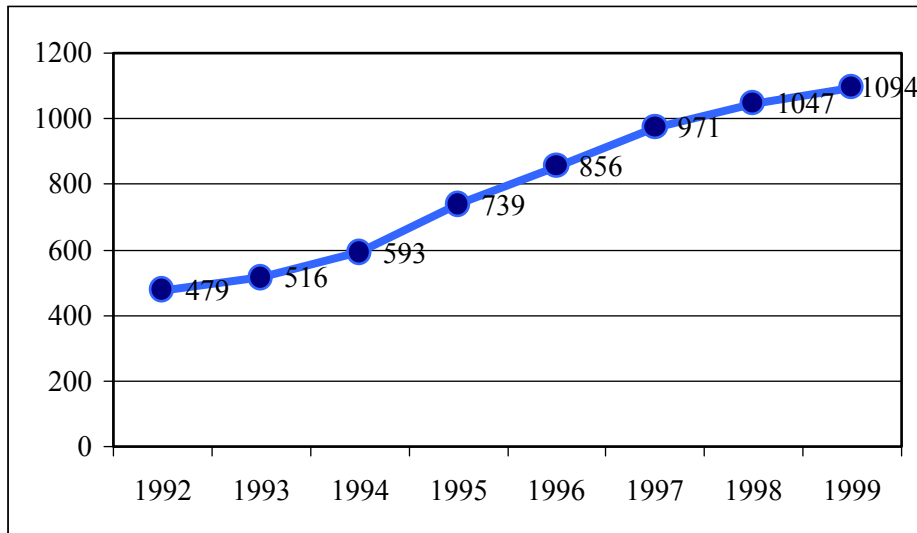
Pozornost je věnována i četnosti výskytu infekčních a parazitárních onemocnění mezi migranty a nutnosti opatření jak pro skupiny migrujícího obyvatelstva (sociální pomoc, výuku zdravého života, hygienických návyků), tak další aspektům (speciální školení pro zdravotníky v diferenciální diagnostice chorob atd.) např.: Cruishank 1989, Louthan 1993, Marceca 1995, Bonlander 1996,

Další autoři se věnují sociálně epidemiologickým zvl. metodologickým problémům ve vztahu k migraci (Bollini, Siem 1995, Bollini 1995, Uniken Venema et al. 1995).

Pro ilustraci uvádíme některé závěry z terénního šetření, které bylo prováděno:

Výsledky hospitalizace cizinců ve vybraných pražských zařízeních:

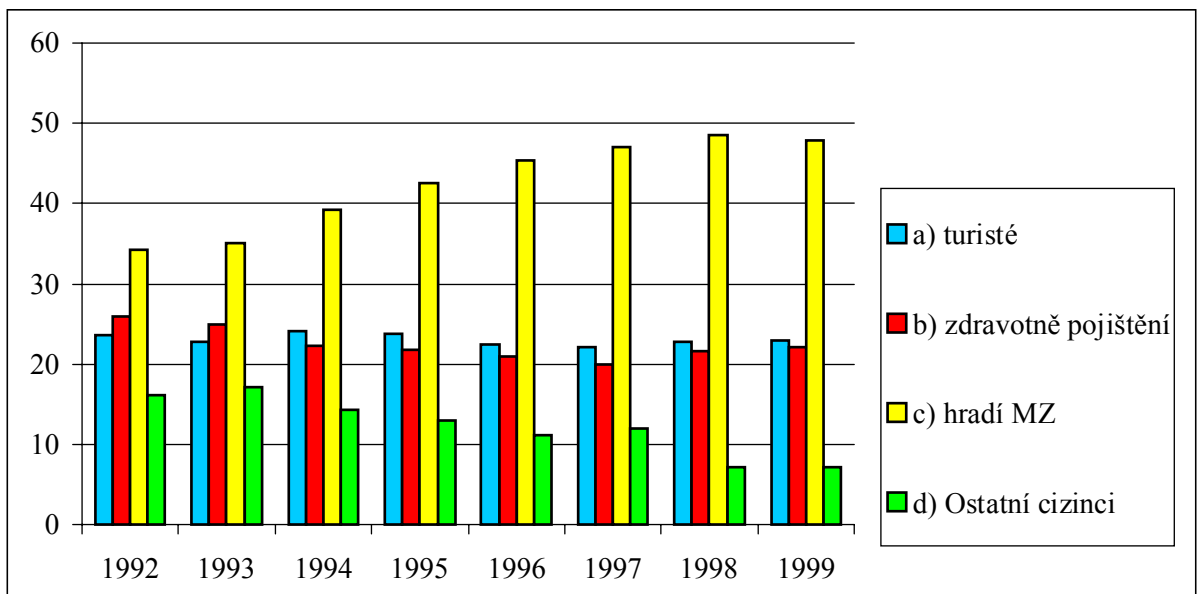
Graf č. 6: Počet hospitalizovaných cizinců, kteří byli hospitalizováni v letech 1992-1999 ve dvou zdravotnických zařízeních s lůžkovou a ambulantní péčí a v pražských psychiatrických lůžkových zařízeních



V počtu hospitalizací je patrný nárůst.

Zajímali jsme se o to, jak se na tomto nárůstu podílí občané jednotlivých zemí a jestli existuje rozdíl mezi jednotlivými typy pojištěnců. Vývoj v této oblasti zachycuje graf 7.

Graf č. 7: Vývoj počtu hospitalizací u cizinců - ve dvou zdravotnických zařízeních s lůžkovou a ambulantní částí v % zastoupení celkového počtu ošetřených cizinců



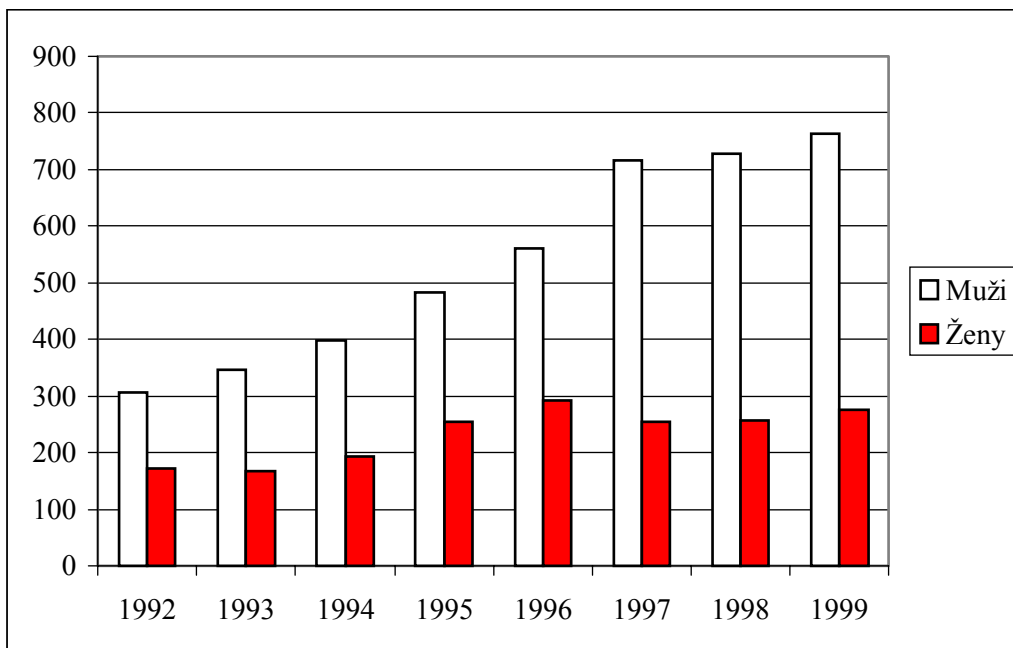
Vysvětlující poznámky ke grafu:

- a) turisté pojištění u cestovních pojišťoven a na základě mezivládních dohod mimo občanů Ukrajiny, SNS, Běloruska, Moldávie, Polska a samoplátci,
- b) občanů pojištěných zdravotně při práci v ČR (včetně legálních pracovníků z Ukrajiny, SNS, Moldávie, Běloruska a Polska) a studentů ze zemí, se kterými má ČR dohody o vzájemné zdravotní péči,
- c) občanů Ukrajiny, SNS, Běloruska, Moldávie a Polska - turistů, za které hradí náklady za hospitalizaci MZ ČR,
- d) ostatní cizinci - zde jako občané v humanitárním útočišti, běženci, žadatelé o azyl, uprchlíci) - náklady hradí MZ ČR nebo MV ČR.

Z přehledu je zřejmé, že počet hospitalizovaných osob ze skupiny a) se celkem nemění, odpovídá to i celkovému vývoji turistického ruchu.

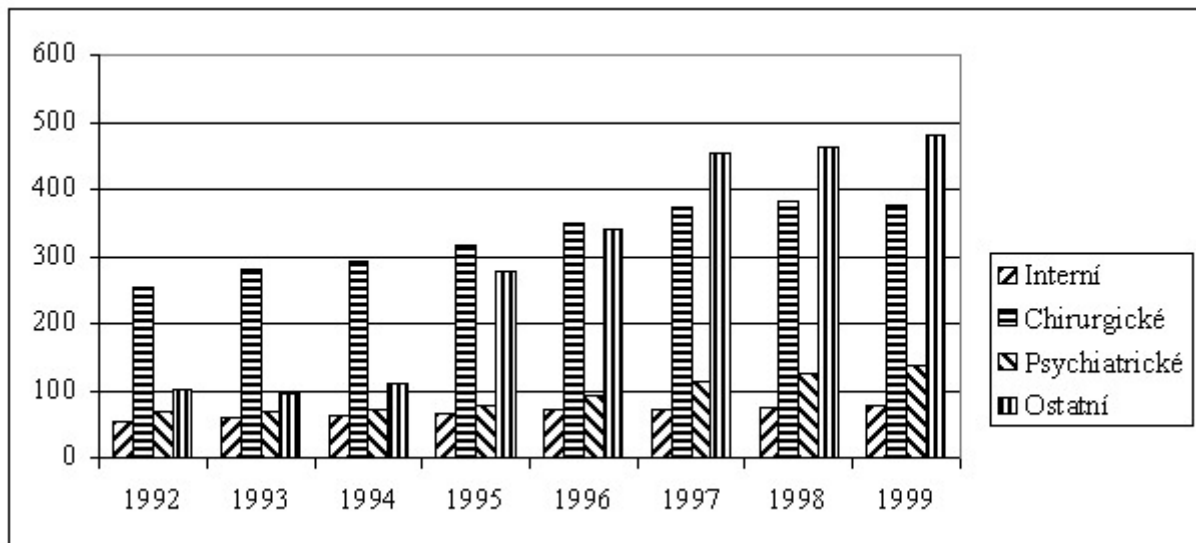
U skupiny b) je situace obdobná. Pokud jde o následující skupinu, je patrný výrazný nárůst (koresponduje to s údaji o nelegální ekonomické migraci). Vývoj počtu osob ošetřených ze skupiny d) odpovídá situaci - v r. 1992 a 1993 to byli převážně občané bývalé Jugoslávie, kteří byli ošetřováni za hospitalizace pro následky zranění nebo onemocnění a poruchy, které nebylo možno ve válečných podmínkách zvládat a došlo k jejich zhoršení.

Graf č. 8: Rozdělení cizinců hospitalizovaných v letech 1992-1999 ve dvou zdravotnických zařízeních s lůžkovou a ambulantní částí podle pohlaví



Při hospitalizacích převažují muži, jejichž počet vzrůstá.

Graf č. 9: Rozdělení cizinců hospitalizovaných ve dvou nemocničních zařízeních s lůžkovou a ambulantní částí a v psychiatrických zařízeních podle odborností klinických pracovišť, na kterých byli hospitalizováni



Z grafu je patmo, že při hospitalizacích zřejmě převažují onemocnění a poruchy, které vyžadují léčbu na chirurgických oborech, následují hospitalizace v psychiatrických zařízeních.

Přehled hospitalizací cizinců na chirurgických, traumatologických, interních a ortopedických odděleních dvou nemocničních zařízení s lůžkovou a ambulantní částí uvádí tab. č. 2

Tab. č. 2: Rozdělení souboru cizinců podle dg skupin nejčastěji se vyskytujících při hospitalizacích v letech 1992-1999 a typu pobytu v jednotlivých sledovaných letech v procentním vyjádření (mimo hospitalizací na psychiatrii)

Diagnostické skupiny	Novotvary C00-D48	Oběhová soustava I80-89	Trávicí nemoci K20-93	Pohybová soustava M00-99	Nemoci močové N00-99	Poranění S00-T98
1999 (N=410)						
A	1,7	13,4	19,8	7,4	4,9	52,2
B	2,1	15,8	15,9	7,9	5,7	52,6
C	0,4	4,5	10,4	16,8	3,1	67,2
D	2,3	7,8	13,6	27,3	3,6	45,4
1993 (N=437)						
A	1,3	14,2	18,3	10,9	7,7	47,6
B	1,9	16,1	13,1	8,3	4,9	55,7
C	1,5	4,0	11,2	14,3	2,9	65,1
D	3,9	9,3	19,7	29,1	4,7	33,7
1994 (N=458)						
A	1,4	14,6	19,0	9,6	3,8	51,6
B	1,7	16,3	14,7	9,0	6,3	52,1
C	0,9	5,1	11,1	14,5	4,9	64,5
D	2,9	10,0	19,7	29,3	3,9	28,1
1995 (N=662)						
A	1,1	15,3	18,9	10,1	5,9	48,7
B	2,1	14,9	16,7	8,9	5,9	51,5
C	0,8	5,8	12,0	13,6	4,1	64,7
D	2,9	10,0	19,7	29,3	3,9	28,1
1996 (N=754)						
A	1,6	14,9	19,1	11,2	5,6	56,6
B	1,9	16,0	18,3	9,8	6,0	48,0
C	0,1	5,2	12,9	12,7	5,1	64,0
D	2,8	9,8	18,3	26,9	6,2	36,8
1997 (N = 898)						
A	1,3	15,1	18,3	10,9	5,3	45,1
B	1,7	16,3	17,9	9,1	6,2	48,8
C	0,3	4,9	11,9	11,2	4,8	66,9
D	2,6	11,6	19,8	29,1	7,4	29,5
1998(N=939)						
A	1,3	13,6	17,4	11,2	5,4	51,1
B	1,8	15,8	18,1	9,4	6,1	47,8
C	0,7	5,5	9,9	12,7	5,1	65,2
D	1,4	12,9	21,8	29,4	7,6	26,9
1999 (N=935)						
A	1,2	14,7	17,7	10,8	5,4	50,2
B	1,6	16,1	17,1	12,0	5,3	47,8
C	0,9	4,9	10,1	11,8	5,7	66,6
D	0,9	14,3	22,7	27,6	8,9	25,6

Vysvětlující poznámky k tabulce:

- turisté pojištění u cestovních pojišťoven a na základě mezivládních dohod mimo občanů Ukrajiny, SNS, Běloruska, Moldávie, Polska a samoplátci,
- občanů pojištěných zdravotně při práci v ČR (včetně legálních pracovníků z Ukrajiny, SNS, Moldávie, Běloruska a Polska) a studentů ze zemí, se kterými má ČR dohody o vzájemné zdravotní péči,
- občanů Ukrajiny, SNS, Běloruska, Moldávie a Polska - turistů, za které hradí náklady za hospitalizaci MZ ČR,
- ostatní cizinci - zde jako občané v humanitárním útočišti, běženci, žadatelé o azyl, uprchlíci) - náklady hradí MZ ČR nebo MV ČR.

Přehled znázorňuje procentuální zastoupení, rozložení diagnostických skupin uvnitř souboru a vývoj v letech 1992-1999. Je z něho patrné, že nejčastěji zastoupenou je skupina S00-T98, a to u všech skupin hospitalizovaných pacientů a ve všech sledovaných letech. Pro onemocnění ze skupiny C00-D48 (t.j. nádorová onemocnění) bylo hospitalizováno nejvíce osob ze skupiny d). Šlo o chirurgické zákroky převážně u mužů z Bosny, kteří trpěli ca plic - maximum výskytu těchto zákroků bylo zjištěno v r. 1993.

Závažným problémem jsou úrazy u osob skupiny c) zvl. co do úhrad za jejich ošetření.

Náklady na zdravotní péči o ně nemocnice účtují Ministerstvu zdravotnictví, které je refunduje dle smluv (státy bývalého SSSR mimo Pobaltí patřily v době šetření mezi tzv. smluvní státy), u nichž je turistům hrazena vymezená péče.

5.6.2. Výsledky šetření výskytu duševních poruch u různých skupin cizinců, kteří byli v průběhu let 1992-1997 hospitalizováni na Psychiatrické klinice UK a VFN Praha, v Psychiatrické léčebně hl. m. Prahy a v Psychiatrickém centru Praha²²

Muži (celkem 373 osob)

Sledovali jsme počet hospitalizací v jednotlivých letech.

Ten znázorňuje následující tabulka:

Tab. č.3: Vývoj počtu hospitalizací v psychiatrických zařízeních v Praze v letech 1992-7 u mužů

Sledovaná léta	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Počty pacientů	47	52	53	61	71	89

Při pohledu na tabulku sledujeme stálý pokračující nárůst pacientů - jde o malý počet osob, nelze tedy generalizovat. Co je však zajímavější, je původ pacientů, resp. země, odkud přicházejí a změny, které v tomto směru nalézáme.

²²Metodická poznámka

Nutno podotknout, že až do r. 1995 byla jediným psychiatrickým zařízením v Praze, které bylo péčí za hospitalizace o cizince pověřeno, Psychiatrická klinika, proto jsme z jejího archivu čerpali nejvíce materiálu. Celkem jsme prostudovali 492 chorobopisů (373 mužů a 119 žen).

Do předem připraveného záznamového listu v osobním počítači jsme zaznamenávali u každého člena sledovaného souboru následující data:

věk, pohlaví, státní příslušnost, zemi původního pobytu, matřiční stav, vzdělání a původní povolání, osobní anamnestická data (se zaměřením na prodělaná duševní onemocnění), typ pobytu v ČR, účel pobytu v ČR, bydliště a jeho charakter, profesi v ČR, pokud byla osoba zaměstnaná, rodinné a sociální zázemí v ČR, dobu od počátku pobytu v ČR, kdy onemocnění propuklo, diagnostické závěry a doporučení z hospitalizace, způsob platby ošetření a vyšetření za hospitalizace.

U občanů Spolkové republiky Německo, kteří se na hospitalizacích podíleli značnou měrou, nedocházelo k velkým změnám v jejich počtu v jednotlivých letech. Jen se po ukončení vízové povinnosti objevovali lidé, kteří odešli spontánně z psychiatrických zařízení, kde byli léčeni pro psychotické poruchy. Pokud jde o občany USA a Velké Británie - jejich počet se snižoval a ubývalo mladších věkových skupin (mladí lektoři a učitelé jazyků, kteří na začátku 90. let přijeli do Prahy), měnila se i struktura diagnostických skupin - ubývalo těch, které byly označeny jako poruchy adaptace F43 a problémů s požíváním návykových látek F10-19.

V posledních dvou letech sledování byl patrný nárůst občanů ze SNS, Ukrajiny a Polska, v produktivním věku, kteří měli buď problémy s návykovými látkami (nejčastěji s alkoholem) F10, nebo trpěli adaptačními a depresivními poruchami - F43, F32.

Občané bývalé Jugoslávie byli léčeni hlavně pro depresivní a úzkostné poruchy a dále pro posttraumatickou stresovou poruchu.

Tab. č. 4: Věkové rozložení souboru mužů hospitalizovaných v letech 1992-97 v psychiatrických zařízeních v Praze

Do 19 let	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
24	73	103	76	59	31	7

Nejčastěji zastoupenou věkovou skupinou je střední věk - 30-49 let t.j. mužů v produktivním věku, kteří pravděpodobně přijížděli do České republiky za prací. Jejich další rozdělení dle země původu a typu pobytu ilustruje následující tabulka.

Tab. č. 5: Rozdělení podle státní příslušnosti, typu pobytu, profese, diagnózy duševní poruchy a věkových skupin

Země původu	Věkové skupiny							Celkem
	do 19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
Býv. SSSR	10	32	31	19	3	3	0	98
SRN	15	18	12	9	9	4	2	69
Polsko	9	19	17	12	2	2	0	61
USA	9	14	10	4	2	2	1	42
Býv. Jugoslávie	1	15	8	6	9	3	0	41
Vietnam	4	9	8	3	1	0	0	25
Velká Británie	2	5	4	3	2	1	0	17
Ostatní	5	10	9	4	1	0	1	30

1) země bývalého SSSR - dle četnosti: Ukrajina, Rusko, Moldávie, Arménie - 98 osob

typ pobytu:

- a) dlouhodobý - v 51% případů po jeho ukončení, nebo poté, co přišli o místo a tím i o legalitu pobytu,
 - b) turistický - v 65 % případů kryje nelegální pracovní migraci
- Při rozboru zaměřeném na to, ve kterém roce onemocnění vzniklo, je patrný nárůst těchto případů (obou typů) od r. 1993.

Profese: manuální - dělníci na stavbách, pomocní dělníci

Diagnostické skupiny dle četnosti jednotlivých poruch: F101, F103, F230, F239, F430, F438, F321, F451

Věkové skupiny: Nejčastěji zastoupeny jsou věkové skupiny mužů v produktivním věku, t.j. 20 - 49 let, z nich pak na 1. místě věková skupina 20-29 let

2) Německá spolková republika - 69 osob

Převládá typ pobytu turistický, v posledních dvou letech sledování se množily případy osob, které odešly svévolně z psychiatrických zařízení, kde byly pro své onemocnění dlouhodobě hospitalizovány. Jsou hospitalizováni i muži, kteří emigrovali z Československa, nyní přijíždějí do České republiky a zde se léčí pro duševní poruchy - 23% z nich bylo léčeno již v SRN (dg: F20, F31 a F32)

Diagnostické skupiny dle četnosti jednotlivých poruch: F101, F102, F107, F103, F112, F122, F20, F23, F31, F32

Přiváženi bývají velmi často muži ve stadiu těžké intoxikace neznámou látkou většinou v kombinaci s alkoholem, bez dokladů, bez svršků po kontaktu s pražským podsvětím.

Věkové skupiny: 20-29 let, následují mladí do 19 let, dále skupina 30-39letých

3) Polsko - 61 osob

typ pobytu:

- a) dlouhodobý - v 47% poté, co přišli o místo a další si hledají, čímž vlastně přicházejí o legalitu pobytu
 - b) turistický - v 79 % kryje nelegální pracovní poměr
- profese: manuální-dělníci

Diagnostické skupiny dle četnosti jednotlivých poruch: F101, F102, F438, F439, F32, F20

Věkové skupiny: 20-49 let

4) USA - 42 osob

Převládá typ pobytu dlouhodobý, v posledních třech letech sledování ubývalo pacientů z této oblasti. Také v této skupině jsme našli osoby, které se pro svou duševní poruchu již léčily v USA a jde o bývalé československé občany (dg: F20, F31 a F32).

profese: učitel jazyků, lektor, invalidní důchodce, starobní důchodce

Diagnostické skupiny dle četnosti jednotlivých poruch: F112, F122, F438, F439, F32, F21

Věkové skupiny: 20-29 let, 30-39 let, 50-59 let, 60-69 let

5) Bývalá Jugoslávie (Bosna, Chorvatsko, Srbsko) - 41 osob

typ pobytu:

a) dočasné útočiště v rámci humanitární pomoci

b) turistický

c) podnikatelé

profese: dočasné útočiště s pobytem v humanitárním zařízení, které povoluje jen brigádnickou práci, podnikatel (problémy s tím, že neplatí zdravotní pojištění), turista

Diagnostické skupiny dle četnosti jednotlivých poruch:

F431, F430, F450, F412, F32, F101

Jedná se většinou o osoby, které byly internovány v koncentračních táborech, vyhnány z domovů, které se nemají kam vrátit a reagují na své svízelné životní postavení.

Nejčastěji zastoupenou je věková skupina 20-29 letých.

6) Vietnam - 25 osob

typ pobytu:

a) dlouhodobý - podnikatel

b) turista

Diagnostické skupiny dle četnosti jednotlivých poruch: F431, F25, F31, F101

Zastoupeny jsou převážně věkové skupiny mladých mužů v produktivním věku.

7) Velká Británie - 17 osob

typ pobytu:

a) dlouhodobý

b) turisté

profese: učitel, lektor, podnikatel

Diagnostické skupiny dle četnosti jednotlivých poruch: F430, F438, F122

Ostatní země byly zastoupeny jen v malém počtu. Na prvním místě to byli muži z Rakouska (7 osob), následovali muži z Francie, dále Itálie a Holandska. Převládal typ pobytu turistický. Diagnostické skupiny: F101, F25, F431

Ženy (celkem 119 osob):

Sledovali jsme počet hospitalizací v jednotlivých letech.

Ten znázorňuje následující tabulka:

Tab. č. 6: Vývoj počtu hospitalizací v psychiatrických zařízeních v Praze v letech 1992-7 u žen

Sledovaná léta	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Počet	22	17	18	16	21	23

Z tabulky je patrné, že počet hospitalizací v psychiatrických zařízeních u žen, cizinek, které byly hospitalizovány pro duševní poruchu, se příliš nemění. Při podrobném rozboru jsme zjistili, že v průběhu let ubylo občanek USA a Velké Británie, ve věkových skupinách do 29 let, které přijely jako lektorky a učitelky jazyků a ubylo občanek bývalé Jugoslávie, které byly v ČR v rámci humanitární pomoci v dočasném útočišti. Přibylo naopak žen z Ukrajiny (servírek, pomocných pracovník ve službách). Počty dalších národností se celkem nemění. Jde však o malý vzorek a nelze tedy generalizovat.

Tab. č. 7: Věkové rozložení souboru žen hospitalizovaných v letech 1992-7 v psychiatrických zařízeních v Praze

Do 19 let	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
11	32	27	28	11	8	2

Je zřejmé, že převládají ženy v produktivním věku, mezi 20 - 49 lety.

Rozdělení podle státní příslušnosti, typu pobytu, profese diagnózy duševní poruchy a věkových skupin:

1) USA a Velká Británie - 26 osob

typ pobytu: dlouhodobý

profese: lektorka, učitelka jazyků, studentka

Diagnostické skupiny dle četnosti jednotlivých poruch: F430, F438, F45, F122

2) SNS a Ukrajina - 29 osob

typ pobytu:

- a) turistický - ze 49% kryje nelegální zaměstnání
 - b) dlouhodobý
- profese: servírka, pomocná pracovnice ve službách

Diagnostické skupiny dle četnosti jednotlivých poruch: F430, F45, F32

3) Bývalá Jugoslávie (především Bosna) - 19 osob

typ pobytu: dočasné útočiště

bez pracovního poměru

Diagnostické skupiny dle četnosti jednotlivých poruch: F431, F430

Ostatní země byly zastoupeny celkem rovnoměrně - ojediněle.

Z rozboru údajů o hospitalizovaných cizích státních příslušnících vyplývá, že jejich počet ve sledovaných letech rostl. Jednotlivé skupiny (rozdělení podle typu pobytu a zdravotního pojištění se však na počtu hospitalizovaných podílely odlišně). Rostl počet těch cizinců, u nichž turistický pobyt byl pobytem ilegálně pracovním a zdravotní poruchy, které měli a pro něž byli hospitalizováni, představovaly pro zdravotnická zařízení celou řadu problémů včetně administrativních.

5.6.3. Vývoj výskytu vybraných skupin infekčních a parazitárních onemocnění v letech 1993-1999

Data EPIDAT zdroj: www.szu.cz/cem/epidat/relat9399.htm

S nárůstem přílivu cizinců, ke kterému dochází v posledních deseti letech, roste i možnost toho, že ne všichni jsou po příchodu do České republiky zcela zdraví. Možnost, že trpí některými infekčními onemocněními, která jsou v zemích, z nichž přicházejí zcela běžná, pro nás však představuje něco, s čím jsme dosud měli velmi malou možnost se setkat (včetně odborné veřejnosti). Velkou neznámou jsou v tomto směru lidé, kteří přicházejí jako běženci, žadatelé o azyl ze zemí, o jejichž existenci jsme buď jen četli, nebo viděli snímky v zeměpisných reportážních filmech.

Z materiálů Ministerstva vnitra České republiky vyplývá, že v posledních letech výrazně roste počet žadatelů o přiznání postavení uprchlíka (zdroj: <http://www.mvcr.cz/uprchlici/stat99.html>)

Z materiálů MV vyplývá, že ČR je pro většinu žadatelů tranzitní zemí. Svědčí pro to vysoký počet předčasného ukončení žádostí o přiznání postavení uprchlíka - v r. 1999 opustilo proceduru definitivně 75% žadatelů. Tyto lidé pocházeli nejčastěji z Číny, Srí Lanky, Indie, Bangladéše, Iráku a Afghánistánu. Jsou to lidé, kteří svévolně opouštějí uprchlická zařízení a žijí v České republice mimo ně s tím, že se pravděpodobně pokoušejí o cestu do západní Evropy.

Po vstupu do České republiky je u všech provedena komplexní vstupní zdravotní prohlídka včetně vyšetření laboratorních (pro zjištění event. možnosti onemocnění některým z infekčních nebo

parazitárních onemocnění). Tato onemocnění podléhají povinnosti hlášení a dá se proto předpokládat, že se to promítlo do EPIDAT (stejně jako se tam promítá výskyt hlášených infekcí u českých občanů, kteří jimi onemocněli při svých turistických nebo pracovních cestách do zahraničí) .

Tabulka č. 8 zachycuje vývoj výskytu hlášené nemoci vybranými infekčními nemocemi v České republice v letech 1993-1999.

Tab.č. 8: Nemocnost vybranými infekčními nemocemi

Hlášená nemocnost vybranými infekčními nemocemi v České republice v letech 1993 - 1999								
nemocnost na 100.000 obyvatel (pro rok 1999 použit předběžný střední stav obyvatel)								
DG	Název onemocnění	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
A01.0	Břišní tyfus	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
A01.1	Paratyfus A	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
A01.2	Paratyfus B	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
A02N	Nosičství salmonel	***	13.3	19.0	14.5	13.2	17.0	14.3
A02	Salmonelózy	417.4	478.9	509.0	452.0	374.0	476.4	421.0
A02.1	Salmonelová septikémie	***	***	***	0.2	0.2	0.3	0.3
A03	Shigelóza	11.6	17.4	16.9	7.8	6.0	5.0	5.0
A04	Jiné bakteriální střevní infekce	20.8	19.8	21.1	28.5	19.9	18.7	18.3
A04.5	Kampylobakteriáza	21.7	22.0	29.3	22.1	35.2	53.8	95.6
A05	Jiné bakteriální intoxikace	8.9	3.9	8.9	6.0	3.2	4.8	5.0
A05.1	Botulismus	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
A06	Amébóza	0.1	0.2	0.2	0.2	0.4	0.2	0.4
A07.1	Giardióza	10.8	9.1	6.4	4.3	3.4	2.7	2.4
A07.2	Kryptosporidióza	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
A08	Virové střevní infekce	0.6	1.7	1.9	7.7	4.6	8.9	7.8
A09	Gastroenteritida vs. infekční	7.8	12.4	12.3	12.7	10.0	6.4	12.3
A21	Tularémie	0.2	0.4	0.8	0.3	0.4	2.2	2.2
A26	Erysipeloid	0.2	0.2	0.3	0.2	0.1	0.4	0.3
A27	Leptospiróza	0.4	0.3	0.5	0.2	0.5	1.0	0.2
A32	Listerióza	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
A37.0	Pertusse	0.7	0.7	0.2	1.2	1.1	0.2	0.9
A37.1	Parapertusse	0.2	0.4	0.3	0.6	1.0	0.2	0.5
A38	Spála	101.6	141.8	127.3	58.9	42.5	55.3	48.5
A39	Meningokoková onemocnění	1.0	1.6	2.1	2.1	1.6	0.9	0.9
A40	Streptokoková septikémie	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1	0.1
A41	Jiná septikémie	0.3	0.4	1.1	1.9	1.3	1.1	1.3
A42	Aktinomykóza	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
A46	Růže	28.7	26.2	27.6	26.2	27.9	28.8	30.6
A48.0	Plynatá snět	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
A48.1	Legionelóza	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
A48.3	Syndrom toxického šoku	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
A69.2	Lymeská borrelióza	36.5	39.3	61.0	40.6	24.0	20.8	26.4
A70	Ornitóza	0.0	0.2	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0
A78	Horečka Q	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
A84.1	Středoevropská klíšťová encefalitida	6.1	6.0	7.2	5.5	4.0	4.1	4.8
A86	Neurčená virová encefalitida	***	0.6	0.9	1.0	0.6	0.6	0.3
A87.0	Enterovirová meningitida	0.2	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.0
A87.8	Jiné virové meningitidy	***	0.4	0.3	0.2	0.2	0.3	0.4
A87.9	Virová meningitida, NS	6.1	4.5	4.3	4.6	5.9	5.8	2.7
A88	Jiné virové infekce CNS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
A89	Neurčená virová infekce CNS	***	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1
A90	Dengue	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
B00	Herpes simplex	0.4	0.4	0.4	0.6	0.8	0.6	0.7
B01	Varicella	690.8	438.3	468.0	397.7	442.6	494.5	361.1
B02	Herpes zoster	60.8	53.3	58.8	59.8	58.7	57.1	60.9
B05	Spalničky	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.2	0.0
B06	Zarděnky	5.4	18.2	7.4	27.6	8.3	66.2	9.5

Podpora integrace cizinců v ČR, Projekt Ministerstva vnitra ČR 2001

B08	Jiné virové exantem. infekce	12.9	3.9	2.2	3.2	10.8	31.4	4.8
B15	Virová hepatitida A	8.5	9.1	10.6	20.2	11.6	8.8	9.1
B16	Akutní hepatitida B	7.3	6.9	5.8	6.6	5.5	5.6	6.2
B17.1	Akutní hepatitida C	1.4	1.1	2.0	2.5	2.2	3.1	3.2
B17.2	Akutní hepatitida E	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0
B17.8	Jiná akutní virová hepatitida	***	0.6	0.3	0.2	0.2	0.2	0.1
B18	Chronická virová hepatitida B	***	0.2	0.2	0.2	0.4	0.5	0.7
B18.2	Chronická virová hepatitida C	0.1	0.1	0.1	0.2	0.5	1.3	3.0
B18.8	Jiná chron. virová hepatitida	***	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
B19	Neurčená virová hepatitida	0.7	0.4	0.5	0.4	0.3	0.1	0.1
B26	Parotitida	14.9	16.2	56.3	55.8	8.6	4.0	1.1
B27	Infekční mononukleóza	37.3	38.8	34.7	34.0	29.5	28.8	27.6
B35	Dermatofytóza	3.3	4.3	8.3	6.7	7.4	8.1	11.6
B36	Jiné povrchové mykózy	0.5	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
B37	Kandidóza	0.0	0.1	0.2	0.4	0.5	0.4	0.4
B39	Histoplazmóza	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
B49	Neurčená mykóza	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1
B50_54	Malárie	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.3	0.2
B58	Toxoplazmóza	8.3	19.9	14.7	11.8	9.2	7.5	8.3
B67	Echinokokóza	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
B68	Tenióza	0.2	0.2	0.1	0.2	0.1	0.3	0.5
B68.1	Tenióza: <i>Taenia saginata</i>	0.7	0.7	0.5	0.3	0.3	0.4	0.3
B75	Trichinóza	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
B76	Ankylostomóza	0.1	0.2	0.2	0.0	0.1	1.0	3.0
B77	Askarióza	1.4	1.8	1.6	1.4	1.0	1.5	2.1
B79	Trichurióza	0.8	0.9	1.6	0.3	0.3	0.7	1.3
B80	Enterobióza	32.7	35.8	35.4	30.2	26.6	25.4	23.6
B81	Jiná střevní helmintóza	0.0	0.3	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1
B83.0	Toxokaróza	0.5	0.5	1.5	1.7	1.9	1.5	1.7
B85	Zavšivení	8.1	5.5	3.7	1.8	1.7	1.4	2.1
B86	Svrab	136.4	132.8	119.6	106.4	85.0	83.8	79.4
B96.3	Závažné hemofilové infek. HiB	***	***	***	***	***	***	1.0
G00	Bakteriální meningitida	2.8	2.4	3.0	2.5	2.7	2.6	1.7
G51	Poruchy lícního nervu	1.0	0.6	0.8	0.6	0.8	0.8	0.9
G61	Zánětlivá polyneuropatie	0.0	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.2
J17	Pneumonie	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
W54	Poranění psem	40.0	30.4	32.5	30.0	29.1	28.1	29.9
W55	Poranění jinými savci	***	***	***	1.3	4.9	5.6	6.1
*** nekompatibilní sledování, validní údaje nejsou k dispozici								
Stav databáze Epidatu ke dni 11.2.2000								
Národní referenční centrum pro analýzu epidemiologických dat SZÚ - CEM								

U některých onemocnění je souvislost s příchodem většího počtu osob z oblastí obvyklého výskytu těchto onemocnění přímo patrná (např. B76, B79), v r. 1999 je patrný nárůst výskytu těchto onemocnění.

To vše klade nároky na diferenciální diagnostiku chorob a jejich léčbu zvláště v místech, kde se nacházejí uprchlická zařízení a kde je nutno mnohdy bojovat i s xenofobií a předpojatostí místního obyvatelstva.

5.7. Struktura cizinců využívající zdravotní péči na území ČR

Tento oddíl se kromě popisu struktury cizinců využívajících zdravotní péči na území ČR bude zabývat okruhem témat týkajících se úhrady zdravotní péče. Zvláště důležitá je problematika neuhrazených pohledávek.

Jak již bylo zmíněno dříve, Česká republika disponuje pouze minimální datovou základnou týkající se zdravotní péče o cizince, a proto se ve své práci můžeme opírat pouze o dva datové zdroje.

V souvislosti se Zákonem o pobytu cizinců z roku 1999 a přípravami ČR na vstup do Evropské Unie bylo od roku 2000 zahájeno Ministerstvem zdravotnictví nové statistické zjišťování o čerpání zdravotní péče cizinci. Toto šetření se provádí pomocí *Ročního výkazu o čerpání zdravotní péče cizinci*. Ze zákona je Výkaz povinná vyplnit každá nemocnice (státní i nestátní) všech resortů (začleněná zařízení nemocnice, např. kojenecký ústav, léčebna dlouhodobě nemocných, se do zpracování nezahrnují). Do šetření jsou zahrnuti všichni ošetření cizinci mimo těch, kteří mají zdravotní péči hrazenou ze zákonného zdravotního pojištění zdravotním pojišťovnami v ČR. Do této kategorie spadají osoby s trvalým pobytem v ČR a cizinci, kteří se zaměstnavatelem uzavřeli pracovní vztah podle českých předpisů. Znamená to tedy, že šetření se týká se cizinců s vízem nebo bez víza na krátkodobém pobytu do 90 dnů a cizinců pobývajících u nás na dlouhodobém pobytu s vízem nad 90 dnů.

V současnosti existují z tohoto šetření výsledky pouze pro rok 2000. Z tab. č. 9 je patrné, že celkový počet ošetřených cizinců činil 47 774 osob. Největší podíl - více než 1/5 připadal na cizince z kategorie ostatní (tj. na cizince jejichž země původu není známa). Druzí nejvíce zastoupení byli Ukrajinci, následováni Vietnamci, Slováky a osobami spadajícími do kategorie Ostatních země SSSR. Osoby pocházející z některé země Evropské Unie (EU) se na celkovém podílu ošetřených cizinců podíleli méně než 1/5. Z těchto zemí byli nejvíce zastoupeni lidé pocházející z Německa. Následovaly je osoby pocházející z Velké Británie a Nizozemí.

Tab.č. 9: Cizinci dle státní příslušnosti, věk. skupin a způsobu úhrady zdr. péče (k 31.12. 2000)

Země původu	Celkem	Věková skupina				Ze smluv. pojišť. v ČR		Ze zahr. pojišť.		Počet osob čerpajících zdravotní péči		
		0 -14	15 - 19	20 - 59	60+	Hotově	Uhrazena		Celkem			
							Státními orgány	Neuhrazena				
Belgie	169	27	32	92	18	2	28	123	1	8	15	
Dánsko	198	22	17	125	34	3	66	114	2	4	13	
Finsko	88	6	9	64	9	7	18	58	2	1	3	
Francie	544	76	40	382	46	29	90	347	34	11	44	
Irsko	86	10	10	65	1	7	14	24	35	2	6	
Itálie	413	37	23	307	46	16	59	312	4	9	22	
Luce mbursko	15	2	0	10	3	0	2	12	0	1	1	
Německo	4 085	525	462	2 289	809	56	618	3 049	28	200	334	
Nizozemí	730	104	70	480	76	19	175	487	3	25	46	
Portugalsko	40	0	1	38	1	3	5	22	5	2	5	
Rakousko	339	42	19	233	45	10	46	249	7	22	27	
Řecko	563	15	141	391	16	9	19	307	193	15	35	
Španělsko	147	17	7	103	20	9	29	98	2	3	9	
Švédsko	202	26	20	137	19	0	51	120	1	11	30	
Velká Británie	1 000	131	92	686	91	18	159	357	316	86	150	
Země EU celkem	8 619	1 040	943	5 402	1 234	188	1 379	5 679	633	400	740	
Čína	834	241	85	487	21	270	116	406	18	7	24	
Chorvatsko	211	53	27	115	16	37	18	112	16	18	28	
Jugoslávie	773	156	34	544	39	143	45	248	269	50	68	
Maďarsko	96	14	6	65	11	10	13	47	10	9	16	
Polsko	1 608	175	209	1 149	75	75	48	523	683	176	279	
Slovensko	5 262	670	390	3 776	426	350	1 582	2 250	131	518	949	
Slovinsko	63	10	3	48	2	16	9	29	5	3	4	
Ukrajina	8 522	1 252	283	6 820	167	1 453	570	5 210	461	389	828	
Ostatní země býv.SSSR*	4 482	1 120	263	2 821	278	600	631	1 574	1 392	119	285	
Vietnam	6 829	2 025	151	4 607	46	3 568	97	2 163	520	180	481	
Ostatní**	10 475	1 596	635	7 038	1 206	1 538	1 276	3 931	2 732	417	998	
Počet cizinců celkem	47 774	8 352	3 029	32 872	3 521	8 248	5 784	22 172	6 870	2 286	4 700	

Zdroj: Roční výkaz o čerpání zdravotní péče cizinci, ÚZIS, MZ

* Azerbajdžán, Bělorusko, Estonsko, Gruzie, Kazachstán, Kyrgyzstán, Lotyšsko, Rusko (federace), Tádžikistán, Turkmenistán, Uzbekistán

** Cizinci jejichž země původu není známa

Co se týče rozložení osob podle věku, ve všech zemích bylo nejvíce ošetřeno osob ve věkové kategorii 20 - 59 let, což není nijak překvapivé vzhledem k tomu, že tato věková kategorie má nejširší časové vymezení. U cizinců pocházejících ze zemí mimo EU je možné vysledovat, že druhá nejvíce zastoupená kategorie jsou cizinci ve věkové kategorii 0 -14 let. Pro další věkové skupiny nelze pro státy mimo EU vysledovat společný trend stejně jako pro druhá a násobná pořadí rozdělení podle věkových skupin u cizinců pocházejících ze zemí EU.

Z hlediska úhrady zdravotní péče je možno konstatovat, že všichni zahrnutí cizinci kromě těch, kteří pocházejí z Vietnamu preferují platbu v hotovosti (myslí se tím i bezhotovostní způsob platby). Cizinci pocházející ze zemí EU upřednostňují na druhém místě úhradu z pojistky sjednané v zahraničí. Platba z pojistky uzavřené v ČR je poměrně ojedinělá. U ostatních cizinců není situace tak jednoznačná, ale je patrný trend preferování úhrady ošetření z pojištění sjednaného v ČR před pojištěním sjednaným v zahraničí. Státní orgány platí zdravotní péči pokud jsou cizinci žadatelé o azyl, držitelé víza za účelem strpení nebo za účelem dočasné ochrany nebo pokud to vyplývá z bilaterálních mezivládních smluv. V sestupném pořadí se na státních výdajích podílejí téměř 1/2 cizinci kategorie Ostatní země bývalého SSSR a cizinci pocházející z Polska, Vietnamu a Ukrajiny. Podíl cizinců pocházejících ze zemí EU je na celkovém počtu cizinců majících výdaje hrazeny státními orgány menší než 1/10 a je rozložen velmi nerovnoměrně. Nejvíce se podílí Velká Británie a Řecko a to 80 %.

Nejvíce pohledávek po lhůtě splatnosti mají české nemocnice u cizinců pocházejících ze Slovenska, dále pak u cizinců z kategorie Ostatní a u Ukrajinců. Překvapivě vysoký počet neuhrazených plateb vzkazují cizinci pocházející z Německa.

Tab.č. 10: Celkové náklady v tis. Kč na zdravotní péči dle věk. skupin a způsobu úhrady (k 31.12. 2000)

Země původu	Náklady celkem	Náklady podle věkových skupin				Ze smluv. Pojišť. v ČR	Ze zahr. pojišť.	Náklady podle způsobu úhrady			Celkem
		0 -14	15 - 19	20 - 59	60+			Uhrazeny	Neuhrazeny		
							Hotově	Státními orgány			
Belgie	1 150	127	160	617	246	10	406	437	0	239	297
Dánsko	3 720	174	215	2 071	1 260	109	2 153	1 344	13	7	101
Finsko	342	14	41	244	43	16	101	202	11	4	12
Francie	4 017	529	361	2 635	492	54	1 168	1 747	49	262	999
Irsko	1 514	127	87	1 299	1	5	54	225	313	881	917
Itálie	2 921	163	301	1 871	586	62	278	1 690	1	573	890
Lucembursko	182	1	0	131	50	0	95	56	0	31	31
Německo	46 996	5 664	3 044	24 997	13 291	375	13 952	17 378	259	7 700	15 032
Nizozemí	7 227	2 007	526	3 296	1 398	36	2 745	1 953	1	667	2 492
Portugalsko	848	0	1	842	5	3	22	64	1	756	758
Rakousko	3 725	277	90	2 445	913	15	383	2 248	4	694	1 075
Řecko	6 265	81	1 334	4 784	66	14	1 663	1 495	1 693	248	1 400
Španělsko	1 748	132	36	613	967	39	411	372	3	18	923
Švédsko	1 713	147	133	898	535	1	444	656	0	486	612
Velká Británie	5 992	1 060	372	3 638	922	73	1 319	1 348	1 342	895	1 910
Země EU celkem	88 360	10 503	6 701	50 381	20 775	812	25 194	31 215	3 690	13 461	27 449
Čína	5 714	1 450	538	3 681	45	2 072	272	2 879	12	409	479
Chorvatsko	869	152	74	606	37	112	67	522	25	64	143
Jugoslávie	5 046	1 611	163	2 961	311	320	218	1 243	2 794	302	471
Maďarsko	1 837	34	6	1 776	21	21	557	594	639	20	26
Polsko	10 793	386	1 673	7 028	1 706	137	411	2 719	5 175	1 202	2 351
Slovensko	52 521	7 675	3 546	35 443	5 857	1 365	28 653	6 147	710	4 810	15 646
Slovinsko	312	21	4	280	7	39	13	230	14	6	16
Ukrajina	63 752	11 382	4 121	45 741	2 508	3 983	3 219	18 237	4 762	17 570	33 551
Ostatní země býv.SSSR*	30 767	6 741	980	21 597	1 449	1 644	5 157	6 964	9 458	2 391	7 544
Vietnam	30 203	10 864	422	18 697	220	10 169	124	6 720	4 283	1 670	8 907
Ostatní**	80 639	8 942	3 159	46 274	22 264	4 199	17 724	24 298	7 449	9 001	26 969
Náklady celkem	370 813	59 761	21 387	234 465	55 200	24 873	81 609	101 768	39 011	50906	123 552

Zdroj: Roční výkaz o čerpání zdravotní péče cizinci, ÚZIS, MZ

* Azerbajdžán, Bělorusko, Estonsko, Gruzie, Kazachstán, Kyrgyzstán, Lotyšsko, Rusko (federace), Tádžikistán, Turkmenistán, Uzbekistán

Z tab. č. 10 vyplývá, že země u kterých byl zaznamenán největší počet osob přijímajících zdravotní péči od českých nemocnic se také, i když v odlišném pořadí, nejvíce podílejí na nákladech na zdravotní péči. V případech cizinců pocházejících mimo státy EU se tedy jedná o cizince z kategorie Ostatní, Ukrajince, Slováky, cizince z kategorie Ostatní země bývalého SSSR a Vietnamce, v členských státech pak o Němce, Nizozemce a cizince pocházející z Velké Británie.

Co se týče nákladů na zdravotní péči podle věku největší podíl na tvoří u všech sledovaných zemí s výjimkou Španělska věková skupina 20 - 59 let.

Největší podíl nákladů je u cizinců pocházejících jak z členských zemí EU tak z nečlenských zemí hrazen hotově. U cizinců z členských zemí EU dále pak ze zahraničního pojištění a následně státními orgány. Podíl úhrad ze smluvního pojištění sjednaného v ČR je minimální. U nečlenských zemí je rozložení obdobné s tím, že částka hrazená ze smluvního zdravotního pojištění sjednaného v ČR je na celkových uhrazených nákladech relativně vyšší. Cizinci z nečlenských zemí EU mají větší tendenci uzavírat zdravotní pojištění v ČR než cizinci z členských zemí.

Výše nesplacených pohledávek s prošlou lhůtou splatnosti je velmi různorodá. Absolutně nejvyšší částky dluží českým nemocnicím cizinci přicházející z Ukrajiny, dále pak skupina cizinců, jejichž země původu není známa, Slováci, překvapivě Němci a cizinci z kategorie Ostatní země SSSR.

Pokud počty cizinců vydělíme náklady na zdravotní péči získáme průměrnou cenu jednoho ošetření tak, jak je zaznamenáno v Tab. 11.

Tab. č.11: Prům. cena ošetření jednoho cizince v tis. Kč dle věk. sk. a způs. úhrady (k 31.12. 2000)

Země původu	Celkem	Věková skupina				Ze smluv. pojišť. v ČR	Ze zahr. pojišť.	Počet osob čerpajících zdravotní péči			Celkem
		0 -14	15 - 19	20 - 59	60+			Uhrazena Hotově	Státními orgány	Neuhrazena	
Belgie	7	5	5	7	14	5	15	4		30	20
Dánsko	19	8	13	17	37	36	33	12	7	2	8
Finsko	4	2	5	4	5	2	6	3	6	4	4
Francie	7	7	9	7	11	2	13	5	1	24	23
Irsko	18	13	9	20	1	1	4	9	9	441	153
Itálie	7	4	13	6	13	4	5	5	0	64	40
Luce mbursko	12	1		13	17		48	5		31	31
Německo	12	11	7	11	16	7	23	6	9	39	45
Nizozemí	10	19	8	7	18	2	16	4	0	27	54
Portugalsko	21		1	22	5	1	4	3	0	378	152
Rakousko	11	7	5	10	20	2	8	9	1	32	40
Řecko	11	5	9	12	4	2	88	5	9	17	40
Španělsko	12	8	5	6	48	4	14	4	2	6	103
Švédsko	8	6	7	7	28		9	5	0	44	20
Velká Británie	6	8	4	5	10	4	8	4	4	10	13
Země EU celkem	10	10	7	9	17	4	18	5	6	37	37
Čína	7	6	6	8	2	8	2	7	1	58	20
Chorvatsko	4	3	3	5	2	3	4	5	2	4	5
Jugoslávie	7	10	5	5	8	2	5	5	10	6	7
Maďarsko	19	2	1	27	2	2	43	13	64	2	2
Polsko	7	2	8	6	23	2	9	5	8	7	8
Slovensko	10	11	9	9	14	4	18	3	5	9	16
Slovinsko	5	2	1	6	4	2	1	8	3	2	4
Ukrajina	7	9	15	7	15	3	6	4	10	45	41
Ostatní země býv.SSSR*	7	6	4	8	5	3	8	4	7	20	26
Vietnam	4	5	3	4	5	3	1	3	8	9	19
Ostatní**	8	6	5	7	18	3	14	6	3	22	27
Počet cizinců celkem	8	7	7	7	16	3	14	5	6	22	26

Zdroj: Roční výkaz o čerpání zdravotní péče cizinci, ÚZIS, MZ

* Azerbajdžán, Bělorusko, Estonsko, Gruzie, Kazachstán, Kyrgyzstán, Lotyšsko, Rusko (federace), Tádžikistán, Turkmenistán, Uzbekistán

** Cizinci jejichž země původu není známa

Z tohoto přehledu vyplývá, že ošetření cizince pocházejícího ze zemí EU je v průměru o více než 2000 Kč dražší než ošetření ostatních cizinců. Dále je možné vypočítat určitý trend, kdy průměrně nejdražší se zdají být ta ošetření, která jsou hrazena z pojistek sjednaných v zahraničí, naopak nejlevnější jsou ta, která jsou hrazena ze smluvního pojištění sjednaného v ČR. Ve vztahu k pohledávkám neuhrazeným po lhůtě splatnosti se nejdražší zdravotní péče dostává, pokud pomíneme extrémní případy Irska a Portugalska, cizincům pocházejícím z Itálie, Číny a Ukrajiny.

Z hlediska možnosti další analýzy by bylo vhodné znát délku pobytu jednotlivých cizinců na našem území. V soudobém šetření tak není bohužel rozlišeno např. mezi cizincem - turistou a cizincem žijícím na našem dlouhodobě. Pro orientaci uvádíme v Tab. 12 počty cizinců žijících v roce 2000 na našem území dlouhodobě, tzn. těch, kteří mají vízum nad 90 dnů nebo povolení k trvalému pobytu. Dále se domnívám, že v šetření MZV by bylo vhodné vyčlenit z kategorie Ostatní cizince přicházející z USA a Kanady. Na našem území se jich zdržuje relativně velký počet, a tak by bylo vhodné zná detailnější údaje o jejich zdravotním pojištění. Výše analyzované šetření poměrně dobře postihuje situaci v nemocnicích. Nezabývá se však cizinci ošetřeny u soukromých praktických lékařů. Z dat poskytnutých nemocnicemi nelze tedy dělat závěry o celkové zdravotní péči o cizince na území ČR, protože podíl cizinců ošetřených u praktických lékařů na celkovém počtu cizinců ošetřených na území ČR je jistě značný.

Podpora integrace cizinců v ČR, Projekt Ministerstva vnitra ČR 2001

Tab. č. 12: Cizinci s povolením k trvalému pobytu, vízem nad 90 dnů podle státní příslušnosti - vybrané státy (k 31.12. 2000)

Stát	Druh povolení k pobytu		
	Trvalý pobyt	Vízum nad 90 dnů	Celkem
Belgie	71	204	275
Dánsko	46	97	143
Finsko	26	74	100
Francie	263	802	1 065
Irsko	15	73	88
Itálie	598	561	1 159
Lucembursko	2	7	9
Německo	2 536	2 432	4 968
Nizozemí	165	562	727
Portugalsko	11	15	26
Rakousko	810	1 049	1 859
Řecko	759	166	925
Španělsko	98	101	199
Švédsko	201	179	380
Velká Británie	356	1 134	1 490
Země EU celkem	5 957	7 456	13 413
Čína	141	3 410	3 551
Chorvatsko	1 137	811	1 948
Jugoslávie	1 691	1 989	3 680
Maďarsko	340	93	433
Polsko	11 769	5 281	17 050
Slovensko	11 129	33 136	44 265
Slovinsko	90	68	158
Ukrajina	8 774	41 438	50 212
Ostatní země býv. SSSR*	5 868	12 764	18 632
Vietnam	8 238	15 318	23 556
Bez státní příslušnosti	410	35	445
Celkem vybrané státy	49 587	114 343	163 930
Spojené státy americké	1 647	1 591	3 238
Kanada	150	248	398
Celkem včetně nespecifikovaných	66 891	134 060	200 951

Zdroj: Policejní prezidium, ŘSCPP, MV

* Ázerbajdžán, Bělorusko, Estonsko, Gruzie, Kazachstán, Kyrgyzstán, Lotyšsko, Rusko (federace), Tádžikistán, Turkmenistán, Uzbekistán

Vzhledem k tomu, že problematika zdravotní péče o cizince je dosti komplikovaná a nepřehledná, ukázka konkrétních problémů bude nastíněna v následující případové studii.

5.8. Případová studie - velká nemocnice v Praze - stav za rok 2000

Během roku 2000 bylo ošetřeno 2284 cizinců, z toho 572 pocházelo ze států EU, což je 25 % z celkového počtu. Nejvíce ošetřených cizinců pocházelo z Ukrajiny, dále pak ze Slovenska, Německa a Velké Británie. Celkové náklady na péči o cizince činily 25 609 000 Kč. Náklady na příslušníky států EU činily 35 % celkových nákladů na zdravotní péči o cizince. Z údajů o příslušnicích EU vyplývá, že jejich podíl na celkovém objemu nákladů (25 %) je větší než jejich podíl na celkovém počtu osob (35 %). To svědčí o nadprůměrné nákladovosti na příslušníky států EU.

Celková suma nákladů na zdravotní péči o cizince za rok 2000 činila 25 609 000 Kč. Z této částky bylo uhrazeno 10 496 000 Kč. Největší podíl na úhradách zdravotní péče měly platby prováděné v hotovosti. Významně se též podílely platby plynoucí ze zahraničního pojištění. Méně častá byla úhrada prostřednictvím státních orgánů. Platby prováděné ze smluvního zdravotního pojištění v ČR byly na celkovém objemu plateb téměř zanedbatelné.

Tab. č. 13: Způsoby úhrad pojištění u VZP

Typ platby	%
Hotově	55,43
Ze zahraničního pojištění	29,01
státními orgány	15,18
Ze smluv. Pojištění v ČR	0,38
Celkem	100,00

Zdroj: VZP

5.8.1. Neuhrazená péče

Cizinci dlužili 15 113 000 Kč, z toho 4 987 000 po lhůtě splatnosti, tedy s velmi malou pravděpodobností možnosti úhrady. Největší objem neuhrazených nákladů na zdravotní péči po lhůtě splatnosti tvoří cizinci přicházejí z Ukrajiny, dále pak stejnou měrou cizinci z Velké Británie a cizinci ze zemí bývalého Sovětského svazu (s výjimkou z Ukrajiny).

Příjmy nemocnice od cizinců činily v roce 2000 19 421 145 Kč. Z předchozích údajů již víme, že za péči realizovanou pouze v roce 2000 bylo cizinci zapláceno 10 496 000 Kč. Je proto zřejmé, že zbytek příjmů od cizinců tvořily doplatky za předchozí roky. Doplatky dluhů za předchozí léta tvořily 46 % celkových příjmů od cizinců v roce 2000.

Z následující tabulky je patrné, že celkový objem příjmů od cizinců měl v průběhu let tendenci se spíše zvyšovat. Je nutné se ale vyvarovat přílišného optimismu nad tímto trendem, protože, jak již bylo zmíněno, platby v příslušném roce v sobě obsahují též doplatky dluhů za předchozí roky.

Tab. č. 14: Dluhy na pojistném u VZP v letech 1997 - 2000

Rok	Částka
1997	11 332 036
1998	18 179 806
1999	16 357 730
2000	19 421 145

Zdroj: VZP

Fakt, že dluhy cizinců tvoří pro nemocni narůstající problém dobře ilustruje například vývoj objemu neuhrazených pohledávek cizinců samoplátců. Z následující tabulky je patrné, že v polovině 90. let dosahovaly dlužné částky mnohem menších hodnot než je tomu dnes. Nízké dluhy samoplátců v roce 1995 a 1996 jsou podle výpovědí zaměstnanců cizineckého oddělení VFN kombinací dvou faktorů: Za prvé, celkově nižším počtem ošetřených cizinců tj. menším potenciálem vytvořit dluh. Za druhé, spoluprací s vymahačskou firmou. Spolupráce s touto firmou byla z počátku dobrá a efektivní. Později se její nároky ale stupňovaly a nemocnice byla z důvodu nevýhodnosti opustit od spolupráce.

Tab. č. 15: Vývoj neuhrazených pohledávek cizinců samoplátců

Rok	Hospitalizace	Ambulance	Celkem
1995	46 000	0	46 000
1996	0	0	0
1997	345 175	0	345 175
1998	6 511 544	21 819	6 533 363
1999	6 241 936	92 933	6 334 869
2000	10 000 393	321 157	10 321 550

Zdroj: VZP

Z předchozího rozboru je patrné, že Všeobecná fakultní nemocnice se potýká se značnými obtížemi co se týče plateb od cizinců. Ze sporých dat, která jsou dostupná k této problematice, je zřejmé, že jde o problém narůstající. I když zde by ukázán pouze příklad jedné nemocnice, je nutné konstatovat, že ve větší či menší míře je problematika plateb od cizinců aktuální v celé síti českých nemocnic.

5.9. Struktura cizinců pojištěných u VZP

V České republice vedle sebe koexistuje systém *veřejného zdravotního pojištění* a systém *smluvního zdravotního pojištění*.

Systém veřejného zdravotního pojištění zajišťují (k 1.4. 2001) VZP, Pojišťovna MV, Oborová zdravotní pojišťovna bank a pojišťoven, Vojenská zdravotní pojišťovna, Zaměstnanecká zdravotní

pojišťovna ŠKODA, Revírní bratrská pokladna, ZP Metal - Aliance, Česká národní ZP a Hutnická zaměstnanecká pojišťovna.

Pojišťovny ze systému veřejného zdravotního pojištění poskytují i služby *smluvního (komerčního)* zdravotního pojištění, kromě nich, ale mohou tyto služby poskytovat i další komerční pojišťovny. Na území ČR existují dva typy smluvního zdravotního pojištění – dlouhodobé a krátkodobé. Licenci k poskytování služby dlouhodobého smluvního pojištění má pouze VZP. Krátkodobé smluvní pojištění poskytují i další komerční pojišťovny.

Podle druhu pobytu a podle typu činnosti na území ČR mají cizinci možnost vstupu do systému všeobecného zdravotního pojištění. VZP je největší pojišťovnou poskytující služby cizincům v rámci veřejného zdravotního pojištění. V rámci smluvního pojištění je její podíl též majoritní. Struktura jejich pojištěnců podle typu zařazení cizince do systému zdravotního pojištění je následující:

5.9.1. Cizinci využívající systém veřejného zdravotního pojištění

Podmínkou pro využití systému veřejného zdravotního pojištění pro cizince je trvalý pobyt na území ČR nebo práce pro zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR a cizinec je s ním v pracovně-právním vztahu uzavřeném podle českých právních předpisů. V těchto případech mají cizinci stejná práva a povinnosti jako občané ČR. Cizinci s trvalým pobytem mají růžový průkaz označený 01-VŠEOB, cizinci bez trvalého pobytu zaměstnaní v ČR (za výše uvedených podmínek) mají zelený průkaz označený 1Z.

Tab. č. 16: Počet pojištěnců VZP v rámci veřejného pojištění letech 1997 - 2000

Rok	Celkem pojištěnců VZP	Z toho cizinců			Podíl cizinců
		Muži	Ženy	Celkem	v %
2 000	7 360 606	50 515	35 780	86 295	1,172
1 999	7 626 589	45 764	33 371	79 135	1,038
1 998	7 763 025	47 527	33 339	80 866	1,042
1 997	7 825 216	46 613	31 420	78 033	0,997

Zdroj: VZP

Z tabulky vyplývá trend nárůstu absolutního celkového počtu cizinců. Tendence nárůstu počtu pojištěnců platí i odděleně podle pohlaví. Podíl cizinců na celkovém počtu pojištěnců VZP má také vzrůstající tendenci. Tato tendence je způsobena jednak absolutním nárůstem počtu pojištěných cizinců, též ale snižováním celkového počtu pojištěnců VZP.

5.9.2. Cizinci využívající systém smluvního zdravotního pojištění

Pokud jsou cizinci zaměstnaní u zaměstnavatele, který má sídlo mimo území ČR a nebo mají pracovně právní vztah uzavřen podle jiných než českých právních předpisů, v ČR studují na jiné než

vládní náklady, podnikají nebo pobývají jako turisté, nemohou vstoupit do systému veřejného pojištění, musí uzavřít smluvní zdravotní pojištění.

V rámci systému smluvního zdravotního pojištění existuje pojištění *dlouhodobé a krátkodobé*.

- **Dlouhodobé smluvní zdravotní pojištění**

Je určeno osobám, které mají v ČR dlouhodobý pobyt. VZP poskytují těmto klientům obdobnou péči jakou pojištěncům veřejného zdravotního pojištění (viz Podmínky dlouhodobého smluvního zdravotního pojištění). Klient má možnost uzavřít tento druh pojištění podle individuálních potřeb s přihlédnutím k osobním faktorům (věk, pohlaví, délka pobytu, zdravotní stav). Výše plnění v případě pojistné události může dosáhnout maximálního limitu plnění, který činí 1 000 000 Kč. Tito smluvní pojištěnci mají průkazy zelené barvy se zřetelným označením "Smluvní zdravotní pojištění" s vyznačenou dobou platnosti, tj. dobou, na kterou bylo zapláceno pojistné.

Toto pojištění se vztahuje na případy zdravotní péče:

- diagnostické
- léčebné
- ambulantní
- nemocniční
- úhradu léků a prostředků zdravotnické techniky ve stejné výši jako pojištěncům veřejného zdravotního pojištění, s výjimkou sluchadel, elektrických vozíků pro invalidy a myoelektrických protéz. Brýle a optické pomůcky předepsané očním lékařem (brýle od -3 do +3 dioptrií) jsou hrazeny v limitu 600,- Kč na osobu a rok.

Pojištění se nevztahuje na zubní ošetření a ošetření v těhotenství. V těchto případech je nutné zaplatit zvláštní zvýšené sazby. Podmínkou k uzavření smlouvy je absolvování vstupní lékařské prohlídky.

Výše sazeb pojistného závisí na věku a pohlaví. Pojistné se platí v české měně buď v hotovosti, poštovní poukázkou nebo bezhotovostním převodem.

Tabulka č. 17: Sazebník smluvního zdravotního pojištění osob s dlouhodobým pobytem na území ČR pro rok 2001 (v Kč za měsíc)

Věk	Standard		Akutní stomatologie		Gravidita	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Standard	Akutní stomatologie
0-17*	750	750	975	975	**	**
0-17	1200	1200	1560	1560	**	**
18-29	1150	1350	1380	1620	2025	2295
30-32	1200	1500	1440	1800	2250	2550
33-35	1260	1670	1512	2004	2505	2839
36-38	1330	1850	1596	2220	2775	3145
39-41	1500	2030	1800	2436	3045	3451
42-44	1680	2200	2016	2640	3300	3740
45-47	1910	2360	2292	2832	3540	4012
48-50	2160	2510	2592	3012	3765	4267
51-53	2480	2680	2728	2948	**	**
54-56	2820	2800	3102	3080	**	**
57-59	3120	2930	3432	3223	**	**
60-62	3470	3160	3817	3476	**	**
63-64	3560	3230	3916	3553	**	**
65-67	4000	3600	4400	3960	**	**
68-70	4300	3900	4730	4290	**	**

*) Tato zvýhodněná sazba platí pouze v případě pojištění všech dětí v rodině, je-li v rodině více dětí, a nejsou všechny pojištěnci VZP ČR, platí sazba níže uvedená.
**) Případné výjimečné případy se budou řešit individuálně.

Tab. č. 18: Počet dlouhodobých komerčních pojistných smluv VZP v letech 1997 - 2000

Rok	Počet pojistných smluv VZP
2 000	8 135
1 999	7 081
1 998	6 323
1 997	5 031

Zdroj: VZP

Z tabulky je patrné, že počet pojistných smluv tohoto druhu stoupá, a to poměrně strmě. Během 4 let je parný více než 50ti procentní nárůst.

V roce 2000 byla národnostní struktura těchto pojištěnců VZP následující:

Tab. č. 19: Pojištěnci dlouhodobého komerčního pojištění VZP dle země původu

Země původu	%
Ukrajina	30,01
Vietnam	26,82
Rusko	9,27
Slovensko	3,43
Čína	2,56
Jugoslávie	2,07
Mongolsko	2,00
Bulharsko	1,60
Bělorusko	1,68

Zdroj: VZP

Nejvíce pojištěnců pocházelo z Ukrajiny - 1/3. Velmi těsně je následovali pojištěnci Vietnamské národnosti, s větším odstupem pak cizinci přicházející z Ruska. Zastoupení ostatních národností bylo minimální a již nepřekročilo hranici 3,5 %

Škodní průběh v roce 2000 byl 22,40 %. Dle věku se osoby na pojistném plnění podílely takto:

Tab. č. 20: Pojistné plnění klientů dlouhodobého komerčního pojištění VZP dle věku osob

Věková kategorie	%
0 – 17	41,4
18 – 29	27,1
30 – 35	15,8
36 – 41	8,6
42 – 50	5,3
51 – 62	1,6
63 +	0,2

Zdroj: VZP

Největší podíl na čerpání zdravotní péče měla věková kategorie 0 - 17 let. Zastoupení dalších věkových kategorií bylo nepřímě úměrné stáří uživatelů zdravotní péče - čím starší věková skupina tím menší podíl na čerpání zdravotní péče. To může souviset i s faktem, že rodiny s omezenými finančními zdroji upřednostňují placení pojistky pro děti než pro dospělé osoby.

- **Krátkodobé smluvní zdravotní pojištění**

Je určeno osobám, které v ČR pobývají do 365 dní. Toto pojištění je určeno především pro osoby se krátkodobým pobytem, ale mohou ho využívat i osoby s dlouhodobým typem pobytu (viz. Pojistné podmínky krátkodobého smluvního zdravotního pojištění). Klient se prokazuje světle hnědým průkazem se zřetelným označením "Krátkodobé smluvní zdravotní pojištění" a s vyznačenou dobou platnosti. Na rozdíl od dlouhodobého pojištění se jedná pouze o pojištění základní, které kryje:

- nezbytné hospitalizace nemocného ve vícelůžkovém pokoji s obvyklým vybavením, včetně nezbytných léků,
nutné přepravy do nejbližšího zařízení první lékařské pomoci nebo nemocnice,
nutné operace,
- akutní ošetření zubů do výše limitu na jednu pojistnou událost uvedeného v sazebníku,

Podpora integrace cizinců v ČR, Projekt Ministerstva vnitra ČR 2001

- pokud nejde o výkon nezbytný v důsledku úrazu
- c) nutné a neodkladné léčení v ČR nebo tranzitních státech do ČR a mateřské země zahrnující náklady:
- nezbytného vyšetření potřebného ke stanovení diagnózy a léčebného postupu,
 - nezbytného ošetření,
- repatriaci pojištěného, která je ze zdravotního hlediska nutná, je nařízena lékařem VZP ČR prostřednictvím asistence a provedena organizací zdravotnické dopravy, která je ve smluvním vztahu k VZP ČR; u odůvodněných případů VZP ČR hradí i přepravní náklady další osoby potřebné ze zdravotního hlediska pro doprovod pojištěného
- d) náklady na převoz tělesných ostatků pojištěného do mateřské země.

Typ krátkodobého smluvního zdravotního pojištění se primárně zakládá na tom, zda je účel pobytu na území ČR turistický či pracovní. Dále se typ pojištění odvíjí od věku, požadovaných limitů hrazení a popřípadě typu sportovní činnosti. Momentálně je možno uzavřít následující typy pojištění:

- standardní
- **S1** - pojištění pro sportovce provozující jiné než nebezpečné druhy sportu v rámci veřejně organizovaných soutěží
- **S2** - pojištění pro sportovce provozující nebezpečné druhy sportu, zejména seskok padákem, let na rogalu, závěsné létání a jiné letecké sporty, automotosportu, vodní sporty, sportovní potápění, horolezectví, jízdu na koni, jízdu na skateboardu, a to i v rámci veřejně organizovaných soutěží. Výjimku tvoří skok na gumovém laně, ski alpinismus a lyžování mimo vyznačené trasy, které vůbec nelze pojišťovat.
- **L1** - pojištění s navýšením celkového limitu plnění
- **L2** - pojištění s výrazným navýšením celkového limitu plnění

Služby smluvního krátkodobého zdravotního pojištění u VZP využívají někdy i cizinci s dlouhodobým pobytem na území ČR. Důvodem je hlavně časová prodleva mezi žádostí o dlouhodobé smluvní pojištění a počátkem platnosti toho pojištění. Toto přechodné období, kdy cizinec čeká až jeho smlouva začne platit, může trvat i několik týdnů a právě na toto období zpravidla uzavírá krátkodobé smluvní zdravotní pojištění.

VZP uzavřela v roce 2000 17 243 smluv na nutnou a neodkladnou péči včetně repatriací. Tento počet smluv se vztahuje na 18 881 osob.

Tab. č. 21: Sazebník krátkodobého smluvního zdravotního pojištění (v Kč na den)

	Věk	Standardní		Sportovci S1		Sportovci S2		Nadstandard L1		Nadstandard L2	
		Turistická cesta	Pracovní cesta	Turistická cesta	Pracovní cesta	Turistická cesta	Pracovní cesta	Turistická cesta	Pracovní cesta	Turistická cesta	Pracovní cesta
Individuální	0-69	35	70	105	210	175	350	52,50*	105	70	140
	70-79	70	140	210	420	350	700	105	210	140	280
	79+	105		315		525		157,50*		210	
Skupinové (od 3 osob)	0-99	26	52	78	156	130	260	39	78	52	104

* Celkové pojistné je zaokrouhlováno na celé koruny

Tab. č. 22: Limity krátkodobého smluvního zdravotního pojištění (v Kč)

Typ pojistné smlouvy	Standard, S1, S2	L1	L2
Nutné a neodkladné léčení na pojistnou událost	1 000 000	1 500 000	2 000 000
Akutní ošetření zubu na pojistnou smlouvu	5 000	7 500	10 000
Repatriace na pojistnou událost	300 000	450 000	600 000
Plnění z jedné pojistné smlouvy celkem	2 000 000	3 000 000	4 000 000

Důležité i pro brožuru:

Tab. č. 23 Rekapitulace typů průkazů, které VZP vydává pro cizince

Růžový průkaz 01-VŠEOB - veřejné zdravotní pojištění	cizinec s trvalým pobytem v ČR	poskytnutou péči hradí VZP
Zelený průkaz 1Z - veřejné zdravotní pojištění	cizinec bez trvalého pobytu, zaměstnaný v ČR (za výše uvedených podmínek)	poskytnutou péči hradí VZP (pouze po dobu trvání zaměstnání)
zelený průkaz "Smluvní zdravotní pojištění"	cizinec s přiznaným dlouhodobým pobytem v ČR	VZP hradí (s omezením dle pojistné smlouvy) poskytnutou péči ZZ, s nímž má uzavřenou smlouvu o poskytování péče na základě smluvního zdravotního pojištění
Světle hnědý průkaz "Krátkodobé smluvní zdravotní pojištění"	cizinec pobývajícím krátkodobě v ČR	poskytnutou péči (s omezením dle pojistné smlouvy) hradí VZP

5.10. Věcné problémy zdravotní péče o cizince

Dá se předpokládat, že aktuální právní úpravy v oblasti týkající se cizinců a pravidel jejich pobytu na území České republiky, pomohou vyřešit řadu problémů, se kterými se zdravotnická zařízení v této oblasti potýkají. Avšak současně je nutné vytvořit podmínky pro rozvoj znalostí a dovedností zúčastněných aktérů v oblasti péče o zdraví cizinců.

Při práci na terénním šetření jsme si ověřili následující skutečnosti:

- 1) jak je pro každodenní praxi důležité přesně definovat pojmy: akutní, neodkladná, nezbytná a potřebná péče jednotlivých oborů medicíny zvláště v oblasti péče o cizince v našich aktuálních podmínkách. Jde o na ně navazující systém plateb mezi jednotlivými organizacemi - MZ ČR, MV ČR, zaměstnavatelé, zprostředkovatelské firmy, zdravotní pojišťovny jak české, tak cizí,
- 2) nezbytnost vstupních zdravotních prohlídek při nástupu do zaměstnání u ekonomických migrantů, zvl. pro rizikové provozy a jejich diferenciaci (včetně diferenciaci podle teritorií, ze kterých přicházejí),
- 3) nutnost informovat cizince o systému zdravotní péče v České republice,
- 4) nezbytnost dalšího vzdělávání lékařů v oblasti péče o migranty jak na pregraduální, tak postgraduální úrovni.

5.10.1. Potřeba péče na straně cizinců/migrantů - potencionální rizika migrantů jako skupiny

a) Zevní příčiny:

nároky klimatu, časový posun, transkulturní odlišnosti prostředí (odlišnost mentality, zvyků a obyčejů místního obyvatelstva), rozdílná společensko-ekonomická orientace, vztah místní populace k migrantům, vnitropolitická situace v zemi.

b) Vnitřní příčiny (jedinec):

problémy komunikace v cizím jazyce, sociální izolace (i od rodiny), změněné vztahy v rodině díky životu v odlišném prostředí, její rozdělení, změna ve způsobu trávení volného času, uzavřená skupina, v níž jsou omezené možnosti navázat neformální vztahy podle vlastního přání. Somatický i psychický zdravotní stav jedince, nároky orientace v odlišné profesi, která je zvláště u ekonomických migrantů mnohdy naprosto odlišná od profese původní, rizika pracoviště a nutnost se adaptovat.

c) Možnost ohrožení veřejného zájmu - ve smyslu přenosu infekčních nebo parazitárních onemocnění, možnost zhoršení zdravotního stavu migranta díky změněným životním podmínkám.

5.10.2. Problematika zdravotní péče o cizince/migranty se zvláštním zřetelem na skupinu ilegálních migrantů²³

U skupiny ilegálních migrantů zkušenosti ukazují zejména na:

- a) zvýšený výskyt počtu pracovních úrazů v souvislosti s nedostatečnou znalostí jazyka a bezpečnostních předpisů práce při velmi často naprosto odlišné původní profesi migranta,
- b) zvýšený výskyt některých duševních poruch - zvláště posttraumatické stresové poruchy, dále poruch adaptačních,
- c) zvýšený výskyt některých tělesných onemocnění vzniklých souvislosti se zátěží, kterou migrace do odlišných sociálních, kulturních a mnohdy klimatických podmínek představuje,
- d) předpokládaný vyšší výskyt některých infekčních a parazitárních onemocnění, která se v zemích, ze kterých osoby přicházejí, vyskytují běžně a v našich podmínkách jsou ojedinělá.

5.10.3. Problémy v oblasti vztahu pacient - lékař

- Jazyková a kulturní bariéra ve vztahu zdravotník – pacient, transkulturně podmíněný způsob projevu a forem prezentace obtíží, neobvyklé chování při jejich prezentaci, vzácná, resp. neobvyklá onemocnění.
- Problémy diferenciální diagnostiky vyplývající z jazykové bariéry, často nezvyklých a odlišných projevů onemocnění, problémy s diferenciální diagnostikou neobvyklých onemocnění pro nedostatek zkušeností a tréninku.

Ve vzájemném kontaktu lékař pacient se promítají ze strany pacienta:

- Odlišná (kulturně podmíněná) prezentace subjektivních potíží, která je daná odlišným vnímáním tělesných struktur, nemoci a jejího zdroje, stížnostmi na potíže a jejich popisem.
- Z toho plyne odlišné hledání pomoci, očekávání od lékaře, odlišné očekávání pomoci od lékaře a odlišné chování se během choroby.

Ze strany lékaře se ve vzájemném kontaktu promítají:

- Nedostatečná schopnost (subjektivně vnímaná) ovlivnit pacienta pro potíže v dorozumění,
- Z nedostatku zkušeností v tomto oboru dochází k problémům v diagnostickém procesu a tím pádem k problémům v adekvátní léčbě choroby.
- Z toho mohou vyplývat problémy v subjektivním prožívání lékaře při kontaktu s pacientem – cizincem. Na jedné straně může dojít k procesu stereotypizace, na druhé straně k improvizacím nebo k vynuceným rychlým a neuváženým řešením.

Nebezpečí z toho plynoucí:

- nerozpoznání (přehlédnutí) příčin tělesných obtíží, vývoj chronických obtíží a ireversibilní poškození orgánů,
- nerozpoznání psychicky podmíněných potíží, které jsou příčinou prezentace somatických potíží.

²³ Přestože tyto osoby nejsou cílovou skupinou projektu, rozhodli jsme se je vzhledem k růstu závažnosti problému do analýzy zařadit.

V konečném důsledku pak buď nedostatečná, nebo přílišná péče o pacienta.

Pacient pak obvykle pocítuje strach a nedůvěru, jeho potíže se zhoršují, ovlivňuje to i jeho pocit bezpečí, má to vliv na jeho rodinu, pracovní úspěšnost. Z toho vyplývají i sociální a finanční problémy.

Otázka informovanosti a dostupnosti potřebných informací o jazykových (komunikačních) možnostech jednotlivých poskytovatelů zdravotnických služeb. V ČR je v současné době velice nízká úroveň informací o dostupnosti poskytovaných zdravotnických služeb. Informace např. v telefonních seznamech jsou neuspořádané, vyskytují na různých místech a je velice obtížné se v nich orientovat. Tyto údaje by měly být soustředěny v telefonních seznamech na jednom místě a navíc by zde měly být ještě také uvedeny kontakty na získání dalších podrobnějších informací. Právě např. jazykové dovednosti poskytovatelů ambulantních služeb. V oblasti nemocniční péče asi podobně.

5.11. Literatura

- Allodi, F., Goldstein, R.: Posttraumatic somatoform disorders among immigrant workers, *J.Nerv.Ment. Dis.* 1995, Sep, 183(9): 604-7
- Almeida, Z.: Aspects psychosociaux et psychopathologiques de la transplantation, la sante des migrants: Paris, Edition Droit et Liberte 1972, 105-128
- Benegadi, R.: Antropologie medicale clinique et sante mentale des migrants en France. *SO: Med.Trop.Mars.* 1996, 56(4Bis): 445-52
- Boecker, W.: Psychiatrie der Gastarbeiter. In *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd.3 Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1975
- Bollini, P., Siem, H.: No real progress toward equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc.Sci.Med.* 1995 Sep. 41(6): 819-28
- Bollini, P.: Migration and international health policies. *Ann. Ig.* 1995 May-Jun, 7(3): 217-24
- Bonlander, H.: Migrant TB treatment in Haiti resulting in U.S. policy change at Guantanamo Bay, Cuba *Bull. Pan Am. Health Organ.* 1996 Sep., 30(3): 206-11
- Castillo, R. et al.: Somatization in primary care, with a focus on immigrants and refugees. *Arch. Fam.Med.* 1995 Jul. 4(7): 637-46
- Cruishank, J., et al.: *Ethnic Factors in Health and Disease*, Butterworth, Heimann. Ltd. Oxford 1989, p. 396
- Detels, R., Holland, W.W., et al.: *Oxford Textbook of Public Health*. 3rd edit. Vol. I-III. Oxford Medical Publications, Oxford University Press 1997.
- Drbal, C.: Změny ve vývoji determinant zdraví, *Zdravotnictví v ČR*, 2000, 1-2:6-12
- Drbal, C.: Zdravotní politika a její vliv na determinanty, 2001 www.izpe.cz
- Drbal, C.: Nová zdravotní politika. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Škola veřejného zdravotnictví. Praha 2001
- Krieger, N.: A glossary for social epidemiology. *J.Epidemiol. Community Health* 2001, 55: 693-700
- Louhan, L., et al.: La sante des demandeurs d'asile: du depistage des maladies transmissibles a celui des sequelles post-traumatiques. *Bull. Soc. Patol.Exot.* 1997. 90(4): 233-7
- Marceca, M. et al.: La politica sanitaria sull immigrazione in Italia. *Ann. Ig.* 1995, May-Jun, 7(3): 225-231
- Stronks, K., Ravelli, A.C., Reijneveld, S.A.: Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? *J.Epidemiol. Community Health* 2001, 55: 701-707

- Analýza zdravotní péče o cizince v České republice** Rekonstrukce vybraných podmínek života pracovní migrace z Ukrajiny v České republice na základě šetření na Zakarpatské Ukrajině - případová studie
Podpora integrace cizinců v ČR, Projekt Ministerstva vnitra ČR 2001
- Sundquist, J.: Migration, equality and access to health care services. *J.Epidemiol. Community Health* 2001, 55: 691-692
- Uniken Venema et al.: Health of migrants and migrant health policy, The Netherlands as an example. *Soc. Sci. Med.* 1995, Sep. 41(6): 809-18
- Cruishank, J.,K., et al. : *Ethnic factors in Health and Disease*, Butterword, Heimann. Ltd. Oxford 1989, p. 396
- Cicek,H.: *Psychische und psychosomatische Stoerungen unter besonderer Beruecksichtigung psychosexueller Stoerungen bei Arbeitsmigranten aus der Tuerkei*. Verlag fuer Wissenschaft und Bildung: Berlin, 1989
- Cochrane,R.: Mental illness in immigrants to England and Wales: an analysis of Mental Hospital Admissions, *Social Psychiatry*, 12 (1): 25-35, 1977
- Krieger, N.: A glossary for social epidemiology. *J. Epidemiol. Community Health* 2001; 55: 693-700
- Bowling, A.: *Research Methods in Health. Investigating Health and Health Servises*. Open Univerzity Press, Buckinham, 1997

6. Rekonstrukce vybraných podmínek života pracovní migrace z Ukrajiny v České republice na základě šetření na Zakarpatské Ukrajině - případová studie

6.1. Úvod

Předložená studie byla vypracována na základě terénního šetření provedeného na Zakarpatské Ukrajině v srpnu roku 2001 a do této analýzy byla zařazena vzhledem ke svému zaměření na občany Ukrajiny, kteří tvoří v ČR nezanedbatelnou část migrantů a jsou tudíž potencionálními příjemci zdravotní péče v ČR²⁴.

Předmětem šetření bylo obyvatelstvo Zakarpatské Ukrajiny v následujících lokalitách. Užhorod, Storozhnica, Jasiňa, Jablonický průsmyk, Tjačiv, Rachiv, Koločava, Mukačevo. Předmětem šetření byl rozbor podmínek, za kterých jsou v ČR zaměstnávání pracovní migranti z Ukrajiny a kontext, který tuto formu zaměstnání umožňuje. Cílem tohoto textu je naznačit rizika, které z pracovních pobytů těmto cizím státním příslušníkům v České republice plynou, včetně rizik, která mohou být při další analýze vyhodnocena jako rizika zdravotní.

6.2. Metoda šetření

Zjišťování okolností majících souvislost s prací a pobytem zahraničních dělníků z Ukrajiny v České republice je v místě, kde jsou zaměstnávání, krajně obtížné a v řadě ukazatelů nelze zaručit reprezentativní vzorky. Důvodem je opatrnost až neochota pracovních migrantů o sobě sdělovat relevantní informace. Migranti často pracují nelegálně, nejsou informováni o svých právech a povinnostech, často nemají ani dostatek informací o tom, jaké jsou právní podmínky jejich zaměstnávání (viz dále). Proto se obávají, že jejich sdělení budou zneužita a obrátí se proti nim. Soubory odpovědí tudíž většinou pokrývají jen ty skupiny migrantů, kteří mají s prací v České republice dlouhodobější zkušenosti nebo kteří nemají co skrývat. Vzorky jsou proto selektivní.

Vzhledem k těmto skutečnostem jsme se spolu s výzkumným týmem oddělení etnických studií Etnologického ústavu AV ČR doplněným o pracovníka Prešovské univerzity²⁵ rozhodli uskutečnit doplňující šetření v místě původu části pracovní migrace, t.j. na Zakarpatské Ukrajině. Součástí pracovních hypotéz bylo, že pracovní migrace bude v místě původu o svých zkušenostech hovořit

²⁴ Tuto studii jsme do analýzy zahrnuli i přesto, že se zabývá také nelegálními migranty, kteří v tomto projektu nejsou cílovou skupinou. Ukazuje se však, že vzhledem k závažnosti problematiky bude nutné také tuto otázku v blízké budoucnosti řešit.

²⁵ Tým pracoval ve složení Zdeněk Uherek, Naďa Valášková, Kateřina Plochová a Mikuláš Mušinka.

otevřeněji a zároveň nám výzkum umožní vhléd do podmínek života, které migranty dlouhodobě formují.

Vzhledem k časovým i finančním limitům, které jsme v průběhu šetření měli, jsme neproponovali plošná šetření, ale soustředili jsme se na volné nestandardizované hloubkové rozhovory s představiteli místní správy a samosprávy a s obyvateli regionu, kteří v Čechách působili. Vedle neformálních rozhovorů jsme prováděli pozorování, které doplňovalo naše informace o životě respondentů.

Pro účely tohoto textu jsou použity některé dílčí poznatky, které byly získány na území České republiky nebo které byly součástí jiných výzkumů.

6.3. Charakteristika zdrojového regionu

Zakarpatská Ukrajina je území o rozloze přibližně 13 000 km². Jedná se o převážně hornatý region, který na jihozápadě při hranicích s Maďarskem a Slovenskem přechází v nížinu. Pískovcové hory tvoří tři pětiny země a Zakarpatskou Ukrajinu s dalšími částmi Ukrajiny spojuje pět průsmyků: Užocký, Verecký, Volovecký, Toruňský a Jablonický. Karpaty v daném regionu dosahují výšky běžně přes jeden tisíc metrů. Nejvyššími vrcholy jsou Hoverla (2058 metrů) a Pop Ivan (2036 metrů). V horských oblastech je půda málo úrodná, hodí se spíše k pastvě a ke sklizni sena než k obdělávání. Po horských hřebenech se táhnou rozsáhlé poloniny. Ve středních polohách a v nížinách se pěstuje obilí, kukuřice, brambory, ale též melouny, rostou zde ovocné stromy, tabák. Před ještě v 80. letech 20. století se zde také často pěstovala vinná réva.

Zakarpatská Ukrajina není významným zdrojem nerostných surovin, těží se zde kamenná sůl, mramor, kaolin, jsou zde nevyužitá ložiska železné rudy. Průmysl zde není výrazný a vzhledem k tomu, že velká část regionu je pokryta lesy nebo se jedná o horské louky s malebnou přírodou, místní obyvatelé doufají, že v budoucnosti by kraj mohl být především atraktivní turistickou oblastí. Přislíbem rekreačních možností je i množství minerálních pramenů, které se vesměs nevyužívají nebo je místní obyvatelé používají jako zdroje pitné vody.

Reálná situace však tuto představu budoucnosti nepodporuje. Tendence využívat region k rekreaci se díky poklesu životní úrovně a kupní síly obyvatelstva na Ukrajině spíše snížily. Horské oblasti, které byly atraktivní pro rekreaci obyvatelstva nížin Ukrajiny a Ruska jsou nyní turisticky málo využívány a turistické ubytovny a hotely jsou téměř prázdné a chátrají. Nedostavěné hotely se rozprodávají na stavební materiál.

6.4. Charakteristika obyvatel zdrojového regionu

V regionu žije přibližně 1 252 000 lidí (sčítání z roku 1990), z toho 770 000 Rusínů, 200 000 Ukrajinců, 170 000 Maďarů, 60 000 Rusů, 40 000 Romů, 27 000 Rumunů a 10 000 Slováků. Romové, Slováci, Maďaři, Rumuni a Rusové tvoří většinou obyvatelstvo nížin nebo obyvatelstvo městské. Rusíni a Ukrajinci pak žijí ve městech, v nížinách, ale jsou také v horských oblastech. Centra urbanizace Zakarpatské Ukrajiny tvoří zejména Užhorod (120 tis. obyvatel), Mukačevo (68 tis. obyvatel). Města Chust, Berehovo, Vinohradovo mají přibližně 25 tisíc obyvatel.

Ve způsobu obživy zejména venkovského obyvatelstva hraje důležitou úlohu kombinace zdrojů ze soukromého domácího hospodaření s prací v místním průmyslu a zemědělství. Zvláště v 80. a 90. letech s hospodářskými problémy Ukrajiny, nezaměstnaností a nepravidelným vyplácením mezd stoupla snaha po samozásobitelnosti a důraz na domácí hospodaření. Soukromé domácí hospodaření a produkce potravin pro vlastní spotřebu je efektivní zejména v nížinných oblastech. Na horách je efektivita domácího hospodaření nízká. Na sezónní práce v domácím hospodářství (např. sklizeň sena) s scházejí celé rozšířené rodiny nebo jsou nájímáni pracovníci za mzdu (vyplácenou často v naturáliích) - sezónní dělníci. Nepravidelné a nízké mzdy vedou k tomu, že se lidé snaží zaměstnat v několika zaměstnání. Dušan Drbohlav uvádí, že druhému zaměstnání se v zemích Evropské unie věnují asi 3% ekonomicky aktivního obyvatelstva, na Ukrajině tento ukazatel dosahuje 35 % (Drbohlav 1999: 18).

Nízká průmyslová základna a málo vhodné podmínky pro zemědělství vedly již v minulém století k silnému vystěhovalectví, zejména do USA a k migraci za prací. Její směry byly ovlivněny tím, k jakému státu Zakarpatská Ukrajina patřila. V současné době je vedle pracovní migrace na Slovensko, do Maďarska, Polska, České republiky, případně států Evropské unie, frekventovaná pracovní migrace také do dalších částí Ukrajiny a do Ruska.

6.5. Výsledky šetření

V současné době je Ukrajina hlavní zdrojovou zemí krátkodobé pracovní migrace pro celou střední Evropu (Bedzir 2001: 227). I když Česká republika s Ukrajinou bezprostředně nesousedí, stala se ve srovnání s dalšími postkomunistickými státy střední Evropy pro ukrajinskou pracovní migraci v 90. letech nejvýznamnější cílovou zemí. V roce 1996, kdy kulminoval počet vydaných pracovních povolení ukrajinským zájemcům o práci, Česká republika vydala 25 166 pracovních povolení pro Ukrajince, zatímco například Polsko 1 910 a Slovensko 600 (Wallace – Stola 2001: 32).

Pracovní migranti zejména v první polovině 90. let přicházeli z příhraničních oblastí, později i z ukrajinského vnitrozemí (Drbohlav 1999: 27). Pro Zakarpatskou Ukrajinu byla možnost pracovní

migrace velmi důležitá. Dokumentovat tento fakt lze na obci Jasiňa. V obci žije 4 050 ekonomicky aktivních obyvatel a podle sdělení místního starosty má zaměstnání přibližně 50 %. Ostatní jsou drobní soukromí zemědělci, které zemědělství většinou neuvívá, a nezaměstnaní. Je zcela běžné, že jeden člen rodiny, někdy i dva, krátkodobě nebo dlouhodobě vyjíždí za prací. Je to jediný způsob, jak zabezpečit základní potřeby pro rodinu.

6.5.1. Informace o práci, získávání práce

Vzhledem k počtu pracovníků, kteří Českou republiku jednou nebo několikrát navštívili, je znalost o České republice jako o potenciálním zdroji pracovních příležitostí na Zakarpatské Ukrajině zcela všeobecná. Stejně tak je vysoká informovanost o životních podmínkách v České republice. Ta existuje ještě z doby komunistického režimu, neboť krátkodobá, turistická, migrace jako zdroj přivýdělků existovala i v této době. Podle informací respondentů v 80. letech jezdily např. z Jasini do Čech turistické zájezdy a turisté si sebou brali drobné výrobky ze dřeva a kůže, které v Čechách prodávali překupníkům. Tento drobný turistický obchod je prý v současné době neefektivní a neprovozuje se. Zájem je primárně o zaměstnání. Řada našich respondentů byla překvapena, proč jsme přijeli na Ukrajinu, když nesháníme dělníky. Ve všech zkoumaných lokalitách byly patrné tři modely zjišťování informací o zaměstnání:

1. od známých nebo příbuzných před odjezdem do Čech,
2. přímo v Čechách,
3. od ukrajinských náborářů najímajících na práci do Čech.

Z odpovědí respondentů bylo možné zřetelně vysledovat, že obzvláště po zavedení vízové povinnosti s Ukrajinou začíná být nejčastější třetí model. Informace o zaměstnání se institucionalizují a institucionalizují se i zprostředkující články, které zaměstnání zabezpečují. Předpokládáme, že tento proces institucionalizace se zrychluje tím více, čím více překážek je kladeno do cesty individuálnímu pracovnímu migrantovi a čím více se samotné zajištění práce prodražuje (zabezpečit víza, pracovní povolení, ubytování, prostředky na cestu).

Náborář (na Zakarpatské Ukrajině zvaný „klient,“) slíbí, že vše toto zdarma zabezpečí. Vybere od zájemců pasy, požádá o víza, zabezpečí dopravu vlastním autobusem, přiveze pracovníky před ubytovnu atd. Sledujeme zde tendenci k vytváření firem na zprostředkování pracovní síly, nebo na vytváření pracovních skupin, které jsou dále najímány podnikateli v Čechách (firmy na úklid, na zednické práce atd.). Zahraniční dělníci jsou takto uzavřeni mezi sebou a nemají zřetelnou představu, za jakých podmínek pracují dělníci nebo další profesní skupiny mimo jejich firmu. Mzdu určuje „klient“ podle peněz, které vyúčtoval od české firmy. „Klient,“ si takto může nejlépe odečíst náklady,

kteří do dělníka vložil a stanovit provizi, kterou si účtuje za zprostředkování práce, ubytování, případně další služby.

Při rozhovorech bylo markantní, že zahraniční pracovníci nejsou²⁶ nebo nebyli informováni, jakou práci budou vykonávat. Je jim většinou známo, kde se pracovní výkon uskuteční, ale nikoli popis práce. Podobně respondent informoval tazatele. Jeho odpověď například zněla: „pracoval jsem u jedné firmy v Prostějově“, nebo: „byl jsem v Liberci“, nebo: „dělal jsem na stavbě“. Informaci tohoto charakteru považují zahraniční dělníci ze Zakarpatské Ukrajiny za dostatečnou a také tak informovali i etnolog: „Řekli nám, že budeme pracovat v cukrovaru.“

V cukrovaru ovšem lze vykonávat různé práce. Zde se jedná zejména o nekvalifikované, pomocné práce. Nevyslovený předpoklad, že práce bude přiměřená fyzickému a psychickému stavu pracovníka může nebo nemusí být naplněn. Vzniká zde nebezpečí, že pracovník na danou práci nebude stačit. Při jejím výkonu mohou tedy nastat i zvýšená zdravotní rizika.

6.5.2. Pracovní výkon

Limitovaná délka pobytu a zvyšující se náklady na získání práce v Čechách působí na tendenci odpracovat za co nejkratší dobu co nejvíce hodin nebo splnit co největší množství úkolů. Podle sdělení respondentů na Zakarpatské Ukrajině je standardní příjem ukrajinského dělníka v České republice přibližně 1 USD na hodinu. Podle odhadu respondentů na Zakarpatské Ukrajině je třeba k pokrytí nákladů spojených s cestou, vízem, zprostředkováním práce atd. pracovat přibližně 3 týdny při desetihodinové pracovní době a šestitýdenním pracovním týdnem (tedy 180 hodin). Dlouhou pracovní dobu a nepřiměřené pracovní nasazení nevyžadují čeští zaměstnavatelé (mohou si najmout více lidí za méně peněz), ale ukrajinští dělníci. Snahu dělníků pracovat co nejintenzivněji v dlouhých pracovních směnách podporují také „klienti,, kteří si takto mohou účtovat vyšší provizi. Výsledkem jsou až šestnáctihodinové pracovní směny, pracovní soboty a neděle atd. Takovýto pracovní režim je únosný jen za předpokladu, že je krátkodobý. Přes to sebou nese rizika, že dělník takovou pracovní zátěž nevydrží.

6.5.3. Zaměstnávání pracovníků v oblastech nesouvisejících s jejich profesí

Claire Wallace ve studii *Migration in the Buffer zone* upozorňuje, že imigranti z různých států se velmi často pohybují v diferencovaných příjmových kategoriích a že vyhledávají diferencovaná povolání. Hovoří v této souvislosti například o vietnamských obchodnících, podnikatelích z bývalé Jugoslávie a o chudých a nekvalifikovaných migrantech – Bulharech, Rumunech a Ukrajincích (Wallace-Chmuliar-Sidorenko 1995: 22-23). S určitou nadsázkou můžeme konstatovat, že některá povolání se i v České republice stávají etnicky příznaková. Etnická příznakovost povolání v cílových

zemích a profesní nivelizace imigrantů v rámci jednotlivých etnických skupin zhoršuje možnosti integrace a posiluje tendenci k tvorbě etnických stereotypů ze strany majoritního obyvatelstva z toho důvodu, že daná skupina, která ve zdrojové oblasti žije v profesní, věkové, příjmové atd. diferenciaci, se v zemi cílové specializuje a tomu přizpůsobí svoji strukturu, činnosti a modely chování.

Pokud v případě Ukrajinců můžeme hovořit o etnické příznakovosti povolání, tak se jedná o vykonávání podřadné nekvalifikované práce. Tento rys se však netýká jen krátkodobě pobývajících pracovníků. V případě ekologické migrace, která byla trvalým přesídlením z oblastí postižených černobylskou jadernou katastrofou i v případě přesídlenců českého původu z Kazachstánu, je patrná těsně po přesídlení také profesní nivelizace. Ve výběrových souborech dotazníkových šetření se ukazuje,²⁷ že tyto skupiny přesídlenců jen sporadicky využívaly svou kvalifikaci. V populaci přesídlené z Ukrajiny v letech 1991 - 1993 z oblastí postižených jadernou katastrofou bylo mezi 170 respondenty dotazníkového šetření 58 % starších 18 let, kteří měli zaměstnání. Z těchto zaměstnaných pracovalo 82 % v průmyslových podnicích a ve službách jako nekvalifikovaní dělníci. Pouze 11 % pracovalo ve zdravotnictví nebo školství, opět většinou na nekvalifikovaných místech (školní kuchyně, úklid, výjimečně vychovatelka v družině). Jen 6 % bylo zaměstnáno na kvalifikovanějších místech jako středoškolsky vzdělaný personál při výrobě. 1 % uvedlo jinou kvalifikační hladinu. Ve výběrovém souboru přitom bylo 22 % vysokoškoláků a 45 % středoškoláků, z nichž větší část měla maturitní zkoušky. Také mezi populací, která měla pouze základní vzdělání (především starší ročníky), byla téměř polovina vyučena. Výuční list však jen málokdy souvisel s profesí, kterou přesídlenci v České republice vykonávali.²⁸

Ještě markantnější byla tato situace mezi přesídlenci z Běloruska, kteří přišli v rámci humanitární přesídlovací akce v souvislosti s černobylskou jadernou katastrofou v roce 1993. Na nekvalifikovaných pracovních místech zde pracovalo 90 % respondentů starších 18 let, z nichž více než polovina ještě za prací dojížděla. Přitom právě skupina z Běloruska měla v průměru nejvyšší vzdělání (32 % vysokoškoláků a 46 % středoškoláků) (Uherek – Valášková - Brouček: 1997).

O něco lepší, ale stále ještě nepříznivá, situace byla zaznamenána mezi Čechy z Kazachstánu, kde opět mezi zaměstnanými zcela převládaly nekvalifikované dělnické profese. V tomto případě však nebyla vzdělanostní úroveň přesídlenců tak vysoká (vysokoškoláků zde bylo 15 % a převládali spíše středoškoláci s podílem 57 % na celkovém počtu populace nad 18 let). Navíc díky ekonomickým a politickým změnám v Kazachstánu řada přesídlenců již v době před příjezdem do České republiky nepracovala v původních profesích. Více než 40 % respondentů nad 18 let pracovalo v dělnických profesích již v předmigračním období. V České republice se podíl dělníků ve skupině zvýšil na 72,5 %. Výrazně se naopak snížil počet pracovníků ve zdravotnictví a školství z téměř 20 % na 2,5 %

²⁶ Mezi respondenty jsme měli i pracovníky, kteří se bezprostředně chystali k odjezdu do Čech.

²⁷ Výzkum jsme prováděli v letech 1992 – 2001.

a výrazně se snížil i počet osob zaměstnaných jako inženýři nebo technici (z 13,75 % na 5 %). Těsně po přesídlení se snížil také počet studentů a výrazně vzrostl počet důchodců (Uherek – Valášková – Kužel – Dymeš: 2002).

Profesní nivelizace byla v případě Čechů z Ukrajiny a z Kazachstánu dána nejenom jejich malou jazykovou znalostí, ale také charakterem přesídlení, kdy bylo nutné nalézt bydlení a zaměstnání pro relativně velký počet osob v krátkém časovém horizontu a pokud možno dříve, než přesídlenci přijedou. S rostoucí jazykovou kompetencí a s možností nostrifikace vysokoškolských diplomů se skupina postupně diverzifikuje. Profesní rozmanitost ekonomicky aktivních ve skupině bude velmi pravděpodobně stoupat také tím, jak budou nastupovat do zaměstnání děti přesídlenců, které v současné době studují. Tyto děti budou, na rozdíl od rodičů, jistě často hledat svá uplatnění blízka profesi, na kterou se studiem připravovali. Celá řada rodičů – vysokoškoláků - se naopak k původním kvalifikovaným povoláním již nikdy nevrátí.

Presídlenci z oblastí zasažených radioaktivním spadem věděli, že pro ně bude zajištěna jen nekvalifikovaná práce a také tuto práci po příjezdu přijali. Přesto změny ve svém životě (zejména vysokoškoláci a kvalifikované síly) často těžce nesli. Také obyvatelé ukrajinských a běloruských měst měli větší potíže s adaptací na nové podmínky než přesídlenci z ukrajinského venkova. Při výzkumech jsme zaznamenali, že nejhůře se s novou situací vyrovnávali obyvatelé běloruských měst, kteří znali velmi málo češtinu a byli přesídlení pouze do dvou sídel, Mimoně a Zdechovic u Pardubic, kde žili koncentrovaně.

Společný úděl, obdobné bydlení, obdobná zaměstnání, denní rytmus, příjmy i problémy tuto kdysi urbanizovanou a diverzifikovanou skupinu nivelizovaly a ideově propojily více než kdy jindy. Hranice mezi nimi a těmi druhými byla markantní, skupina se uzavírala do sebe, objevovaly se malaadaptační příznaky.²⁹ Situace u Čechů z Kazachstánu byla mnohem příznivější, neboť individuální přístup při přesídlení umožňoval jejich umístění po menších skupinkách a tím i intenzivnější komunikaci s majoritním sociálním okolím. Nivelizace ve sféře zaměstnání však byla obdobná. V současné době však již někteří získali kvalifikovanější zaměstnání. Většinou to bylo přibližně 2 – 3 roky po přesídlení, někdy však i déle.

Pracovníci přicházející ze Zakarpatské Ukrajiny tento čas nemají a nabídka pracovních míst je limitována. Na druhé straně zájemci o zaměstnání, kteří do České republiky přicházejí, mají většinou ve zdrojové zemi odlišné pracovní zařazení i profesi, která velmi často nemá vazbu k fyzické práci. Dělnická povolání v Čechách vykonávají učitelé, administrativní pracovníci, lékaři, zdravotnický personál atd. Vzorek, který kontaktoval v Čechách Dušan Drbohlav, vykazoval následující charakteristiky 10 % základní vzdělání, 7 % střední bez maturity, 55 % středoškolské s maturitou a

²⁸ O přesídlení Čechů z Ukrajiny viz podrobněji např.: Valášková – Uherek – Brouček 1997.

²⁹ Podrobněji viz Uherek – Valášková – Brouček 1997.

27 % vysokoškolské vzdělání (Drbohlav 1999: 26). V Čechách však vykonávalo 70 % ukrajinských pracujících nekvalifikovanou práci, z kvalifikovaných oborů 10 % vykonávalo profesi zedníka a 20 % různorodé činnosti (Drbohlav 1999: 20).

Z rozhovorů provedených na Ukrajině vyplynulo, že ani vysokoškoláci nepociťují degradaci nebo nepřiměřenost v tom, že musí pracovat fyzicky. V prostředí Zakarpatské Ukrajiny jsou také vysokoškoláci zvyklí po zaměstnání pracovat na záhumenku nebo vykonávat jedno zaměstnání, které vyžaduje vysokoškolskou kvalifikaci a současně jiné, které ji nevyžaduje. Tento rozpor není společensky nepřijatelný. Na druhou stranu však oceňují, když dostanou v České republice práci kvalifikovanou. Lékař, který jezdil do Čech pracovat jako pomocný dělník na stavbu například oceňoval, že po té, kdy jeho nadřízení náhodou zjistili, jakou profesi vykonává ve zdrojové zemi, začali mu dávat „lepší,“ práci (muž nar. 1961). Podobně muž (nar. 1979) při popisu své práce uváděl, že vsazuje u jedné pražské firmy každou dovolenou okna a tuto kvalifikovanou práci provádí jako jediný Ukrajinec. Tento muž pouští ve zdrojové zemi hudbu na diskotéce, povoláním je však truhlář. Hudbu na diskotéce pouští proto, že se jedná o „sezónní“ práci, která skýtá dostatek volného času, aby mohl jezdit pracovat do zahraničí.

Přes to, že mnozí, kteří vykonávají na Zakarpatské Ukrajině zcela odlišné profese než pomocné fyzicky náročné práce, na jaké jsou najímáni v České republice, jsou alespoň částečně zvyklí fyzicky pracovat, nejsou adaptováni na zvýšené fyzické nasazení v extrémně dlouhých směnách. Tato skutečnost by mohla opět znamenat zvýšená rizika.

6.5.4. Zaměstnávání pracovníků bez pracovních smluv

Dušan Drbohlav ve svém textu naznačuje, že pokud jeho vzorek koresponduje se složením komunity ukrajinských dělníků v České republice, došlo v roce 1999 oproti roku 1995 – 1996 k poklesu počtu Ukrajinců, kteří nemají řádně legalizován svůj pobyt nebo práci (Drbohlav 1999: 22). Tuto hypotézu může podpořit také naše zjištění, že je stále méně výhodné pracovat v Čechách při krátkodobých pobytech, kdy Ukrajinci přijíždějí během své vlastní dovolené, ke které přidávají neplacenou dovolenou. Na Zakarpatské Ukrajině je najímání pracovní síly do domácího hospodářství nebo jako výpomoc při stavbě bez smlouvy běžnou záležitostí, stejně jako nezdaněná platba předaná přímo pracovníkovi ihned po ukončení pracovního výkonu.

Tuto praxi si vůči pracovní síle z Ukrajiny rychle osvojili i čeští zaměstnavatelé. V Tjačivu muž (nar. 1967) popisoval, jak si jej neúplná rodina v Dobřichovicích u Prahy najala v roce 1998 jako zahradníka. Bydlel v zahradním domku na pozemku zaměstnavatele a za mzdu prováděl drobné domácí práce, staral se o zahradu. Mzda mu byla vyplácena bez jakýchkoli dokladů. Později byl v Praze legitimován cizineckou policií a protože neměl legalizován pobyt ani nemohl prokázat příjem, byl vyhoštěn. Absence legálního zaměstnání, sociálního a zdravotního pojištění a práce bez pracovního

povolení pro něho byly známými pojmy, ale respektování zákonných norem nepovažoval za důležité vzhledem k tomu, že z prostředí Zakarpatské Ukrajiny věděl, že takto pracuje celá řada osob. Nelegalizovaný pobyt a zaměstnání mu nepřípadaly jako dostatečné důvody pro vyhoštění.

Z uvedeného je patrné, že právní vědomí a zkušenost, jaké činnosti jsou tolerovány, za jakých podmínek, a jaké nikoli, získávají zahraniční pracovníci jen postupně a zejména v prostředí, kde jsou zaměstnáváni. Nelegální práce zahraničních pracovníků je především odpovědností tuzemských zaměstnavatelů. Vystavují tím skupinu opět nepřiměřeným rizikům.

Zmínili jsme výše, že ukrajinská skupina je v České republice výrazně nivelizována v oblasti pracovního zařazení, mzdy a způsobu života, který je soustředěn zejména na pracovní výkon. Nivelizace v oblasti zaměstnání i životního stylu však nemusí být u všech přesídlenců z oblastí bývalého Sovětského svazu pravidlem. Například arménští imigranti do České republiky, které v roce 2000 studoval Jaroslav Maroušek (Maroušek 2000), jsou z hlediska sociálního statusu a zaměstnání mnohem pestřeji diverzifikováni záhy po příjezdu. Je to dáno zejména sítí kontaktů, které mohou využít pro získání bydlení a zaměstnání.

Výsledky těchto i dalších studií ukazují, že čím pestřejší je spektrum zaměstnání, která příslušníci dané imigrační skupiny na území České republiky vykonávají, tím je větší pravděpodobnost, že i noví imigranti stejné lokální nebo etnické provenience, kteří na území České republiky přicházejí, nebudou tvořit profesně nivelizovanou skupinu.

6.5.5. *Návrat na Ukrajinu*

V průběhu výzkumu jsme se neseťkali ani s jedním respondentem, který by k převodu peněz vydělaných v České republice na Ukrajinu používal bankovní spojení. Peníze si pracovníci ze Zakarpatské Ukrajiny převážejí do svých domovů sami, nebo jim je vezou známí vracející se na Ukrajinu, případně za ně nakupují předměty, které vezou sebou při návratu z České republiky. Veškeré tyto formy převodu výtěžku jsou nebezpečné, skýtají prostor pro zcizení nebo korupci při přechodu hranic. Vedle častých loupežných přepadení, o kterých jsme byli informováni, dochází při přejezdu autobusů z Čech na Ukrajinu k požadování „průjezdného“. Ozbrojená skupina zastaví autobus a nařizuje, aby každý cestující zaplatil určitou částku. V polovině roku 2001 mohla částka za průjezd dosahovat až 200 USD.

Jednotlivci i skupiny proto vymýšlí strategie, jak pokud možno bezpečně peníze dopravit na Zakarpatskou Ukrajinu (např. nakupují ojeté automobily a vracejí se s nimi atd.). Vzhledem k tomu, že jsou často hromadně ubytováni, nosí mnohdy celé obnosy vydělaných peněz neustále u sebe a jsou neustále zejména ze strany svých pracovníků ohroženi, že budou oloupeni. Toto jednání opět přináší riziko fyzické újmy.

6.5.6. Prostředky získané prací v zahraničí

Prostředky, které pracovníci ze Zakarpatské Ukrajiny vydělali většinou investují do:

1. zlepšení vlastního bydlení (staví nebo opravují domy),
2. nákupu motorových vozidel (někteří si automobily vozí přímo z Čech),
3. nákupu elektroniky (rádia, televize, pračky, ledničky),
4. nákupu specializovaného zboží.

Zaměstnání v České republice mnohým ze zkoumaného regionu slouží také jako jeden z mála zdrojů volných finančních prostředků, které mohou nějakou dobu uschovat a použít v případě nepředvídaných událostí, jakými je např. nemoc.

6.6. Závěr

Vasil Bedzir v textu Migrace z Ukrajiny do střední a východní Evropy ukazuje, že i krátkodobá zahraniční práce v zahraničí přináší do ukrajinských rodin nezanedbatelné finanční prostředky a mění jejich sociální status bez ohledu na to, jaký sociální status má práce, kterou vykonávají na Ukrajině a jaké prostředky jim poskytuje (Bedzir 2001: 281). Možnosti lepšího výdělku v České republice než na Ukrajině se odráží i v deklarované snaze řady respondentů ze Zakarpatské Ukrajiny usadit se v České republice na trvalo nebo na delší časové období. Při výzkumu na Zakarpatské Ukrajině jsme zaznamenali, že někteří respondenti uvažovali o podání žádosti o azyl a přemýšleli, jakými strategiemi by bylo možné azylu dosáhnout. Žádost o azyl přitom neinterpretovali pouze jako legalizaci pobytu, při kterém je možno pracovat, ale jako východisko z bezperspektivní situace.

Česká republika nepatří mezi nejfavorizovanější země pro trvalý pobyt. Je však relativně snadno dosažitelná. S tímto faktem by bylo třeba kalkulovat, pokud vezmeme na vědomí, že již v roce 1992 uvažovalo 11 % Ukrajinců o opuštění země (Foreign direct.. 1996: 18).

Současné jsme však mohli ověřit, že v rámci společnosti Zakarpatské Ukrajiny nepatří pracovníci, kteří jsou pravidelně nebo nepravidelně legálně nebo nelegálně zaměstnáváni v České republice, ke skupině s nejvyšší životní úrovní. Jedná se o skupinu, která se pohybuje na pomezí nižších a středních tříd. Pracovní cesta do České republiky pro ně znamená určité zlepšení životního standardu, který by bylo možné v případě rezignování na zahraniční práci jen reprodukovat.

Zahraníční dělníci investují většinou do bydlení a do nákupu věcí osobní spotřeby. Jen výjimečně vytvářejí kapitál, který by jim měl vydělávat další obživné prostředky. Někteří práci v zahraničí kombinují s drobným podnikáním, například s upomínkovými předměty (muž 1975, Jablonický průsmyk).

Způsob zaměstnávání nekvalifikovaných pracovních sil z Ukrajiny, podle zjištění na Zakarpatské Ukrajině, přináší samotným pracovníkům řadu rizik. Je na zvážení odborníky a jejich dalším šetření,

kteřá z nich jsou zdravotního charakteru a jakém rozsahu. Některá naznačená rizika se mírně snižují institucionalizací pracovní migrace, která je pro jednotlivce stále náročnější a dražší. Většina těchto rizik však přetrvává.

Komplexní výsledky šetření na Zakarpatské Ukrajině, do kterých budou zahrnuty další aspekty způsobu života v regionu, budou publikovány v roce 2002.

6.7. Literatura

- Bedzyr V. 2001: Migration from Ukraine to Central and Eastern Europe. In: Wallace C. – Stola D. (eds.): Patterns of Migration in Central Europe. Chippenham, Palgrave Publishers.
- Drbohlav D. a kol. 1999: Ukrajinská komunita v České republice. Praha.
- Foreign direct investment, trade, aid and migration. Geneva, United Nations 1996.
- Hořec J. 1993: Podkarpatská Rus země neznámá. Jinočany, H a H.
- International Migration Policies. New York, United Nations 1998.
- Maroušek J. 2000: Integrace Arménů do české společnosti. Výzkumná zpráva sestavená na základě etnografického výzkumu ve vybraných lokalitách na území ČR. Rukopis.
- Pilkington H. 1998: Migration, Displacement and Identity in Post-Soviet Russia. London, New-York, Routledge.
- Uherek Z. – Valášková N. – Brouček S. 1997: Češi z Běloruska. Český lid 84, 3: 177 - 190.
- Uherek Z. – Valášková N. – Kužel S. – Dymeš P. 2002: Češi z Kazachstánu a jejich přesídlení do České republiky. V tisku.
- Valášková N. – Uherek Z. – Brouček S. 1997: Aliens or One's Own People. Czech Immigrants from the Ukraine in the Czech Republic. Praha, Institute of Ethnology of the Academy of Sciences of the Czech Republic.
- Wallace C. – Chmuliari O. – Sidorenko E. 1995: The Eastern Frontier of Western Europe: mobility in the Buffer Zone. Praha, CEU. Rukopis.
- Wallace C. – Stola D. 2001: Introduction: Patterns of Migration in Central Europe. In: Wallace C. – Stola D. (eds.): Patterns of Migration in Central Europe. Chippenham, Palgrave Publishers.

7. Empirická část projektu

7.1. Úvod

Přestože předcházející kapitoly již naznačily zdroje existujících problémů v oblasti poskytování zdravotní péče cizincům v ČR, byla do projektu zařazena i empirická část, jejíž hlavní náplní jsou hloubkové rozhovory s:

- a) cizinci pobývajícíchmi trvale či dlouhodobě v ČR
- b) rozhovory s odborníky, kteří s cizinci při své každodenní práci přicházejí do styku.

Důvody pro zařazení empirické části do realizace projektu jsou následující:

- cizinci umožní pohlédnout na danou problematiku zevnitř, tedy z perspektivy svých osobních zkušeností,
- cizinci v těchto rozhovorech sami upozorní na to, co je v souvislosti s čerpáním zdravotní péče v ČR nejvíce tíží a kde vidí slabé stránky českého zdravotnictví,
- pohled cizinců umožní koncipovat plánovaný informační materiál pro ně určený tak, aby co nejvíce vyhovoval jejich požadavkům a maximálně řešil problémy, se kterými se v ČR v souvislosti s čerpáním zdravotní péče setkávají,
- pohled odborníků přicházejících s cizinci do styku umožní odhalit slabiny v oblasti poskytování zdravotní péče cizincům v ČR, jejichž zdrojem je samotný zdravotnický systém (právní rámec, kompetence zainteresovaných orgánů apod.).

7.2. Cíle

V empirické části projektu si klademe za cíl:

- prozkoumat pohled na problematiku poskytování zdravotní péče cizincům zevnitř,
- zjistit, zda jsou cizinci vůbec ochotni poskytovat požadované informace a rozhodnout, jakým způsobem je nejvhodnější tyto informace od cizinců získávat,
- vytvořit východisko pro plánované rozsáhlé empirické šetření na straně cizinců pobývajících v ČR.

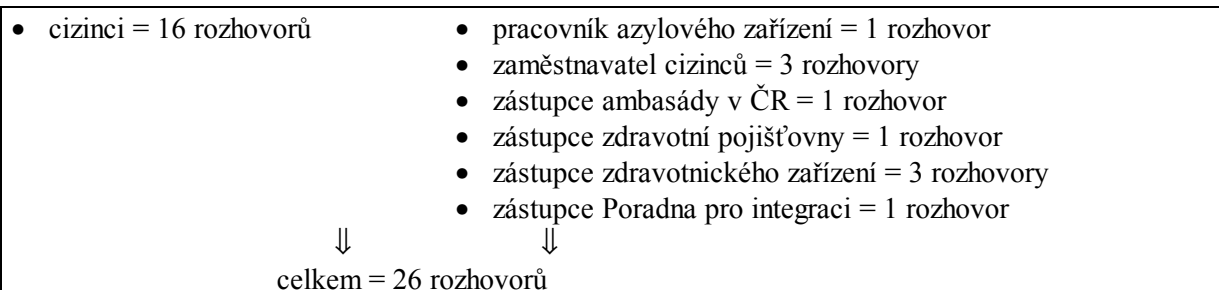
7.3. Metodologický přístup

Protože se jedná o jeden z prvních projektů, jehož výstupem má být informační materiál „šitý na míru“ samotným cizincům v ČR, jevílo se nám jako nutnost oslovit příslušníky cílové populace. Ale vzhledem k tomu, že časové a finanční možnosti v této fázi zatím nedovolují rozsáhlé empirické šetření, zvolili jsme cestu **polostandardizovaných rozhovorů**, které nám pomohou lépe se zorientovat v dané problematice a přiblížit se k cizincům žijícím dlouhodobě nebo trvale v ČR.

Empirická část je proto v této fázi koncipována spíše jako **pilotáž**, která bude sloužit jako východisko pro další, mnohem rozsáhlejší, standardizované empirické šetření.

V rámci řešení projektu pro rok 2001 jsme se rozhodli pro realizaci 26 polostandardizovaných rozhovorů³⁰, a to jak s cizinci, tak i s odborníky, kteří s cizinci při své práci přicházejí do styku.

Schéma č. 2: Přehled rozhovorů



Vzhledem k počtu plánovaných rozhovorů v této fázi projektu nebyl kladen zvláštní požadavek na sociodemografické charakteristiky dotazovaných cizinců. Hlavním cílem bylo cizince oslovit a získat požadovanou informaci bez nároků na reprezentativitu výběrového souboru.

- a) Pro zařazení cizinců do výběrového souboru byla zvolena metoda výběru úsudkem, kdy jednotliví členové výzkumného týmu pro realizaci rozhovorů využívali svých osobních kontaktů buď přímo s cizinci nebo s jejich známými. Takto vybraní cizinci byli kontaktováni a dotazováni podle předem připraveného scénáře³¹ (viz kapitola 5.5). Zde je nutné podotknout, že některé rozhovory probíhaly v cizích jazycích, což kladlo zvýšené požadavky na členy výzkumného týmu. Některé z rozhovorů sice probíhaly v českém jazyce, ale úroveň jeho zvládnutí byla u dotazovaných odlišná a proto se někde ukázalo jako velmi potřebné, zúčastnila-li se rozhovoru i jiná osoba perfektně ovládající češtinu (nejčastěji rodinný příslušník). Také pohled těchto osob, blízkých oslovených cizinců, byl pro členy výzkumného týmu cenným zdrojem informací.
- b) Pro výběr dotazovaných odborníků byl připraven soupis podle zastávaných funkcí, nikoli podle konkrétních jmen. Kontakt na konkrétní odborníky byl získán v oslovené instituci.

Ze všech realizovaných rozhovorů byl pořízen audiozáznam, který byl posléze doslovně přepsán. Tyto prepisy budou sloužit pro rozsáhlou obsahovou analýzu těchto rozhovorů, která bude publikována v samostatné výzkumné zprávě.

7.3.1. Metodologické připomínky

Uvědomujeme si, že doposud realizované šetření mezi cizinci a odborníky nemůže být v žádném případě označeno za reprezentativní. Toto šetření má charakter pilotáže, která bude, jak již bylo zmíněno, **východiskem pro rozsáhlé empirické šetření na straně cizinců**. Výzkumný nástroj pro toto rozsáhlé šetření bude sestaven na základě analýzy pilotních rozhovorů s cizinci a odborníky.

³⁰ Tyto rozhovory probíhaly během měsíce září.

³¹ Tyto scénáře sloužily pro tazatele spíše jako vodítko. Průběh rozhovoru se vždy řídil momentální situací.

Hlavním metodologickým požadavkem na plánované rozsáhlé empirické šetření mezi cizinci bude zajištění reprezentativity zkoumaného souboru, a to jak z hlediska základních (věk, pohlaví, zaměstnání, vzdělání), tak i vybraných (země původu, délka a typ pobytu, účel pobytu apod.) charakteristik příslušníků cílové populace.

7.4. Scénáře rozhovorů

7.4.1. Scénář A – cizinci

1) úvodní informace:

- věk, pohlaví, rodinný stav, země původu
- důvod pobytu v ČR, délka pobytu (od příjezdu do konání rozhovoru, **POZOR: musí být minimálně rok**), místo pobytu v ČR, plánovaná délka pobytu do odjezdu
- přicestoval sám x s rodinou
- pracuje v ČR: ano x ne

2) zdravotní pojištění v ČR:

- je pro pobyt v ČR zdravotně pojištěn, ⇒ *když není pojištěn - proč, měl s tím někdy problémy - jaké*
- kde se pojistil (ČR x země původu), u jaké pojišťovny, jak dlouho je takto pojištěn
- měnil už během pobytu způsob pojištění - proč, uvažuje o změně - proč
- měl na výběr z několika druhů pojištění, proč vybral toto
- kolik ho to stojí, kdo a jak to platí
- radil mu někdo v případě 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

3) čerpání zdravotní péče v ČR:

- navštívil již během pobytu v ČR lékaře, kdy, kde, jakého ⇒ *v případě, že dosud nenavštívil, ptát se na zkušenosti rodiny, přátel, známých*
- jak často zde navštěvuje lékaře, jaké, co jeho rodina, co pobyty v nemocnici
- jak se dostal ke svému lékaři popř. lékařům, je s ním spokojen x nespokojen, měnil už lékaře, chystá se měnit lékaře, má rodina stejného lékaře
- jak to během návštěvy/při pobytu v nemocnici probíhá
- jak péči hradí (z pojištění x hotově), kdy (při návštěvě, po), liší se to u různých lékařů
- zaznamenal během svého pobytu problémy nebo nedorozumění při hrazení zdravotní péče v ČR (nechtěli ho ošetřit, chtěli to hotově, chtěli připlatit apod.)
- dluží v ČR něco na zdravotním pojištění, kolik, jak dlouho, jak je to vymáháno
- měl někdy při návštěvě lékaře či při hospitalizaci problémy - jaké
- oddaluje návštěvy lékaře/hospitalizaci - proč
- jak k němu přistupuje lékař a jiný zdravotnický personál, ostatní pacienti
- cítí nějaký odstup - v čem, proč si myslí, že mají odstup
- co jazyková bariéra, rasová rozdílnost
- 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.
- kde čerpal informace o českém zdravotnictví
- jaké informace o poskytování zdravotní péče postrádal a ještě postrádá

- co by ještě chtěl vědět
- co ho trápí, co mu vadí při čerpání zdravotní péče v ČR
- srovnání zdravotní péče v ČR a v zemi původu (rozsah, kvalita, cena, přístup personálu apod.)

7.4.2. Scénář B - zaměstnavatelé, zaměstnanci azylových zařízení, MV, ambasád

1) úvodní informace

- věk, pohlaví
- jak přichází do styku s cizinci - náplň práce
- s jakými národnostmi přichází do styku, příp. s kolika cizinci
- jsou to zaměstnanci, azylant, občané země, kterou v ČR zastupují

2) zdravotní pojištění cizinců v ČR

- jsou tito cizinci zdravotně pojištěni, jak u koho, jaké mají možnosti ⇒ *když nejsou - proč, jsou s tím problémy - jaké*
- jaké možnosti zdravotního pojištění zde mají
- jak toto pojištění platí, kdo to platí, kolik
- obrací se na něho cizinci s dotazy ohledně zdravotního pojištění - jakými
- kam je odkazuje, o jakých zdrojích informací o zdravotním pojištění v ČR pro cizince ví - jsou podle něho dostatečné x nedostatečné

3) čerpání zdravotní péče cizinci v ČR

- navštěvují cizinci, se kterými přichází do styku, lékaře / jsou hospitalizováni - jak často
- setkal se s tím, že by byly problémy s čerpáním zdravotní péče cizinci v ČR - jaké problémy, kdo mu je svěřil
- svěřili se mu cizinci s některými problémy (jazykové bariéry, rasové nálady, odmítnutí poskytnutí péče, přístup lékařů, sester, ostatních pacientů, požadované příplatky za péči nebo hrazení hotově), svěřili se někdy jeho kolegům nebo problémy z chování cizinců vycítil
- vznikají podle něho nějaké problémy v důsledku nízké informovanosti cizinců o možnostech při čerpání zdravotní péče v ČR
- s čím jsou v souvislosti se zdravotní péčí cizinci nespokojeni - jeho zkušenosti, pocity
- s čím jsou spokojeni - jeho zkušenosti, pocity
- ví o tom, že by měli pohledávky za neuhrazenou zdravotní péčí, obrací se při tom pojišťovny nebo zdravotnická zařízení i na ně
- mají cizinci ohledně zdravotní péče v ČR přímo na něho nějaké dotazy - jaké, zkušenosti kolegů - jaké informace jim chybí
- kam je odkazuje, o jakých zdrojích informací ví
- myslí si, že jsou dobře informováni (jak by celkově ohodnotil jejich povědomí o systému českého zdravotnictví), co na to jeho kolegové
- myslí si, že by byla užitečná vícejazyčná informační brožura, kterou by jim mohl rozdávat (v kterých jazycích by byla podle něho nejvíce potřebná)

7.4.3. Scénář C - zaměstnanci pojišťoven, zdravotnických zařízení

1) úvodní informace

- věk, pohlaví
- jak přichází do styku s cizinci - náplň práce
- s jakými národnostmi přichází do styku, příp. s kolika cizinci
- jsou to pojištěnci, klienti

2) zdravotní pojištění cizinců v ČR

- jaké možnosti zdravotního pojištění se v ČR cizincům nabízí
- jak je využívají
- kolik cizinců je u nás takto pojištěno, jaké jsou s tím spojené náklady
- co nepojištění cizinci - problémy, počty, náklady
- myslí si, že mají cizinci dost informací o zdravotním pojištění v ČR
- kde je mohou cizinci čerpat, o jakých zdrojích on sám ví

3) čerpání zdravotní péče cizinci v ČR

- jaké výkony zde cizinci čerpají, jsou nějaké z těchto výkonů problematické, nějaké jsou častější
- jaké jsou s tím spojené problémy - jazyková vybavenost, kulturní odlišnosti apod.
- vznikají jim v souvislosti s poskytováním zdravotní péče cizincům pohledávky - v jaké výši
- jak se tyto pohledávky vymáhají, jaká je úspěšnost
- kdo to nakonec všechno zaplatí
- vznikají podle něho nějaké problémy v důsledku nízké informovanosti cizinců o možnostech při čerpání zdravotní péče v ČR
- zkušenosti se zdravotní turistikou
- myslí si, že jsou cizinci o svých možnostech při čerpání zdravotní péče v ČR dobře informováni - kde se podle něho mohou informovat (dostupné zdroje)
- jaké informace by podle něho ještě potřebovali
- obrací se na ně cizinci s nějakými dotazy v souvislosti s čerpáním zdravotní péče v ČR - jakými
- setkali se s problémy, stížnostmi - jakými, kdo si stěžoval (přímo cizinec nebo někdo jiný), stěžovali si někdy poskytovatelé ZP - na co
- zkušenosti kolegů
- myslí si, že by byla užitečná vícejazyčná informační brožura, kterou by jim mohl rozdávat (v kterých jazycích by byla podle něho nejvíce potřebná)

7.5. Struktura informační brožury pro cizince

Struktura informační brožury pro cizince byla navržena nejen na základě teoretických poznatků z analytické části projektu, ale především na základě poznatků získaných z uskutečněných rozhovorů s cizinci a s odborníky, kteří s cizinci přicházejí při své práci do styku. Na základě takto dosažených poznatků jsme zvolili následující uspořádání.

1/ Seznámení se systémem poskytování zdravotní péče v ČR

- Stručná charakteristika systému zdravotní péče v ČR
- Organizace systému poskytování zdravotní péče v ČR
- Systém zdravotního pojištění
- Typy zdravotního pojištění (rozlišení mezi veřejným a smluvním zdravotním pojištěním)
- Bezplatné poskytování zdravotní péče na základě mezinárodních úmluv
- Způsoby financování a úhrady zdravotní péče v ČR
- Rozsah péče hrazené zdravotními pojišťovnami podle typů pojištění
- Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
- Seznam zdravotnických zařízení, která ošetřují v rámci smluvního pojištění

2/ Práva a povinnosti cizinců při čerpání zdravotní péče v ČR (na základě platných právních předpisů)

3/ Přehled platných právních předpisů z této oblasti - výčet a stručná charakteristika obsahu (včetně seznamu mezinárodních úmluv o bezplatném poskytování zdravotní péče v ČR)

4/ Rady, jak postupovat v případech, kdy nastanou modelové situace (forma otázek a odpovědí)

Otázky pro 4. část brožury:

(sestavené na základě poznatků z analýz a rozhovorů s cizinci a odborníky, kteří s cizinci přicházejí při své práci do styku)

a/ Zdravotní pojištění:

- Přijel jsem do ČR a nejsem zdravotně pojištěn. Jak mám postupovat, kam se mám obrátit, jaké jsou mé možnosti?
- Co když se vůbec zdravotně nepojistím? Co mi hrozí?
- Co když se mi něco stane na cestě do ČR?
- Jak je to s pojištěním, když jedu dočasně do své země? Mohu ho přerušit? Vráti mi peníze zpětně?
- Co všechno kryje zdravotní pojištění a co je potřeba doplatit hotově?
- Musím se automaticky pojistit u VZP nebo mám i jiné možnosti? Jaké?
- Jaké mám jako cizinec možnosti volby? - možnost volby lékaře, zdravotní pojišťovny, typu pojištění
- Pocházím ze země, se kterou má ČR uzavřenou smlouvu o bezplatném poskytování zdravotní péče. Na co mám nárok?
- Mám zájem uzavřít nějaké exkluzivní zdravotní pojištění. Kam se mohu obrátit, jaké výkony to kryje a kolik to asi stojí?
- Co se stane v případě, že dostanu průkaz pojištěnce s nekolikadenním zpožděním (např. registrace u ZP je možná až po udělení azylu, zaměstnavatel má na mé přihlášení 8 dní) a něco se mi zrovna stane? Nebude po mně vymáhám dluh?

b/ Čerpání zdravotní péče:

- Jak mám postupovat v případě, že pocítím potřebu vyhledat lékařskou péči?
- Jak zjistím, na jakého lékaře se mohu obrátit a kde hovoří cizími jazyky?
- Jak zjistím, zda lékař nezneužívá toho, že jsem cizinec a chce po mně v hotovosti zaplatit příliš? Jak se mohu bránit?
- Jak se hradí nadstandardní péče?
- Jak se platí léky? Co když po mě chtějí v lékárně léky na předpis hradit hotově?
- Jak se platí rychlá záchranná služba?
- Co mám dělat, když se mi přitíží v noci nebo o víkendu? Kam mohu zavolat?
- Jaký je postup, když se mi stane úraz a nehoda a já u sebe nemám kartu pojištěnce, i když jsem pojištěn?
- Mohu jít v případě zdravotních potíží rovnou k příslušnému specialistovi nebo musím nejdříve k praktickému lékaři?
- Jaké jsou výše doplatků u zubaře? Musím si platit veškerou péči u zubaře nebo něco kryje i pojištění?
- Kam se mám obrátit v případě, že mě lékař odmítne ošetřit (zaregistrovat), i když mám kartičku pojištěnce?

c/ Cizinec v zaměstnaneckém poměru:

- Měním v ČR zaměstnání. Jak to mám udělat s pojištěním? Kam mám jít? Kde to mám nahlásit?
- Co mi hrozí, když za mě zaměstnavatel pojištění neplatí?
- Zaměstnavatel vyžaduje vstupní zdravotní prohlídku a preventivní prohlídky. Musím je absolvovat a kdo je zaplatí? Jak je to s výstupními prohlídkami?

d/ Cizinec - podnikatel

- Je nutné v případě podnikání na území ČR platit zdravotní pojištění na rok dopředu? Jaké jsou jiné možnosti? Co když na to nemám a nezaplatím? Jak se pojištění obnovuje?

e/ Cizinky - zdravotní péče v těhotenství, péče o dítě narozené v ČR

- Jsem těhotná. Kam se mám obrátit? Kdo hradí péči v těhotenství? Kdo hradí porod?
- Jak to bude s péčí o mé dítě? Co když se dítě narodí hodně nemocné?

8. Současné zdroje informací pro cizince o zdravotní péči v ČR

Upozornění: Vzhledem k dynamice proměnlivosti podoby internetových stránek nezachycuje tato analýza nejnovější změny.

Stav jednotlivých webů je zachycen ke dni 29.9.2001.

8.1. Cíl studie

Tato analýza se zabývá stavem českých internetových stránek o zdravotní péči pro cizince. Byla zjišťována vyhledatelnost daných stránek, vzájemná provázanost systému odkazů a jejich informační přínos pro cizince jako cílovou skupinu.

Důraz byl kladen na:

- informace o organizační struktuře českého zdravotnictví v ambulantní i v nemocniční oblasti
- informace o financování zdravotní péče
 - informace o způsobu úhrad léčiv
 - informace o zdravotním pojištění a jeho typech
 - informace o rozsahu zdravotní péče poskytované zdravotními pojišťovnami
 - informace o způsobech úhrad zdravotní péče, pokud se na ně pojištění nevztahuje (včetně nadstandardní péče)
- informace o bezpečnosti práce
 - informace o spektru vyšetření zdravotního stavu vyžadovaných zaměstnavatelem pro vytipované profese, včetně profesí prováděných na rizikových pracovištích (vstupní, periodické a výstupní prohlídky)
- právní informace
 - informace o právních opatřeních platných pro cizince pobývající v ČR
 - základní instrukce o způsobu života v ČR
- informace o možnostech najít pomoc v nouzi (zaměřené na zdravotnickou pomoc), včetně kontaktních adres a spojení na instituce, které jsou schopny ji poskytnout
- informace o ochraně veřejného zdraví (health promotion)

8.2. Metoda získávání informací

Byly použity české a světové portály a fulltextové vyhledavače, především Seznam, Centrum, RedBox, Altavista, Google a Yahoo (plus národní verze Yahoo).

V první fázi se práce soustředila na shromáždění informací o českém zdravotnictví na českém internetu a posouzení jejich aktuálnosti, dostupnosti, vyhledatelnosti a použitelnosti pro cizince (překlady do cizích jazyků).

Hledány byly informace nacházející se na stránkách:

- ministerstev - vnitra, zdravotnictví, práce a sociálních věcí a zahraničních věcí (včetně webů velvyslanectví)
- pojišťoven – zdravotních i komerčních
- cestovních kanceláří se zaměřením na incomingové
- jiných organizací, kupř. web České lékařské komory, stránky Svazu pacientů ČR etc.

Tedy webů, jejichž návštěvu lze cizincem nebo zprostředkující institucí, hledající informace, před cestou do ČR předpokládat.

Ve druhé fázi bylo provedeno srovnání se zahraničím, přičemž byly na příslušných webech hledány také existující odkazy na české stránky.

8.3. Výsledky

8.3.1. Ministerstva

Ministerstvo vnitra:

Na adrese <http://www.mvcr.cz/dokumenty/migrace/2000/index.html> je dostupný text **Informace o situaci v oblasti migrace na území České republiky za rok 2000** (+ odkazy na minulá léta až do r. 1996); jedná se o oficiální dokument ministerstva vnitra a na hlavních českých internetových portálech (Seznam, Atlas...) na něj existují přímé odkazy. Dokument se týká především vízové a azylové politiky, informace o zdravotnictví neobsahuje – v kapitole I.1. Institucionální rámec jsou vymezeny působnosti ministerstev vnitra, zahraničních věcí, práce a sociálních věcí, průmyslu a obchodu a školství, mládeže a tělovýchovy, nikoli však ministerstva zdravotnictví. Dokument je dostupný v českém jazyce. Existují odkazy na text v anglickém jazyce rovněž do roku 1996, avšak jsou nefunkční.

Ministerstvo zahraničních věcí:

Stránka MZV ČR učená pro cizince cestující k nám (<http://www.czech.cz>) nabízí samotná pouze velmi obecné informace o životě v ČR, týkající se klimatu etc., nabízí však odkazy na česká centra ve světě (<http://www.czech.cz/scc/default.htm>) ,_ která mohou být pro cizince prvním záchytným bodem; v sekci „Practical tips“ nabízí kupř. České centrum v New Yorku i podsekcí „Health issues“ – tato obsahuje opět pouze zcela obecné a základní informace (telefonní čísla první pomoci v ČR...), avšak zároveň i řadu odkazů, například na vládu ČR – toto lze s rezervou považovat za vzorový model; informační hodnota stránky podobné instituce tkví v systému odkazů a jejich přehlednosti.

Nevýhodou serverů českých center je skutečnost, že poměrně velké procento času jsou mimo provoz.

Velvyslanectví České republiky:

ZÁPADNÍ EVROPA – Velvyslanectví ČR v Dánském království na adrese <http://www.mzv.cz/copenhagen> nabízí přehledný strom odkazů na český internet, informace o zdravotní péči však chybějí. Existují pouze odkazy na ministerstva vnitra a průmyslu a obchodu, odkud je možno dostat se na www stránky vlády ČR (<http://www.vlada.cz>.)

Velvyslanectví ČR v Nizozemském království (<http://www.mzv.cr/hague>) obsahuje podrobně a přehledně zpracovaný systém odkazů na české adresy v oblastech všeobecné, Cizinecká policie, vízové informace, konzulární služby, ekonomika a obchod a kultura; zdravotnictví svou sekci nemá. Kliknutím na odkaz „useful links“ se však dostaneme na přímé odkazy mj. na česká ministerstva, i ministerstvo zdravotnictví.

Velvyslanectví ČR ve Spolkové republice Německo (<http://www.mzv.cz/berlin>) nenabízí žádné odkazy ani informace.

Velvyslanectví ČR ve Švédském království obsahuje velmi podrobné vízové a konzulární informace a kontaktní adresy na konzuláty v Malmö a Göteborgu, chybí však jakékoli informace o českém zdravotnictví a jakékoli odkazy na český internet.

Velvyslanectví ČR ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irsku (<http://www.mzv.cz/london>) nabízí, podobně jako velvyslanectví ve Švédsku, podrobné vízové a konzulární informace, navíc však obsahuje i odkazy na stránky Úřadu vlády ČR a na stránky ministerstva zahraničních věcí ČR. Web sám neobsahuje žádné z hledaných informací.

Velvyslanectví ČR v Belgickém království, ve Finské republice, ve Francouzské republice, v Italské republice, v Irské republice, v Norském království, v Portugalské republice, v Rakouské republice, v Řecké republice, ve Španělském království a ve Švýcarské konfederaci nemají své internetové prezentace.

VÝCHODNÍ A STŘEDNÍ EVROPA: velvyslanectví České republiky v těchto zemích nemají žádné internetové prezentace.

SEVERNÍ AMERIKA: Velvyslanectví ČR ve Washingtonu (<http://www.mzv.cz/washington>) nabízí po odkliknutí Czech presence – Czech tourist authority in New York – Practical tips text „Health issues“, který se týká informací o hygienických standardech ČR a informuje o tom, že mezi ČR a USA neexistuje bilaterální smlouva o poskytování zdravotní péče a tudíž se doporučuje cestovní pojištění. Odkazy na pojišťovny však chybějí; uvedena jsou telefonní čísla na Americké zdravotní centrum v Praze, Kanadské zdravotní centrum, nemocnici Na Homolce, telefonní číslo na zubní pohotovost a

linka tísňového volání 155. Následuje odstavec „Drugs“ s adresami a odkazem na Zlaté stránky při vyhledávání lékáren.

Velvyslanectví ČR v Kanadě (<http://www.mzv.cz/ottawa>) podává kupodivu většinu informací o Kanadě, nikoli o ČR. Jsou uvedeny pouze odkazy na české noviny. Stránky jsou dostupné v češtině, v angličtině a některé sekce i ve francouzštině.

OSTATNÍ SVĚT: Namátkově byly vybrány tři země, Libanon, Kolumbie a Peru. Velvyslanectví v Libanonu ani v Kolumbii internetovou prezentaci nemají, velvyslanectví ČR v Limě nabízí, stejně jako velvyslanectví v Ottawě, pouze informace o Peru.

Ministerstvo práce a sociálních věcí:

Na adrese <http://www.mpsv.cz> je dostupný text „Sociální zabezpečení cizích státních příslušníků v ČR“, jehož první část se týká nemocenského pojištění cizinců pracujících v ČR. Text poskytuje stručnou informaci o situaci, je uveden odkaz na stránky ministerstva zdravotnictví. V českém jazyce jsou uveřejněny plné texty bilaterálních smluv o sociálním zabezpečení s Bosnou a Hercegovinou, Bulharskem, Chile, Chorvatskem, Izraelem, Kanadou, Kyprem, Litvou, Bulharskem, Makedonií, Moldavskem, Nizozemskem, Rakouskem, Ruskem, Slovinskem, Republikou Jugoslávií, Švýcarskem a Ukrajinou; odkazy na Bělorusko, Francii, Maďarsko, Polsko, Quebec, Rumunsko, Slovensko, SRN a USA jsou nefunkční.

Uveřejněn je výborný text „Důsledky vstupu ČR do EU na vztahy s Rakouskem se zaměřením na zaměstnanost, trh práce a migraci“ (ing. Ivo Baštýř a kol.). Jako zcela zásadní se jeví kapitola 5., „Pracovní migrace cizinců v České republice“ (M. Horáková), zpracovávající přehledně současný stav. Analýza se sice nedotýká zdravotnictví, nicméně závěrů této studie je možno použít jako podkladu pro tvorbu zdravotní politiky v této oblasti. Za pozornost rovněž stojí 6. kapitola téže studie (M. Horáková), „Migrační politika České republiky, Rakouska a Evropské Unie – charakteristika mechanismů a postupů“.

Stránka MPSV obsahuje i text „Zaměstnávání cizinců na území ČR“, který je dostupný česky i anglicky (<http://www.mpsv.cz/scripts/lssz/cizinci/default.asp>).

Ministerstvo zdravotnictví:

Ministerstvo zdravotnictví České republiky poskytuje na svých stránkách systematicky nejlepší a nejpřehlednější strom odkazů a plní tak především úlohu portálu českého zdravotnictví. V sekci „Mezinárodní vztahy“ nabízí odkazy na:

- **mezinárodní organizace**
- **multilaterální smlouvy**
- **bilaterální úmluvy**
- **zahraniční legislativu a informace o zdravotnictví** (dostupné jsou pouze evropské země – Anglie, Belgie, Dánsko, Finsko, Francie, Itálie, Kypr, Portugalsko, Rakousko, Řecko,

Španělsko, Švédsko a Švýcarsko) – odkazy působí velmi nadějně, leč neposkytují ani u jedné země žádnou jinou informaci, než odkaz na zákon o transplantaci lidských orgánů.

- **Český zdravotnický systém**

- Všeobecné informace: dostupná jsou statistická data ÚZISu a především text „Podmínky poskytování zdravotní péče českým občanům v zahraničí a cizincům v ČR“, který pro cizince v ČR poskytuje pouze stručnou informaci o úhradách zdravotní péče u nás **v českém jazyce**.
- Projekt MATRA
- Jsou zde dostupné nejdůležitější zákony o českém zdravotnictví, odkazy připravovaných zákonů jsou nefunkční.

Odkazy na stránky MZ ČR na cizích webech: Přímé odkazy téměř neexistují; jediný byl nalezen na webu ministerstva zdravotnictví Nového Zélandu, další pak na českých stránkách – velvyslanectví ČR v Nizozemsku (pozn.: nebylo v možnostech této studie vyhledat stránky všech velvyslanectví, všech pojišťoven na celém světě a všech ministerstev zdravotnictví a vnitra všech zemí – lze tedy předpokládat, že odkazů je více, než bylo nalezeno, což ovšem nemění nic na nedostatečnosti jejich počtu).

8.3.2. Pojišťovny

Zdravotní pojišťovny

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR nabízí na adrese <http://www.vzp.cz> stručnou informaci v anglickém jazyce, nově i v německém a ruském jazyce o zdravotním pojištění pro cizince. Stránka je doplněna kontaktním e-mailem, adresou a telefonním spojením. Informace se pochopitelně vztahuje pouze na služby, které VZP poskytuje, komplexní informace o zdravotnictví pro cizince v ČR není dostupná.

ZAMĚSTNANECKÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY neposkytují na svých stránkách žádné informace tohoto charakteru.

Komerční pojišťovny

Pojišťovna ALLIANZ nabízí na své stránce <http://www.allianz.cz/prod/cestovni.htm> stručný a jasný přehled produktů, které sama poskytuje, tj.

- Pojištění léčebných výloh v zahraničí a základní asistenční služby
- Pojištění úrazové, zavazadel a odpovědnosti za škodu a doplňkové asistenční služby
- Pojištění stornovacích poplatků
- Celoroční cestovní pojištění

Přičemž stránka nabízí výpočet pojistného on-line a v pdf verzi přehlednou cenovou tabulku. Informace jsou dostupné v českém a anglickém jazyce.

Pojišťovna COMMERCIAL UNION (<http://www.cngugroup.cz>) nenabízí žádné z hledaných informací, ani cestovní pojištění.

Pojišťovna GENERALI nemá svůj vlastní web, existují pouze stránky jednotlivých pojišťovacích agentů, čímž se jakékoli vyhledávání stává poměrně komplikovaným. Podle stránky <http://www.muweb.cz/www/Bazacka/uvod4.html> nabízí Generali pojišťovna krytí léčebných výloh v zahraničí a úhradu nákladů spojených s převozem a úrazové pojištění.

Pojišťovna NATIONALE NEDERLANDEN má taktéž pouze weby svých agentů a podle těchto stránek nenabízí žádné produkty spojené s cestovním pojištěním (http://dir.seznam.cz/Sluzby/Finance_a_Bankovnictvi/Pojistovny/ING_nationale_nederlanden_pojistovna).

IPB POJIŠŤOVNA nabízí na své stránce <http://www.volny.cz/jikass/ipbpojistovna/special.htm> produkt „Cestovní pojištění Speciál“, které se vztahuje na:

- lékařské ošetření
- pobyt v nemocnici
- léky předepsané lékařem
- náklady na repatriaci
- přepravu do nejbližšího zdravotnického zařízení

Uvedena je přehledná cenová tabulka.

KOOPERATIVA POJIŠŤOVNA nemá své centrální internetové stránky; existují pouze weby jednotlivých poboček, obsahující seznam nabízených produktů. Mezi nimi jsou i

- Pojištění léčebných výloh v zahraničí (individuální nebo prostřednictvím cestovních kanceláří či zaměstnavatele)
- Cestovní pojištění (individuální nebo pro cestovní kanceláře).

Jedná se však pouze o seznam, nikoli o odkazy. Žádné další informace nejsou uvedeny.

WINTERTHUR GROUP (<http://www.winterthur.cz>) nenabízí na svém webu žádné informace o cestovním zdravotním pojištění.

ČS – ŽIVNOSTENSKÁ POJIŠŤOVNA nabízí produkt „Cestovní zdravotní pojištění Kolumbus“ (<http://www.pojistovnacs.cz/zivot/zivot12.asp?menu=12>) a na své stránce stručnou a srozumitelnou informaci o něm; tato stránka však není interaktivní.

ČSOB POJIŠŤOVNA uvádí na své stránce <http://www.csobpoj.cz>, že je plnosortimentní pojišťovnou, avšak informace o cestovním pojištění chybějí.

ČESKÁ POJIŠŤOVNA (<http://www.cpoj.sf.cz>) podle své stránky nabízí cestovní pojištění, odkaz je však nefunkční.

8.3.3. Cestovní kanceláře

Většina cestovních kanceláří v tuzemsku poskytuje služby srovnatelné se západním zahraničím, které se týkají cestovního zdravotního pojištění. Například CK GLOBE CZ (<http://www.avonet.cz/globecz>) zajišťuje při koupi zájezdu sama cestovní zdravotní pojištění u Živnostenské pojišťovny – Coris; tak jako u komerčních pojišťoven se však jedná o cestovní pojištění pro Čechy směřující ven. Cestovní kancelář KOMPAS PRAHA (<http://www.kompas.cz>) má na svém webu i nabídku „incoming“ určenou pro cizince směřující do ČR – odkaz je bohužel nefunkční a stránka ve výstavbě. Incomingem se zabývá i CK RETOUR PRAHA; její web je dostupný v češtině i v angličtině, odkaz určený pro cizince směřující k nám je však i zde nefunkční.

Dále v ČR existuje cca 170 cestovních kanceláří, které se zabývají pouze incomingem – a jsou tedy z hlediska této studie zajímavější. CK AD INTERNATIONAL disponuje webem v češtině, angličtině, francouzštině a němčině, stránka ovšem informuje o tom, že v cenách zájezdů není zahrnuto žádné pojištění – toto je doporučeno, chybí však jakékoli odkazy na weby institucí, kde by bylo možno pojištění sjednat či na weby institucí státní správy, které obsahují potřebné informace. Web CK ASTRA INCOMING, orientující se především na oblast Karlových Varů a tedy i ruskou klientelu (stránka existuje i v němčině a v angličtině, nabízí však v ruském jazyce), neposkytuje žádné informace týkající se zdravotnictví v ČR či možností pojištění. Žádné informace neposkytuje ani CK BOHEMIA CLUB (<http://www.bohemiaclub.com>), stejně tak jako CK HUBER TRAVEL (<http://www.travelservice.cz>).

V žádné z prohledávaných incomingových cestovních kanceláří nebyly nalezeny informace o cestovním pojištění ani o zdravotnictví v ČR.

8.3.4. Ostatní

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA uveřejňuje na svých webových stránkách srozumitelný a přehledný text o léčení cizinců v České republice, možná nejlepší u nás vůbec (http://www.clk.cz/aktuality/leceni_cizincu.html). Vzhledem k tomu, že je ČLK lékařskou organizací, nikoli organizací poskytující zdravotní péči, je tento text uveřejněn pouze v českém jazyce a jeho využitelnost pro cizince nehovořícího česky je bohužel nulová.

Odkazy na ČLK na zahraničních webech: nenalezeny žádné

SLAZ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ ČR nenabízí na svých stránkách <http://www.zdravotnictvi.cz> žádné hledané informace.

SVAZ PACIENTŮ ČR (<http://www.pacienti.cz>) nepublikuje na svých stránkách žádné konkrétní informace hledaného typu, je však patrné, že tato organizace se snaží problematiku ovlivňovat. Dostupné jsou dokumenty „Zpráva z konference Charta práv pacientů v SR“ a „Zpráva z ustavujícího zasedání Mezinárodního výboru pro zástupce pacientů v Trogiu“, viz přílohy.

Stránky <http://www.mediclub.cz> (MEDICLUB, PRAGA PUBLISHING) jsou vedle stránek ministerstva zdravotnictví dalším kvalitním portálem českého zdravotnictví; obsahují adresář lékáren, nemocnic a spoustu dalších odkazů, mj. i na MZ. Přístup ke všem informacím je možný jen pro registrované uživatele.

8.3.5. Srovnání se situací v zahraničí

V zemích západní Evropy je dostupnost hledaných informací v zásadě lepší.

Rozsah této studie neumožňuje zabývat se všemi zeměmi, všemi ministerstvy, všemi pojišťovnami etc., jejich výběr byl proto proveden více méně náhodně se zřetelem na zachování určitých proporcí mezi zeměmi západní Evropy, východní Evropy a ostatním světem.

Ministerstva:

V Německu nabízí Spolkové ministerstvo zdravotnictví kompletní a přehledně seříděné informace v němčině, ale i v angličtině; menší část stránek je přeložena do francouzštiny (<http://www.bmggesundheit.de>). Odkaz „Health Care in Germany including the Health Care Reform 2000“ podává obsáhlou informaci o systému německého zdravotnictví s důrazem na informace o pojištění. Text nenabízí odkazy. Dostupné jsou i informace ohledně léků atd., nikoli však v jiných jazycích než v němčině. V angličtině je zveřejněna studie „Long-Term Care Insurance in Germany“ (R.J. Vollmer).

Španělsko nabízí obsah svých stránek ministerstva zdravotnictví (<http://www.msc.es>) pouze ve španělštině a veškerý text je tedy, podobně jako v případě ČR, pro nešpanělsky hovořícího cizince, nepoužitelný (konkrétně v případě Španělska se ukázalo jako výhodnější navštívit web ministerstva vnitra, který na stránce <http://www.mir.es/extranje/preextra.htm> věnuje cizincům ve Španělsku alespoň jeden záchytný odkaz; i tato stránka ovšem existuje pouze ve španělštině.

Japonské ministerstvo zdravotnictví a práce nabízí řadu užitečných odkazů na stránce <http://www1.mhlwgo.jp/english/links/index.html>; jedná se o odkazy na domácí zdravotnické servery, stránky mezinárodních organizací i linky na užitečné weby některých zemí (USA, Velká Británie, Kanada, Austrálie, Nový Zéland, Francie, Německo a Nizozemsko; údaje o ostatních zemích, včetně ČR, nelze z tohoto webu přímo nalézt).

Kvalitní stránky nabízí ministerstvo zdravotnictví Nového Zélandu (<http://www.moh.govt.nz>), které obsahují katalogovou vyhledávací službu a dále přímé odkazy na vlády USA, Kanady, Jihoafrické republiky a Velké Británie; ve vedlejších odkazu pak přímé odkazy na velký počet ministerstev zdravotnictví nejrůznějších zemí (mj. i na Českou republiku – jedná se o jediný přímý odkaz na stránky MZ ČR, který byl v zahraničí, s výjimkou ambasad, nalezen).

Většina asijských zemí nemá www stránky ministerstev zdravotnictví, avšak vzhledem k významnosti Asie jako turistické oblasti existuje nespočet osobních stránek cestovatelů, které se zabývají turistikou obecně, výjimečně i samostatně zdravotnictvím. Jako příklad lze uvést (nalezeno přes Yahoo – regional) velmi dobře vyhledatelná stránka <http://perso.wanadoo.fr/healthinchina>, existující v anglické verzi (wanadoo je francouzský server podobný např. české službě MujWeb). Ministerské stránky v případě Číny neexistují vůbec, avšak informace podobného charakteru, jako tato nalezená, nelze považovat za oficiální a tudíž může být i různá míra důvěryhodnosti – do téže kategorie je možno zařadit i informace poskytované turistickými kanceláři typu Lonelyplanet.

Pojišťovny:

Mají obvykle přehledně a podrobně zpracované informace o cestovním pojištění, které samy nabízejí (tedy pro cizince, který hodlá vycestovat na kratší dobu). Konkrétní informace o konkrétních zemích nebyly v prohledávaných pojišťovnách nalezeny nebo mají omezený záběr a vztahují se pouze k zemím EU a USA.

Zajímavá skutečnost, u nás neobvyklá, je patrná ze stránek <http://www.trekkingreisen.ch/reise-versicherung.html> (Švýcarsko), <http://www.all-in-all.com/reiseversicherung/onlinebuchung.htm> nebo stránka německé turistické agentury <http://www.formentera.de/erv-firm-main.htm> - tyto tři odkazy (nejen ony, podobných příkladů by bylo možno nalézt více), nabízejí tutéž informaci (stejná obrazovka) – je patrná vzájemná provázanost služeb, stránky cestovních kanceláří nabízejí zcela samozřejmě přímé odkazy na cestovní zdravotní pojištění, které je možné si vyřídit přes internet. Tato praxe není v ČR běžná, i když první náznaky se objevují.

Informační úroveň stránek velkých světových pojišťoven (Allianz etc.) je prakticky totožná s jejich českými mutacemi (viz výše).

Velvyslanectví:

Kvalita informační hodnoty stránek velvyslanectví je velmi rozdílná; rozsah této analýzy neumožňuje zabývat se jimi do podrobnosti.

Příklady: Web velvyslanectví Ruské federace ve Španělsku nabízí odkazy na stránky ruských turistických agentur (odkud je mnohem snazší nalézt hledané), k dispozici je i krátká informace o ruském zdravotnictví (ovšem spíše reklamního charakteru, totéž ostatně všechny ruské stránky) –

k dispozici je v ruštině i ve španělštině (české weby až na výjimky pouze v češtině). – <http://www.arrakis.es/~consmd>.

Velvyslanectví Slovenské republiky v Kanadě nabízí návštěvníkovi přehledný strom odkazů ve slovenštině i v angličtině; stránka je však ve výstavbě a řada odkazů je proto nefunkčních – <http://www.slovakembassy.com>.

Švýcarská ambasáda v Londýně (http://www.eda.admin.ch/london_emb/e/home.html) nabízí na svém webu v pdf verzi brožuru „Living and working in Switzerland“, která mimo jiné užitečné údaje zmiňuje Federální Úřad veřejného zdraví (Federal Office for Public Health) a informuje také o cenách lékařského ošetření ve Švýcarsku. Zmiňuje se o povinném úrazovém pojištění pro všechny osoby ve Švýcarsku pracující a velmi podrobně popisuje i ostatní druhy pojištění. Existenci takového informačního materiálu, snadno dostupného pro cizince, je nutno považovat za unikátní (viz příloha).

Ostatní:

Vzhledem k rozsáhlosti světového internetu je pochopitelně možné najít potřebné informace na mnoha místech a řada „objevů“ je učiněna náhodně. Zde stojí za zmínku především web <http://www.barcelona.com/insurance>, který nabízí cestovní zdravotní pojištění! – pro cizince cestujícího do Barcelony není tedy nutné složitě prohledávat stránky ministerstev a pojišťoven, neboť již při první návštěvě webu svého cílového města narazí na možnost si pojištění vyřídit.

8.4. Doporučení

Nelze říci, že by české stránky poskytovaly výrazně méně hledaných informací, než řada světových – rozdíl je ale nutno hledat především v jazykové bariéře a vycházet z rozdílného postavení češtiny a například němčiny.

Českým stránkám chybí zejména:

- *Překlad uveřejněných textů do cizích jazyků.* Překlad není ani v zahraničí často pravidlem, i když je v zásadě častější.
- *Katalogové vyhledávače* Českým stránkám chybí vyhledávání na bázi katalogu; občas se vyskytující odkazy na celo-internetové fulltextové vyhledávače tuto úlohu neplní. Portálová struktura webů je nedostatečná, i zde je pro cizince kamenem úrazu čeština.
- *Lepší struktura základních webů – ministerstva etc.*

Nedostatkem řady českých stránek je příliš mnoho dokumentů v pdf verzích, což (podle mé zkušenosti např. se španělskými stránkami tamního ministerstva zdravotnictví, kdy jsem se se svou

znalostí španělštiny orientoval prakticky pouze podle slova „extranjero“ – cizinec) způsobuje cizímu uživateli, neznajícímu dokonale jazyk, velké problémy.

- Odkazy na světových serverech.

8.5. Seznam příloh:

Sociální zabezpečení cizích státních příslušníků v ČR (Ministerstvo práce a sociálních věcí)

Zaměstnávání cizinců na území ČR (Ministerstvo práce a sociálních věcí)

Podmínky poskytování zdravotní péče občanům ČR v zahraničí a cizincům v ČR (Ministerstvo zdravotnictví)

Health Insurance for Foreigners (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR)

Zásady léčení cizinců v České republice (Česká lékařská komora)

Health Care in Germany including the Health Care reform 2000 (Bm. Gesundheit)

Living and working in Switzerland (Swiss Federal Aliens Office)

Travel insurance (www.barcelona.com)

8.6. Literatura:

Baštýř, I. A kol.: Důsledky vstupu ČR do EU na vztahy s Rakouskem se zaměřením na zaměstnanost, trh práce a migraci. Praha: VÚSP, 2000. 2001.

Health Care in Germany including the Health Care Reform; 2000

<http://www.bmgesundheit.de/engl/healthcare.htm>

Health insurance for foreigners

Krankenkassenversicherung für Ausländer

Медицинское страхование иностранных граждан

<http://www.vzp.cz>

Horáková, M.: Migrační politika České republiky, Rakouska a Evropské Unie. In.: Baštýř a kol.: Důsledky vstupu ČR do EU na vztahy s Rakouskem se zaměřením na zaměstnanost, trh práce a migraci, Praha: VÚSP, listopad, 2000.

Horáková, M.: Pracovní migrace cizinců v České republice. In: Baštýř a kol.: Důsledky vstupu ČR do EU na vztahy s Rakouskem se zaměřením na zaměstnanost, trh práce a migraci, Praha: VÚSP, prosinec 2000.

Charta práv pacientov v SR (zpráva z konference) (<http://www.pacienti.cz>)

Informace o situaci v oblasti migrace na území ČR za rok 2000

(<http://www.mvcr.cz/dokumenty/migrace/2000/index.html>)

Living and working in Switzerland. Informations, suggestions, tips, advice. Swiss Federal Aliens Office, Emigration and trainees section, Bern 1999.

Podmínky poskytování zdravotní péče českým občanům v zahraničí a cizincům v ČR.

(<http://www.mzcr.cz/utvary/mez/zdrsys/komentar.asp>)

Sociální zabezpečení cizích státních příslušníků v ČR

(<http://mpsv.cz/scripts/1mezinarodni/migrace/SZCi.asp>)

Vollmer, R.J.: Long-Term Care Insurance in Germany. Bonn 2000.

Zaměstnávání cizinců na území ČR (<http://www.mpsv.cz/scripts/1ssz/cizinci/default.asp>)

Zásady léčení cizinců v ČR (http://www.clk.cz/aktuality/leceni_cizincu.html)

Zpráva z ustavujícího zasedání „Mezinárodního výboru pro zástupce pacientů“ v Trogiu, Chorvatsko, 21. – 23.9.2000 (<http://www.pacienti.cz>)

8.7. PŘÍLOHY

8.7.1. Příloha 1

Sociální zabezpečení cizích státních příslušníků v ČR



Vypracoval: odbor 71

Obsah:

- [Nemocenské pojištění](#)
- [Důchodové pojištění](#)
- [Penzijní připojištění](#)
- [Dávky státní sociální podpory a dávky sociální péče](#)

Nemocenské pojištění

1.1. Nemocenské pojištění cizinců pracujících v České republice

Systém dávek nemocenského pojištění je určen osobám pracujícím na území České republiky účastným nemocenského pojištění, které z důvodu tzv. krátkodobých sociálních událostí (nemoc, ošetřování člena rodiny, těhotenství a péče o narozené dítě) nemohou pracovat.

Povinně účastní nemocenského pojištění jsou zaměstnanci a jim naroveň postavené osoby bez ohledu na to, zda jsou občany České republiky nebo cizími státními příslušníky. Pro účast na nemocenském pojištění není rozhodná ani skutečnost, zda má či nemá cizinec na našem území povolen pobyt a zda se jedná o pobyt přechodný nebo trvalý. Účastny nemocenského pojištění mohou být jen osoby, které vykonávají práci na základě vztahu uzavřeného podle českých právních předpisů, např. podle zákoníku práce, podle obchodního zákoníku.

Výjimka platí pro cizí státní příslušníky, kteří nemají trvalý pobyt na území České republiky a kteří jsou v České republice činní pro zaměstnavatele požívající diplomatických výsad a imunit, pokud mohou být účastní nemocenského pojištění v jiném státě nebo jestliže jsou činní pro zaměstnavatele v pracovněprávním vztahu uzavřeném podle cizích právních předpisů. Tyto osoby jsou z nemocenského pojištění vyřaty.

Rovněž právní režim odvodu pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti se neřídí ani pobytem povinné osoby, ani její státní příslušností. Poplatníky pojistného jsou osoby účastné nemocenského pojištění.

Podrobné informace z oblasti nemocenského pojištění jsou uveřejněny na

www.mzcr.cz

Důchodové pojištění

Nároky na dávky fyzických osob z povinného důchodového pojištění v České republice nejsou podmíněny občanstvím ve smyslu státního občanství ani trvalým pobytem na území České republiky a jsou upraveny zákonem č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění (dále jen "zákon"). Ze systému se poskytují starobní, plně invalidní, částečně invalidní, vdovské, vdovecké a sirotčí důchody.

- Podle § 29, 30 a 31 zákona náleží starobní důchod pojištěnci při dosažení důchodového věku a získání potřebné doby zaměstnaní. Důchodový věk činí u mužů 60 let a u žen je odstupňován podle počtu vychovaných dětí od 53 let do 57 let. U pojištěnců, kteří dosáhnou věkovou hranici v období od 1. ledna 1996 do 31. prosince 2006, se důchodový věk stanoví tak, že ke kalendářnímu měsíci, ve kterém dosáhne pojištěnec této hranice, se přičítají u mužů dva kalendářní měsíce a u žen čtyři kalendářní měsíce za každý i započatý kalendářní rok z doby po 31.12.1995 do dne dosažení věkových hranic. Po 31.12.2006 činí důchodový věk mužů 62 let a u žen 57 až 61 let, podle počtu vychovaných dětí. Potřebná doba zaměstnání činí 25 let.

Starobní důchod náleží i tehdy dosáhl-li pojištěnec důchodový věk 65 let a získal 15 roků pojištění. Za určitých podmínek lze přiznat také starobní důchod před dosažením důchodového věku, získal-li pojištěnec 25 let pojištění a chybí-li mu:

1. nejvýše dva roky do dosažení důchodového věku, je-li veden nepřetržitě 180 kalendářních dnů jako uchazeč o zaměstnání u úřadu práce nebo
2. tři roky do dosažení důchodového věku.

Předpisy o důchodovém pojištění pamatují pro nárok na starobní důchod před dosažením důchodového věku i na občany, kteří v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pobírají plný invalidní nebo částečný invalidní důchod. V těchto případech podmínka 180 dnů vedení takové osoby na úřadu práce jako uchazeče o zaměstnání je nahrazena za určitých podmínek pobíráním některého z těchto důchodů. Tato právní úprava však končí účinností dnem 31.12.2006.

- b. Podle § 38, 39, 40, 42, 43 a 44 zákona vzniká pojištěnci nárok na plný invalidní důchod (částečný invalidní důchod) následkem pracovního úrazu ode dne vzniku invalidity (bez splnění potřebné doby pojištění). Nárok na plný invalidní (částečný invalidní důchod) z obecných příčin vznikne pojištěnci při splnění potřebné doby pojištění v rozmezí 1 - 4 roků podle dosažení jeho věku od 20 let do 28 let. Dosáhne-li věku 28 roků a výše, je třeba, aby získal alespoň pět roků pojištění. Tato doba musí být získána v období 10 let bezprostředně předcházejícímu vzniku invalidity. Výjimku oproti obecnému principu spočívajícím v neexistující podmínce trvalého pobytu na území České republiky tvoří plný invalidní důchod v mimořádných případech. Tam se tato podmínky vyžaduje. Na takový plný invalidní důchod má nárok též osoba, která dosáhla alespoň 18 let věku, jestliže plná invalidita vznikla před dosažením 18 roku věku a tato osoba nebyla účastna pojištění po výše uvedené dobu.
- c. V případě úmrtí pojištěnce vzniká podle § 49, 50 a 52 zákona nárok na vdovecký, vdovský nebo sirotčí důchod, jsou-li splněny podmínky nároku na starobní, plný invalidní nebo částečný invalidní důchod zemřelého (ho) nebo je mu některý z těchto důchodů vyplácen anebo jestliže došlo k úmrtí následkem pracovního úrazu.

Důchody se vyplácejí v hotovosti nebo na základě žádosti příjemce důchodu i na účet u peněžního ústavu v České republice. Důchody se rovněž vyplácejí i do ciziny.

Důchodové pojištění je financováno z vybraného pojistného na sociální zabezpečení a státní politiku zaměstnanosti podle zákona č. 589/1992 Sb., v platném znění, které je vedeno na zvláštním účtu státního rozpočtu.

Pro více informací:

www.mpsv.cz/scripts/1pojisteni/duchody/default.asp
www.cssz.cz/duchod_poj

Penzijní připojištění

3.1. Penzijní připojištění se státním příspěvkem

Penzijní připojištění se státním příspěvkem je upraveno zákonem č. 42/1994 Sb., v platném znění (dále jen "zákon"). Jeho účastníkem může být podle § 2 zákona i cizinec starší 18 let, avšak musí mít trvalý pobyt na území České republiky. Účast je dobrovolná a záleží na osobním rozhodnutí osoby, se který penzijním fondem působícím na území České republiky uzavře smlouvu o penzijním připojištění.

Z penzijního připojištění se poskytují podle § 20 zákona tyto dávky:

- penze - starobní, invalidní a pozůstalostní,
- jednorázové vyrovnání,
- odbytné.

Podrobnosti nároku na tyto dávky upravují penzijní plány jednotlivých penzijních fondů.

Dávky penzijního připojištění se vyplácejí jen na území České republiky a nikoliv do ciziny.

S finančními prostředky od účastníků penzijního připojištění a státu poskytnutých ve prospěch účastníků, nakládají a hospodaří penzijní fondy, které též vyplácejí dávky penzijního připojištění. Pro více informací:

www.mpsv.cz/scripts/1pojisteni/pripojisteni/default.asp

Dávky státní sociální podpory a dávky sociální péče

4.1. Dávky státní sociální podpory

Oblast dávek státní sociální podpory je upravena zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.

Nárok na dávky státní sociální podpory je podmíněn tím, že oprávněná osoba a pro dávky testované vyšší příjmu i osoby s ní společně posuzované jsou na území ČR hlášeny k trvalému pobytu. Za trvalý pobyt se pro účely dávek státní sociální podpory považuje rovněž pobyt cizince na území ČR hlášeného k pobytu podle předpisů upravujících pobyt cizinců na území ČR (zákon č. 360/1999 Sb., o pobytu cizinců), a to ode dne, kterým uplynulo 365 dní ode dne hlášení. (tato úprava platí od 1.4.2000, dříve dlouhodobý pobyt). U nezletilých dětí svěřených na území ČR do péče nahrazující péči rodičů nebo do ústavní péče se podmínka přihlášení se k trvalému pobytu pro vznik nároku na dávku nevyžaduje.

Dávky státní sociální podpory se do ciziny nevyplácejí, avšak skutečnost, že se oprávněná osoba po určitou dobu zdržuje v cizině, nemá bezprostřední vliv na nárok na jednotlivé dávky státní sociální podpory. Uvedené dávky jsou nárokové, tzn. nárok na ně vzniká při splnění všech podmínek nároku ze zákona. Nárok na výplatu dávky zaniká buď ve lhůtě tří let ode dne, za který dávka nebo její část náleží, (např. u přídavek na dítě, rodičovského příspěvku, zaopatřovacího příspěvku a příspěvku na dopravu) nebo ve lhůtě jednoho roku, a to u sociálního příplatku, příspěvku na bydlení a jednorázových dávek. Po návratu z ciziny musí oprávněná osoba prokázat, že splňuje podmínky nároku na dávku a její výplatu po celou dobu, za kterou nárok uplatňuje, a to včetně hlášení trvalého pobytu na území ČR a výše příjmů. Dávky státní sociální podpory se poskytují na základě písemné žádosti podané na předepsaném formuláři. Příslušným k poskytování těchto dávek je okresní úřad podle místa trvalého pobytu oprávněné osoby. Dávky se vyplácí v měsíci následujícím po měsíci, za který náleží, na účet příjemce u banky v ČR nebo v hotovosti.

Jedná se o dávky nepříspěvkové, hrazené ze státního rozpočtu a jsou to:

- 4.1.1. Dávky poskytované v závislosti na výši příjmu rodiny
 1. přídavek na dítě,
 2. sociální příplatek,
 3. příspěvek na bydlení,
 4. příspěvek na dopravu,
- 4.1.2 Dávky poskytované nezávisle na příjmu rodiny
 1. rodičovský příspěvek,
 2. zaopatřovací příspěvek,
 3. dávky péstounské péče,
 4. porodné,
 5. pohřebné.

Přídavek na dítě

Nárok na přídavek má nezaopatřené dítě (nejdéle do 26 let), které žije v rodině jejíž příjem nepřesáhl v předcházejícím kalendářním roce stanovenou hranici (3násobek životního minima rodiny). Přídavek na dítě je diferencovaný podle věku dítěte a podle výše příjmů rodiny do 3 úrovní.

Sociální příplatek

Nárok na sociální příplatek má rodič, který pečuje o nezaopatřené dítě a příjem rodiny v předchozím kalendářním čtvrtletí nepřevyšil 1,6násobek životního minima rodiny.

Výše sociálního příplatku se zvyšujícím příjmem rodiny postupně snižuje, různé sociální situace rodiny však sociální příplatek zvyšují a současně rozšiřují i okruh oprávněných. Do výše sociálního příplatku se promítá zdravotní postižení rodiče nebo osamělost rodiče a zejména péče o zdravotně postižené dítě.

Příspěvek na bydlení

Nárok na příspěvek na bydlení má vlastník nebo nájemce bytu, který je v bytě hlášen k trvalému pobytu, jestliže příjem všech osob, které jsou v bytě hlášeny k trvalému pobytu, v uplynulém kalendářním čtvrtletí nepřevyšil 1,6násobek životního minima rodiny. Konstrukce příspěvku na bydlení je obdobná jako u sociálního příplatku.

Příspěvek na dopravu

Nárok na příspěvek na dopravu má dítě, které dojíždí do školy mimo místo svého trvalého pobytu. Dítěti, které plní povinnou školní docházku, náleží příspěvek na dopravu bez ohledu na příjem v rodině. Jestliže dítě dojíždí na střední nebo vysokou školu, je příspěvek na dopravu poskytován, jen jestliže příjem rodiny nepřevyšil v uplynulém kalendářním roce dvojnásobek životního minima rodiny.

Rodičovský příspěvek

Rodičovský příspěvek náleží rodiči, který celodenně osobně a řádně pečuje aspoň o jedno dítě do čtyř let věku, nebo do sedmi let věku dítěte, je-li dítě dlouhodobě zdravotně postižené. Připouští se omezená výdělečná činnost rodiče, pokud je zajištěna péče o dítě jinou zletilou osobou.

Zaopatřovací příspěvek

Zaopatřovací příspěvek se poskytuje rodině vojáka v souvislosti s výkonem základní (náhradní) služby v Armádě České republiky, popřípadě výkonem civilní služby konané místo vojenské služby. Na zaopatřovací příspěvek má nárok nezaopatřené dítě vojáka, dále manželka vojáka, jestliže pečuje o dítě do čtyř let jeho věku, popřípadě sedmi let věku, je-li o dítě zdravotně postižené, nebo je-li tato manželka plně invalidní anebo nemůže-li být z vážného důvodu výdělečně činná.

Nárok na zaopatřovací příspěvek může mít rovněž osoba, které soud přiznal vůči vojákovu nárok na výživné nebo příspěvek na výživu, nebo která uzavřela s vojákem dohodu o placení výživného nebo příspěvku na výživu, a voják tuto povinnost nemůže plnit.

Dávky pěstounské péče

Dávky pěstounské péče jsou celkem čtyři, z toho dvě dávky jsou měsíčně se opakující, a to příspěvek na úhradu potřeb dítěte a odměna pěstouna a dvě dávky jsou jednorázové - příspěvek při převzetí dítěte a příspěvek na zakoupení motorového vozidla pěstounovi, který má svěřené alespoň 4 děti.

Opakované dávky se poskytují dítěti, které je svěřeno do této speciální formy náhradní rodinné a pěstounovi. Pěstounská péče zaniká dovršením zletilosti dítěte. Za určitých podmínek (dítě je nezaopatřené a žije ve společné domácnosti s bývalým pěstounem) se opakované dávky mohou poskytovat až do 26 let věku dítěte.

Porodné

Porodné náleží ženě, která porodila dítě. Nárok má rovněž otec dítěte, jestliže žena, která dítě porodila, zemřela, a porodné ještě nebylo nikomu vyplaceno. Nárok na porodné má také osoba, která převzala do své trvalé péče nahrazující péči rodičů dítě mladší jednoho roku.

Pohřebné

Nárok na tuto dávku má osoba, která vypravila pohřeb osobě, která měla ke dni smrti trvalý pobyt na území ČR nebo jestliže byl pohřeb vypraven v ČR.

4.2. Dávky sociální péče

Oblast dávek sociální péče je upravena zejména následujícími předpisy:

- Zákon č.100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č.114/1988 Sb., o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 463/ 1991 Sb., o životním minimu, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č.482/ 1991 Sb., o sociální potřebnosti, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č.182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

Podmínky nároku na dávky sociální potřeby upravuje zákon č.482/1991 Sb., o sociální potřeby, ve znění pozdějších předpisů. Vyhláška č.182/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů, upravuje zejména specifické dávky pro staré a zdravotně postižené osoby. Zákon č.100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů upravuje příspěvek při péči o osobu blízkou. Zákon č.463/1991 Sb., o životním minimu, ve znění pozdějších předpisů, upravuje částky životního minima, okruh započitatelných příjmů a okruh společně posuzovaných osob.

Dávky sociální péče, které neposkytuje okresní úřad, poskytuje v rámci přenesení výkonu státní správy obecní úřad (pověřený obecní úřad), výjimečně v rámci samostatné působnosti obec. Jedná se o dávky nepřispěvkové.

Nárok na dávky sociální péče je podmíněn trvalým pobytem oprávněné osoby na území ČR (§103 zákona č.100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů). Podmínkou nároku na dávky sociální péče není občanství ČR. Osoba, které byl přiznán azyl, se pro účely dávek sociální péče považuje za osobu s trvalým pobytem na území ČR.

Nezletilým cizincům, kterým hrozí vážná újma na zdraví a kteří nemají trvalý pobyt na území ČR, lze poskytnout nezbytnou pomoc podle § 8a odst.3 zákona č.482/1991 Sb., o sociální potřeby, ve znění pozdějších předpisů.

Podle článku 19 Smlouvy mezi ČR a SR o sociálním zabezpečení, publikovanou ve Sbírce zákonů pod č.228/1993, se občanu SR, který nemá trvalý pobyt na území ČR, poskytnou dávky sociální péče pouze v naléhavých případech ohrožení života nebo zdraví vyžadujících okamžitě řešení. Jejich úhradu a způsob zúčtování určí Správní ujednání. Správní ujednání bylo podepsáno dne 11.1.1993.

Poskytování dávek sociální péče včetně příspěvku na výživu po dobu pobytu v cizině zákon o sociální potřeby výslovně vylučuje (§7a zákona č. 482/1991 Sb., o sociální potřeby, ve znění pozdějších předpisů).

4.2.1. Dávky sociální potřeby

upraveno zák. č.482/1991 Sb., o sociální potřeby, ve znění pozdějších předpisů

Tyto dávky poskytuje pověřený obecní úřad občanu (rodině), který je sociálně potřebný. Občan se považuje za sociálně potřebného, jestliže jeho příjem nedosahuje částek životního minima a nemůže si tento příjem zvýšit vzhledem ke svému věku, zdravotnímu stavu nebo z jiných vážných důvodů vlastním přičiněním, zejména vlastní prací. Podmínky sociální potřeby musí splňovat všechny společně posuzované osoby (rodina).

4.2.2. Dávky pro těžce zdravotně postižené a staré občany

upraveno vyhl. č.182/1991 Sb

1) Jednorázové dávky

Příspěvek na zakoupení motorového vozidla

Příspěvek na zakoupení motorového vozidla poskytuje okresní úřad občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí výslovně uvedenými v příl. vyhl. č. 182/1991 Sb., kteří nejsou umístěni v ústavu sociální péče a kteří jsou odkázáni na individuální dopravu.

Příspěvek je možné poskytnout i rodičům nezaopatřeného dítěte, staršího tří let, které je těžce zdravotně postižené. Podmínkou pro poskytnutí příspěvku je, že motorové vozidlo bude používáno na dopravu těžce zdravotně postiženého občana nebo nezaopatřeného dítěte.

Příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla

Příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla poskytuje okresní úřad občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí (příl. vyhl. č.182/1991 Sb.), pokud sami řídí vozidlo a pro své trvalé postižení potřebují zvláštní úpravu vozidla.

Příspěvek na provoz motorového vozidla

Příspěvek na provoz motorového vozidla se poskytne občanu, který je držitelem motorového vozidla, jehož zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany II. nebo III. stupně, a který používá toto motorové vozidlo pro svou pravidelnou dopravu. Příspěvek se může poskytnout i občanu, který je sám zdravý, avšak používá motorové vozidlo pro dopravu manžela (manželky), dítěte nebo jiné blízké osoby, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany II. nebo III. stupně. Tento příspěvek se rovněž poskytne rodiči nezaopatřeného dítěte léčeného na klinice fakultní nemocnice pro onemocnění zhoubným nádorem nebo hemoblastosou, a to po dobu nezbytného léčení akutní fáze onemocnění v tomto zdravotnickém zařízení.

Příspěvek na individuální dopravu

Tento příspěvek poskytuje občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí (výslovně uvedenými v příloze č. 5 vyhl. č.182/1991 Sb.), kteří nevládní motorové vozidlo a nepobírají příspěvek

na provoz motorového vozidla a občanům nevidomým. Nárok na příspěvek mají za obdobných podmínek rovněž rodiče nezaopatřeného dítěte léčeného na klinice fakultní nemocnice pro onemocnění zhoubným nádorem nebo hemoblastosou, a to po dobu nezbytného léčení akutní fáze onemocnění.

Příspěvek na úpravu bytu

Příspěvek na úpravu bytu se poskytuje občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí (příl. vyhl. č.182/1991 Sb.) a občanům nevidomým, kteří užívají tento byt k trvalému bydlení.

Jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek

Jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek se může poskytnout občanům těžce zdravotně postiženým k opatření pomůcek, které potřebují k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svého postižení. Příspěvek se poskytne pouze v tom případě, že příslušnou pomůcku nepropůjčuje nebo plně nehradí zdravotní pojišťovna. Příspěvek se poskytuje ve výši, která umožňuje opatření pomůcky v základním provedení. Seznam rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, na které se poskytuje příspěvek, je uveden ve vyhlášce č.182/1991 Sb. Příspěvek lze poskytnout i na srovnatelnou pomůcku neuvedenou v seznamu.

Jednorázové peněžité a věcné dávky

Tyto dávky mohou jednotlivé obce poskytovat sociálně potřebným těžce zdravotně postiženým a starým občanům, na úhradu mimořádných nákladů, které nemohou uhradit ze svých běžných příjmů. Věcné dávky může obec poskytovat k uspokojování běžných potřeb, které si těžce zdravotně postižení nebo staří občané nemohou zabezpečit pro svůj věk nebo zdravotní stav sami. Za věcné dávky se považuje zabezpečení namáhavějších úkonů nutných k provozu a údržbě domácnosti nebo jejich úhrada, popřípadě poskytnutí předmětů k uspokojení životních potřeb uvedených občanů.

Příspěvek na zřízení účastnické telefonní stanice

Sociálně potřebným těžce zdravotně postiženým občanům, kterým jsou poskytnuty mimořádné výhody III. stupně nebo občanům, kteří jsou poživateli zvýšení důchodu pro bezmocnost, se může poskytnout příspěvek na zřízení účastnické telefonní stanice až do výše 1 000 Kč.

Příspěvek na rekreaci a lázeňskou péči

Nepracujícím důchodcům se může poskytnout příspěvek na rekreaci a lázeňskou péči pokud si hradí tyto poukazy z vlastních prostředků. Výše příspěvku je diferencovaná podle výše důchodu.

Příspěvek při odchodu z ústavu

Příspěvek se může poskytnout při odchodu svěřence z ústavu pro tělesně postiženou mládež, na nákup věcí každodenní potřeby a k vybavení domácnosti.

2) Opakující se dávky

Příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu

upraveno zák. č.100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

Příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu se poskytuje občanovi, jestliže osobně, celodenně a řádně pečuje o blízkou osobu, která je převážně nebo úplně bezmocná, nebo starší 80 let a je částečně bezmocná nebo je starší 80 let a podle vyjádření ošetřujícího lékaře potřebuje péči jiné osoby. Tento příspěvek se poskytuje i rodiči, z důvodu péče o dítě starší 1 roku, které je dlouhodobě zdravotně postižené a vyžaduje mimořádnou péči.

Příspěvek na zvýšené životní náklady

upraveno vyhl. č. 182/1991 Sb.

Občanům používajícím trvale ortopedické, kompenzační nebo jiné pomůcky a dále nevidomým občanům, kteří jsou soustavně pracovně činní nebo studují nebo pobírají sirotčí důchod se může poskytovat příspěvek na zvýšené výdaje související s používáním těchto pomůcek.

Příspěvek na krmivo pro psa

Tento příspěvek se může poskytovat nevidomému vlastníku vodícího psa ve výši 800 Kč měsíčně.

Příspěvek na společné stravování

Sociálně potřebným těžce zdravotně postiženým občanům a sociálně potřebným starým občanům se může poskytovat příspěvek na společné stravování.

Příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu

Tento příspěvek se poskytuje občanům s těžkými vadami nosného a pohybového ústrojí (příl. vyhl. č.182/1991 Sb.) a občanům nevidomým, kteří používají bezbariérový byt, ve výši 400 Kč měsíčně.

Příspěvek za užívání garáže

Na úhradu za užívání garáže se může poskytovat občanům s těžkými vadami nosného a pohybového ústrojí (příl. vyhl. č.182/1991 Sb.) a občanům nevidomým, kteří používají bezbariérový byt, až do výše 200 Kč měsíčně.

Příspěvek za provoz telefonní stanice

Tento příspěvek se může poskytovat sociálně potřebným těžce zdravotně postiženým občanům nebo občanům starším 70 let, kteří žijí osaměle.

Příspěvek na topnou naftu a na zakoupení topných těles

Sociálně potřebným těžce zdravotně postiženým občanům a starým občanům, kteří vytápějí byt topnou naftou a pro svůj věk nebo zdravotní stav si nemohou obstarat jiný způsob vytápění bytu, se může poskytnout příspěvek na topnou naftu. Jestliže těmto občanům věk a zdravotní stav umožňuje obstarat si jiný způsob vytápění bytu než topnou naftou, se může poskytnout jednorázový příspěvek na zakoupení topných těles.

4.2.3. Dávky pro rodiny s dětmi

upraveno vyhl. č. 182/1991 Sb.

1) Jednorázové dávky

Peněžité a věcná dávka rodičům nezaopatřených dětí, těhotným ženám a nezaopatřeným dětem

Jednorázové peněžité dávky se poskytují na úhradu jednorázových mimořádných výdajů; tyto dávky nejsou určeny na úhradu běžných potřeb.

Příspěvek na rekreaci dětí důchodce

Příspěvek na rekreaci dětí důchodce se může poskytnout na dítě ve věku do skončení povinné školní docházky, za podmínky sociální potřebnosti. Příspěvek se poskytne jen tehdy, nelze-li příspěvek poskytnout ze zaměstnání důchodce nebo druhého rodiče.

Příspěvek na pořízení základního vybavení

Příspěvek na pořízení základního vybavení je určen občanu, který se ujal se souhlasem příslušných orgánů dítěte, které mu má být svěřeno do náhradní rodinné péče. Poskytuje ho okresní úřad.

Příspěvek při uzavření manželství

Tento příspěvek může okresní úřad jednorázově poskytnout dítěti, které bylo do uzavření manželství v pěstounské péči, k úhradě výdajů spojených s vybavením domácnosti.

2) Opakující se dávky

Příspěvek na úhradu za užívání bytu

Příspěvek na úhradu za užívání bytu může okresní úřad poskytovat nezaopatřenému osiřelému dítěti, které žije v náhradní péči popř. zletilému, které se připravuje na budoucí povolání, na které přešlo právo osobního užívání bytu.

Příspěvek na výživu - zák. č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti

Příspěvek na výživu poskytuje okresní úřad sociálně potřebnému nezaopatřenému dítěti, na které povinná osoba, která s ním nežije ve společné domácnosti, neplatí soudem stanovené výživné.

Příspěvek se poskytuje ve výši výživného, nejvýše však ve výši rozdílu mezi příjmem dítěte a jeho životním minimem.

4.2.4. Další dávky a půjčka

upraveno vyhl. č. 182/1991 Sb.

Peněžité a věcná dávka pro občany společensky nepřízpůsobené

Tuto dávku může okresní úřad poskytnout občanům, kteří splňují podmínku sociální potřebnosti, k zabezpečení životních potřeb. Jde zejména o občany propuštěné z výkonu trestu odnětí svobody, občany závislé na alkoholu a jiných toxických látkách, občany žijící nedůstojným způsobem života či občany propuštěné ze školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy po dosažení zletilosti a pod.

Bezúročná půjčka

Okresní úřad může poskytnout bezúročnou půjčku, a to občanům, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci, kterou mohou překonat pomocí půjčky a nemohou půjčku získat jinak.

Dávky občanům, kteří se přechodně ocitli v mimořádně obtížných poměrech

Tyto dávky mohou být jednorázově poskytnuty v peněžité nebo věcné formě občanům, kteří se přechodně ocitli v mimořádně obtížných poměrech nebo v nich žijí, k překonání nepříznivé situace, splňují-li podmínku sociální potřebnosti.

Občanům, kteří se ocitli v mimořádně obtížných poměrech z důvodu živelné pohromy nebo požáru může být poskytnuta peněžité dávka; v tomto případě se sociální potřebnost nezkoumá.

Jednorázový peněžítý příspěvek

Tento příspěvek občanům, kteří se ocitli v mimořádně nepříznivých sociálních podmínkách, může každá obec poskytnout v rámci své samostatné působnosti. O poskytnutí tohoto příspěvku musí obec informovat pověřený úřad, popřípadě okresní úřad.

8.7.2. Příloha 2

Zaměstnávání cizinců na území ČR



Vypracoval: odbor 41
E-mail: bouskovap@mpsv.cz

Obsah:

- [Právní předpisy vztahující se k zaměstnávání cizinců na území ČR](#)
- [Obecné informace o postupu při realizaci zaměstnávání cizinců](#)
- [Zvláštní případy při udělování povolení k zaměstnání cizinci](#)
- [Povolení k zaměstnání se nevyžaduje](#)
- [Postup při vydávání povolení k zaměstnání cizinci v rámci obchodních nebo jiných smluv](#)
- [Zaměstnávání cizinců v rámci uzavřených mezinárodních smluv](#)
- [Opakované vydání povolení k zaměstnání a povolení k pobytu](#)
- [Ukončení platnosti povolení k zaměstnání - sankce](#)

Právní předpisy vztahující se k zaměstnávání cizinců na území ČR

Zákon č. 1/1991 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, zejména zákona č. 167/1999 Sb. (dále jen "zákon o zaměstnanosti");

Zákon č. 9/1991 Sb., o zaměstnanosti a působnosti orgánů České republiky na úseku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů;

Zákon č. 325/1999 Sb., o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů, (zákon o azylu);

Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých dalších zákonů (dále jen pobytový zákon);

Nařízení vlády č. 77/2000 Sb., o vydávání potvrzení o přechodném pobytu státním občanům Slovenské republiky;

Zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákoník práce);

Zákon 97/1963 Sb., o mezinárodním právu soukromém a procesním;

Zákon č. 71/1967 Sb., o správním řízení (správní řád), ve znění pozdějších předpisů;

Zákon č. 368/1992 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů;

Zákon č. 337/1992 Sb., o správě daní a poplatků, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 192/1993 Sb., o kolkových známkách;

Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů;

Obecné informace o postupu při realizaci zaměstnávání cizinců

Podmínky zaměstnávání cizinců v České republice jsou stanoveny zákonem o zaměstnanosti, podle kterého cizinci nebo osoby bez státní příslušnosti mohou být zaměstnání na území ČR za předpokladu, že jim bylo uděleno povolení k zaměstnání a povolení k pobytu.

Obdobně jako k přijetí do zaměstnání se povolení k zaměstnání vyžaduje i tehdy, má-li cizinec nebo osoba bez státní příslušnosti vykonávat práci na území ČR v pracovním vztahu k zahraničnímu zaměstnavateli, který ho k výkonu této práce vyslal na základě obchodní nebo jiné smlouvy uzavřené s tuzemskou právnickou nebo fyzickou osobou.

O povolení získávat zaměstnance ze zahraničí a o povolení k zaměstnání cizince rozhoduje vždy ÚP, v jehož územní působnosti bude zaměstnávání vykonáváno.

Vydání povolení zaměstnavateli k získávání zaměstnanců ze zahraničí, jakož udělení povolení k zaměstnání cizinci podléhá správnímu poplatku.

Výjimku z ustanovení předcházejících odstavců mají občané SR, kteří jsou zaměstnáni na území ČR na základě Smlouvy mezi ČR a SR o vzájemném zaměstnávání občanů č. 227/1993 Sb. a Správního ujednání mezi MPSV ČR a MPSVR SR ke Smlouvě mezi ČR a SR o vzájemném zaměstnávání občanů.

Občana SR registruje tuzemský zaměstnavatel u ÚP v místě svého sídla. Zahraniční zaměstnavatel, který vysílá občana SR k výkonu práce na území ČR, registruje tohoto občana u ÚP v místě výkonu práce.

Zaměstnavatel:

Možnost získávat zaměstnance ze zahraničí je podmíněno zákonem stanovenou podmínkou, že cizince lze získávat pouze na pracovní místo, které je zaměstnavatelem nahlášeno na úřadu práce jako volné a na které nelze přijmout občana ČR, zejména uchazeče o zaměstnání. Volnými pracovními místy se rozumí nově vytvořená nebo uvolněná pracovní místa, na která zaměstnavatel zamýšlí získat zaměstnance.

Žádost o povolení získávat zaměstnance ze zahraničí podává zaměstnavatel u úřadu práce v místě výkonu práce budoucího zaměstnance. K žádosti předloží zaměstnavatel úředně ověřenou kopii těchto dokladů: výpis z obchodního rejstříku, živnostenské oprávnění nebo jiné potvrzení statutu organizace, např. zakládací listinu společenské organizace, a pod.

Na vyžádání ÚP zaměstnavatel doloží v rámci správního řízení:

- a. jakým způsobem nedostatek pracovních sil řešil (inzerce, burza pracovních sil, neúspěšná nabídka zaškolení a pod.);
- b. bližší charakteristiku pracovní činnosti, na kterou bude cizinec přijímán;
- c. popis ubytovacích podmínek umožňující posouzení, zda ubytování odpovídá hygienickým předpisům;

Předpokladem pro udělení povolení získávat zaměstnance ze zahraničí je, že zaměstnavatel nabídne cizinci tytéž pracovní a mzdové podmínky obvyklé u občana ČR ve stejném pracovním zařazení podle platných právních předpisů, případně v souladu s kolektivními smlouvami nebo pracovními smlouvami a že bude cizinec sociálně a zdravotně pojištěn.

Za tímto účelem ÚP vyžádá od zaměstnavatele **návrh pracovní smlouvy**, který vedle údajů vyplývajících ze zákoníku práce (tj. druh práce, na kterou je zaměstnanec přijímán, místo výkonu práce a den nástupu do práce) bude též obsahovat:

- a. dobu předpokládaného výkonu práce;
- b. výši hrubé mzdy za vykonanou práci;
- c. adresu ubytování a způsob jeho úhrady.

K návrhu pracovní smlouvy je třeba doložit

- d. způsob zajištění finančních prostředků na cestu do státu trvalého pobytu při ukončení pracovního poměru (včetně předčasného);
- e. úředně ověřené potvrzení o poskytnutí ubytování na předpokládanou dobu zaměstnání.

Pokud zaměstnavatel obdrží od úřadu práce povolení získávat zaměstnance ze zahraničí, každý cizinec musí před zahájením pracovní činnosti u tohoto zaměstnavatele získat povolení k zaměstnání od úřadu práce příslušného podle místa výkonu práce a povolení k pobytu za účelem tohoto zaměstnání.

Jestliže zaměstnavatel obdrží od ÚP povolení získávat zaměstnance ze zahraničí, může tyto cizince zaměstnávat pouze za předpokladu, že mají

- a. platné povolení k zaměstnání od ÚP podle místa výkonu práce,
- b. platné povolení k pobytu za účelem zaměstnání,

- c. písemně uzavřenou pracovní smlouvu na dobu, která je v souladu s dobou uvedenou ÚP na rozhodnutí o povolení k zaměstnání cizince

a za předpokladu, že je zaměstnavatel přihlásil k platbě dávek sociálního a zdravotního pojištění.

Povinnost zaměstnavatele oznámit ÚP do 5-ti kalendářních dnů obsazení volného pracovního místa (nově vytvořeného nebo uvolněného) platí i v případě, bylo-li obsazeno cizincem.

Povolení k získávání zaměstnanců ze zahraničí potřebuje též zaměstnavatel, který již na základě příslušných povolení cizince zaměstnává a hodlá ho převést do jiného místa výkonu práce mimo okres, pro který mu bylo vydáno povolení k získávání zaměstnanců ze zahraničí.

Povolení k získávání zaměstnanců ze zahraničí nepotřebuje zahraniční zaměstnavatel, který své zaměstnance vyšle do ČR k výkonu práce na základě obchodní nebo jiné smlouvy, uzavřené s tuzemskou právnickou nebo fyzickou osobou.

Cizinec:

O povolení k zaměstnání žádá cizinec, který

- a. chce být zaměstnán na území ČR v pracovněprávním vztahu k tuzemské právnické nebo fyzické osobě. Do této skupiny patří též např. společníci, jednatelé, členové dozorčích rad, prokuristé, komandisté komanditní společnosti apod., kteří kromě této činnosti chtějí být v pracovněprávním vztahu k této obchodní společnosti založené dle Obchodního zákoníku;
- b. je v pracovněprávním vztahu k zahraničnímu zaměstnavateli, který ho vysílá k výkonu práce na území ČR na základě obchodní nebo jiné smlouvy uzavřené s tuzemskou právnickou nebo fyzickou osobou.

K žádosti cizinec přiloží:

- a. fotokopii stránky cestovního dokladu obsahující základní identifikační údaje cizince;
- b. úředně ověřenou kopii dokladu o profesní způsobilosti pro obor, ve kterém bude na území ČR pracovat (výuční list, maturitní vysvědčení, diplom o ukončení vysokoškolského studia apod.); doklad bude přeložen do českého jazyka a též úředně ověřen;
- c. zdravotní průkaz, jedná-li se o výkon práce ve zdravotnictví, pohostinství, potravinářství nebo v oborech, které to vyžadují.

Účastníkem tohoto správního řízení je cizinec, který může být v řízení zastoupen jím zplnomocněným zástupcem (zpravidla zaměstnavatelem), a to na základě a v rozsahu písemné plné moci.

Povolení k zaměstnání vydává ÚP na pracovní místo, které je hlášeno zaměstnavatelem jako volné a zaměstnavatel obdržel povolení získávat na toto volné pracovní místo zaměstnance ze zahraničí.

Povolení k zaměstnání vydává ÚP též na nahlášená volná pracovní místa, která jsou obsazována volbou nebo jmenováním a ke kterým není třeba vydávat zaměstnavateli povolení k získávání zaměstnanců ze zahraničí. Zaměstnavatel v tomto případě písemně doloží, že se jedná o pracovní místo obsazované na základě volby nebo jmenování.

Povolení k zaměstnání se vydává na dobu určitou, maximálně však na dobu jednoho roku.

Cizinec může o povolení k zaměstnání žádat opakovaně.

Povolení k zaměstnání je nepřenosné a obsahuje údaje týkající se

- a. zaměstnavatele,
- b. místa výkonu práce,
- c. druhu práce,
- d. doby trvání výkonu práce,

které jsou ve výroku rozhodnutí výslovně uvedené.

Povolení k zaměstnání je platné pouze pro zaměstnání u zaměstnavatele, který je uveden v rozhodnutí.

Týká se i druhu zaměstnání a místa výkonu práce. **Má-li dojít v době před ukončením platnosti**

povolení k zaměstnání ke změně některých podmínek uvedených v tomto povolení, cizinec musí požádat místně příslušný ÚP o vydání nového povolení k zaměstnání.

Povolení k zaměstnání se vyžaduje pro všechny pracovní právní vztahy ve smyslu zákoníku práce vykonávané cizincem na území ČR, t.j. pracovní poměr, vedlejší pracovní poměr, dohoda o provedení práce a dohoda o pracovní činnosti, a to i tehdy, dochází-li k souběhu těchto pracovní právních vztahů. Pokud cizinec vykonává na území ČR více zaměstnání současně, vyžaduje se povolení k zaměstnání ke každému zaměstnavateli zvlášť a musí být vydáno místně příslušným ÚP, kde je výkon práce realizován.

Na cizince, který je zaměstnáván podle platných právních předpisů ČR, se vztahují po dobu jeho zaměstnání nejen pracovní právní předpisy, zejména zákoník práce, ale i předpisy mzdové, předpisy o všeobecném zdravotním pojištění a sociálním zabezpečení.

Zvláštní případy při udělování povolení k zaměstnání cizinci

1. Povolení k zaměstnání **s ohledem na situaci na trhu práce** se vydává též cizinci, který bude
 - **zaměstnán v příhraniční oblasti** s denním nebo týdenním dojezdem do místa svého trvalého pobytu v sousedním státu;
 - **sezónním zaměstnancem** na dobu šesti měsíců v kalendářním roce, pokud mezi jednotlivými zaměstnáními uplyne doba nejméně šesti měsíců.
 - **zaměstnán za účelem zvyšování svých dovedností** a kvalifikace ve zvoleném povolání (stáž) v časově vymezeném období na dobu nejdéle jednoho roku. Toto období zaměstnání může být prodlouženo, nejdéle však na dobu potřebnou pro získání odborné kvalifikace podle předpisů platných v ČR;
 - **vykonává** soustavnou vzdělávací činnost jako pedagogický pracovník nebo akademický pracovník vysoké školy.
2. Povolení k zaměstnání **bez ohledu na situaci na trhu práce** se vydává též cizinci
 - o němž to stanoví mezinárodní smlouva, jíž je ČR vázána a která byla vyhlášena ve Sbírce zákonů;
 - do 26 let věku zaměstnaného příležitostnými a časově omezenými pracemi v rámci výměny mezi školami.

V těchto případech se nejedná o místa, která jsou hlášena jako volná a na jejichž obsazení cizincem není třeba požadovat povolení k získávání zaměstnanců ze zahraničí podle § 19 zák. č. 1/1991 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Povolení k zaměstnání se nevyžaduje

1. **Povolení k zaměstnání se nevyžaduje** u cizince, který
 - a. má přiznáno postavení uprchlíka nebo o přiznání tohoto postavení požádal;
 - b. má povolení k trvalému pobytu na území ČR;
 - c. je rodinným příslušníkem člena diplomatické mise, konzulárního úřadu nebo rodinným příslušníkem zaměstnance mezinárodní vládní organizace se sídlem na území ČR, pokud je mezinárodní smlouvou sjednanou jménem vlády ČR zaručena vzájemnost. Zaměstnavatel v tomto případě informuje nejpozději do 8 kalendářních dnů od nástupu cizince do zaměstnání místně příslušný ÚP. Tato informace má význam pro kontrolní a statistické účely.

- d. je
výkonným umělcem,
pedagogickým pracovníkem,
akademickým pracovníkem vysoké školy,
vědeckým pracovníkem, který je účastníkem vědeckého setkání,
žákem nebo studentem do 26 let věku,
sportovcem ,
osobou, která v ČR zajišťuje dodávky zboží nebo služeb nebo toto zboží
dodává,
osobou, která provádí montáž na základě obchodní smlouvy, případně
provádí záruční a opravářské práce,
a jejichž pobyt na území ČR **nepřesáhne sedm po sobě jdoucích kalendářních dnů**
nebo **celkem 30 dnů v kalendářním roce**. Zaměstnavatel v tomto případě informuje
nejpozději do 8 kalendářních dnů od nástupu cizince do zaměstnání místně příslušný
ÚP. Tato informace má význam pro kontrolní a statistické účely.
 - e. je zaměstnán na území ČR podle mezinárodní smlouvy, již je ČR vázána a která byla
vyhlášena ve Sbírce zákonů;
 - f. je členem záchranné jednotky a poskytuje pomoc na základě mezistátní dohody
o vzájemné pomoci při odstraňování následků havárií a živelných pohrom a v případě
humanitární pomoci;
 - g. je zaměstnán v mezinárodní hromadné dopravě;
 - h. je akreditovaný v oblasti sdělovacích prostředků;
 - i. je příslušníkem ozbrojených sil nebo civilní složky smluvní strany Severoatlantické
smlouvy;
 - j. požívá diplomatických a konzulárních výsad a imunit podle mezinárodního práva,
2. Pod režimem zákona o zaměstnanosti nepatří cizinec, který
- a. provozuje pracovní činnost na základě živnostenského oprávnění a registrace
v obchodním rejstříku,
 - b. vykonává na území ČR činnost v rámci výměnných stáží studentů a mladých absolventů
vysokých škol, pokud probíhá za následujících podmínek:
 1. účelem výměnné stáže je vzdělávání, včetně tzv. celoživotního,
 2. případný výkon pracovní činnosti je součástí tohoto vzdělávání,
 3. příjem cizince na území ČR není odvozen od jeho pracovního výkonu
a podmínky poskytování tohoto příjmu jsou založeny smlouvou se zahraniční
vysílající organizací (zpravidla formou stipendia nebo příspěvku nadace),
nikoliv pracovní smlouvou nebo jinou individuálně sjednanou pracovníprávní
dohodou s právnickou nebo fyzickou osobou se sídlem v ČR.
- Uvedené podmínky lze prokázat smlouvou (zpravidla o mezinárodní studijní spolupráci),
na základě které byl cizinec na území ČR vyslán.
-

Postup při vydávání povolení k zaměstnání cizinci v rámci obchodních nebo jiných smluv

O povolení k zaměstnání musí žádat i cizinec, který bude vykonávat práce na území ČR
v pracovníprávním vztahu k zahraničnímu zaměstnavateli, který ho k výkonu této práce vysílá na
základě obchodní nebo jiné smlouvy uzavřené s tuzemskou právnickou nebo fyzickou osobou.

Postup při rozhodování o žádosti cizince ve věci povolení k zaměstnání je obdobný jako u cizince, který bude zaměstnáván v pracovněprávním vztahu k tuzemské právnické nebo fyzické osobě.

Navíc přílohou žádosti o povolení k zaměstnání je kopie obchodní nebo jiné smlouvy uzavřené mezi zahraniční právnickou nebo fyzickou osobou a tuzemskou právnickou nebo fyzickou osobou a kopie dokladu opravňující zahraniční subjekt hospodářské činnosti k provádění činností, které jsou předmětem obchodní nebo jiné smlouvy. Pokud se jedná o skupinu, předkládají se tyto doklady pouze v jednom výtisku. Tyto přílohy předkládá zahraniční zaměstnavatel přeložené do českého jazyka a úředně ověřené.

Cizinec zaměstnaný zahraničním zaměstnavatelem a vyslaný k výkonu práce do ČR je odměňován v souladu s pracovní smlouvou, kterou má uzavřenou se svým zaměstnavatelem. Uzavřená pracovní smlouva, jakož i zdravotní pojištění a sociální zabezpečení se řídí zpravidla předpisy platnými v zemi zaměstnavatele, který za obsah smlouvy i plnění pojištění nese plnou zodpovědnost.

Zaměstnávání cizinců v rámci uzavřených mezinárodních smluv

Zaměstnávání cizinců na základě mezinárodních smluv se řídí platnými právními předpisy, pokud není v těchto dohodách stanoveno jinak.

Mezinárodní smlouvy respektují právní předpisy smluvních států a zároveň zohledňují jejich požadavky na administrativní postup realizující vzájemné zaměstnávání a popřípadě umožňují stanovit limity zaměstnávání cizinců pro jednotlivé kalendářní roky.

Postupy ÚP při realizaci udělení, neudělení a odnětí povolení k zaměstnání cizinci jsou zpravidla stanoveny zásadami k příslušným mezinárodním smlouvám nebo k prováděcím protokolům.

Opakované vydání povolení k zaměstnání a povolení k pobytu

Cizinec může před uplynutím doby platnosti povolení k zaměstnání požádat příslušný ÚP o nové (opakované) vydání povolení k zaměstnání.

O prodloužení povolení k pobytu rozhodují orgány SCPP příslušné podle místa ubytování.

Ukončení platnosti povolení k zaměstnání - sankce

1. Platnost povolení k zaměstnání zaniká v případě, že
 - a. uplyne doba, na kterou bylo vydáno,
 - b. skončí zaměstnání před uplynutím doby, na kterou bylo vydáno,
 - c. uplyne doba, na kterou bylo vydáno povolení k pobytu, nebo zánikem povolení k pobytu z jiných důvodů.
2. Povolení k zaměstnání se cizinci odejme na základě rozhodnutí ÚP v případě, že cizinec nedodržel podmínky stanovené rozhodnutím o povolení k zaměstnání. Vzory tiskopisů rozhodnutí o odejmutí jsou k dispozici v OK systému.
3. Cizinec, který je zaměstnán bez povolení k zaměstnání, může být sankcionován podle právních předpisů platných na tomto úseku.
4. Zaměstnavatel, který cizince zaměstná bez příslušných povolení, může být sankcionován podle právních předpisů platných na úseku zaměstnanosti.

Přehled platných povolení k zaměstnání cizinců v ČR k 30.6.2001


Pořadí	Stát	Počet		Způsob zaměstnání		Zařazení podle výkonu prac.činnosti		
		celkem	z toho ženy	individuální povolení	v rámci kontraktu	dělnická povolání	středoškolská povolání	vyšokoškolská povolání
1	Ukrajina	16 921	5 872	16 090	831	16 439	174	308
2	Polsko	7 306	1 152	4 414	2 892	6 605	224	477
3	Bulharsko	1 611	523	1 514	97	1 363	86	162
4	USA	1 573	582	1 067	506	9	589	975
5	Moldavsko	1 522	487	1 482	40	1 498	12	12
6	Německo	1 393	268	988	405	99	285	1 009
7	Velká Britanie	1 232	289	860	372	6	446	780
8	Bělorusko	1 228	594	1 206	22	1 089	23	116
9	Ruská federace	949	461	857	92	393	104	452
10	Mongolsko	801	553	799	2	758	6	37
11	Rumunsko	775	145	739	36	653	47	75
12	Francie	649	128	546	103	27	91	531
13	Rakousko	409	69	263	146	26	68	315
14	Makedonie	378	23	116	262	338	19	21
15	Jugoslávie (býv.)	376	112	345	31	170	78	128
	Ostatní	4 225	1 211	3 194	1 030	1 013	964	2 248
	Celkem	41 348	12 469	34 480	6 867	30 486	3 216	7 646

K 30.6.2001 bylo na území ČR zaregistrováno celkem 65 427 občanů SR.

8.7.3. Příloha 3

27.9. 2001 - Poskytování bezplatné zdravotní péče občanům ČR v zahraničí na základě dvoustranných smluv

"Bezplatná" zdravotní péče v případě náhlého onemocnění nebo nehody je všem

občanům ČR poskytována v zemích, s nimiž má ČR platné  [smlouvy o](#)

[spolupráci](#) (12.1KiB) v oblasti zdravotnictví nebo v oblasti sociální, v nichž je zakotven článek o tomto způsobu jejího poskytnutí. Tyto smlouvy byly sjednány před r. 1989 a ČR do nich sukcedovala. Péče se většinou poskytuje jen v nezbytně nutném rozsahu, a to jak ambulantní nebo nemocniční. Při ambulantním ošetření hradí ve většině zemí nemocný náklady za léky a zdravotnický materiál, nemocniční péče včetně léků a zdravotnického materiálu je vždy bezplatná. Širší rozsah v poskytování zdravotní péče má ČR jen s některými státy. Podrobnosti jsou uvedeny v seznamu těchto smluv (příloha).

Možnosti pojištění občanů ČR pro případ úrazu či onemocnění v zahraničí

Při cestách do zemí, s nimiž tyto smlouvy ČR nemá, nese náklady na potřebnou zdravotní péči v cizině občan. Zdravotní pojišťovna, jejímž je pojištěncem, mu uhradí pouze částku, která by byla vynaložena na jeho léčení v ČR. Občanům se proto doporučuje sjednat cestovní zdravotní pojištění. Pojištění nabízí v současné době řada pojišťoven včetně zdravotních pojišťoven.

Zabezpečení návratu občanů ČR v případě vážného úrazu či onemocnění v zahraničí

Pokud nemocný musí být převezen do ČR, organizuje jeho převoz Ministerstvo zdravotnictví, které také uhradí všechny náklady spojené s tímto převozem. Platí to jen v případě zemí, s nimiž má ČR uzavřené výše uvedené smlouvy.

Převoz ze zemí, s nimiž nemá ČR takovou smlouvu uzavřenu, nebo občan nemá zdravotní pojištění pro cestu do zahraničí, hradí občan.

Kontaktní osobou na Ministerstvu zdravotnictví je paní Marie Nosálková, odbor finanční (tel: 420 2 24972181, fax 420 2 24972179), s níž je třeba, v případě potřeby, projednat všechny záležitosti související s léčením našich občanů v zahraničí nebo jejich dopravou do ČR.

V rámci těchto smluv Ministerstvo zdravotnictví nehradí náklady spojené s převozem zemřelého do České republiky.

Úhrada zdravotní péče cizinci v ČR

Na základě výše uvedených smluv je stejná kvalita a rozsah zdravotní péče poskytována občanům těchto zemí v ČR, a to ve státních i soukromých zdravotnických zařízeních.

V případě občanů ze zemí, s nimiž nemá ČR sjednanu takovou smlouvu a cizinec není pojištěn, platí za poskytnutou zdravotní péči smluvní cenu v hotovosti nebo fakturou.

Za předpokladu, že cizinec má trvalý pobyt na území ČR nebo nemá trvalý pobyt, ale je zaměstnancem zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR, je zdravotně pojištěn (zákon č. 48/1997 Sb.). Pokud jeho manžel(ka) a děti nemají trvalý pobyt na území ČR a nejsou ze zemí, s nimiž má ČR uzavřené výše uvedené smlouvy, a nemají sjednáno smluvní zdravotní pojištění, musí za veškerou zdravotní péči platit v hotovosti nebo fakturou ve smluvních cenách.

[Tisk](#)

8.7.4. Příloha 4

HEALTH INSURANCE FOR FOREIGNERS

Since 1st January 2000, a new law has been in force, which alters the conditions for the entry and residence of foreigners in the Czech Republic. The new legislation requires foreigners to present documentary evidence of health insurance at border crossings in the event of entry of citizens not requiring a visa as well as for any application for a visa. The relevant bodies will issue visas to foreigners only for as long as they have valid health insurance.

The Všeobecná zdravotní pojišťovna of the Czech Republic provides foreigners with insurance products for contractual health insurance. These insurances meet the requirements of Act no. 326/1999 Coll. and are fully accredited with the Ministry of Foreign Affairs and the Foreign Police.

Contractual health insurance for persons with short-term residence in the Czech Republic

This is intended for foreign visitors, resident temporarily (up to a maximum of 365 days) in the Czech Republic. The insurance is for essential and urgent treatment.

The following costs are met:

- Essential and urgent treatment
- Immediate transfer to the nearest health centre
- Acute dental treatment
- Repatriation of the insured
- Return of the insured's remains to his or her country of origin

The individual tourist rate for people in the 1-69 year category varies according to the type of insurance policy (standard, superior, sports cover) from 35 Kč to 175 Kč per day. The sums insured also vary in accordance with the category of cover from 2,000,000 to 4,000,000 Kč.

In the event of an accident, **VZP OR Assistance** is available, a centre with non-stop cover which arranges for essential health care and prompt handling of the necessary formalities. Medical services are available to the insured through a wide network of contracted health care facilities within the Czech Republic.

Contractual health insurance for persons with long-term residence in the Czech Republic

This type of cover provides foreigners with necessary health care on the same terms as enjoyed by Czech citizens and can be arranged on the basis of an initial medical examination. The scope of health care offered is more extensive than essential and urgent care, and includes for example pregnancy and obstetric services, drug and medical equipment costs.

- ***Foreigners already resident in the Czech Republic can arrange cover at any regional insurance office and at the office of VZP OR Assistance***
- ***Foreigners applying for entry visas to the Czech Republic at Czech representative offices abroad can arrange cover through the insurer their representative in the Czech Republic***

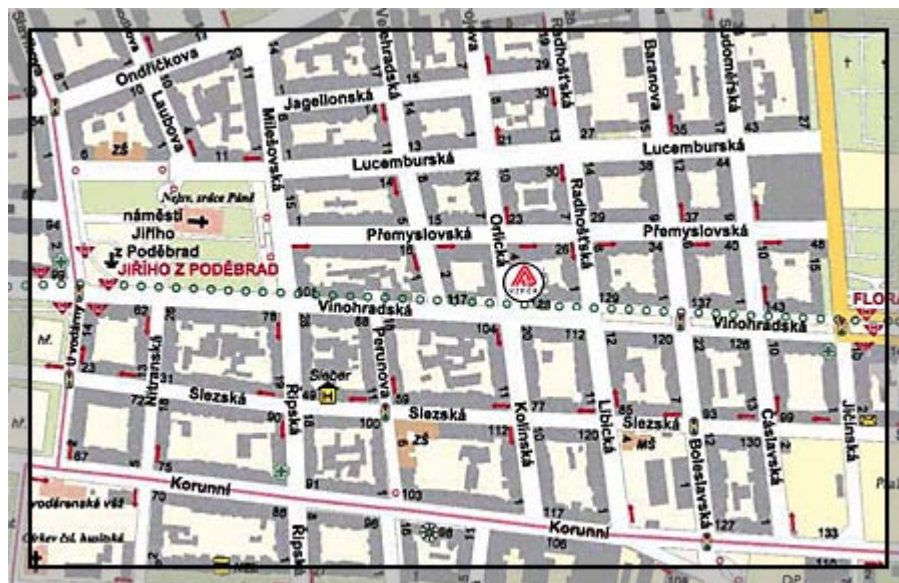
Further information is available from regional office of the VZP Czech Republic
and in VZP ČR Assistance

Orlická 4/2020, Prague 3, 130 00

tel.: +420 2 2175 2121, +420 2 602 268 902

fax.: +420 2 2175 2177

e-mail: asistence@vzp.cz



[Informace o VZP](#) | [Aktivity VZP ČR](#) | [Online](#) | [Aktivity OP VZP ČR](#) |

[Webdesign by Qbizm Technologies, Inc.](#)

8.7.5. Příloha 5

Zásady léčení cizinců v České republice

(stav k 1.4.2001)

Ministerstvo zdravotnictví ČR hradí na základě mezinárodních dohod, smluv a úmluv, uzavřených s vládami jiných zemí, **bezplatně poskytnutou zdravotní péči** pro určité kategorie cizinců, pobývajících na území ČR, a jen v určitém rozsahu (neplatí pro Slovensko, kde úhradu neprovádí Ministerstvo zdravotnictví, ale příslušná zdravotní pojišťovna - viz níže).

Základní zásady:

Cizí státní příslušníci v pracovním nebo obdobném poměru k zaměstnavateli, který má sídlo na území České republiky, jsou ze zákona o veřejném zdravotním pojištění pojištěnci některé české zdravotní pojišťovny. Zdravotní péče, která je těmto cizincům poskytována, musí být uhrazena Všeobecnou zdravotní nebo jinou zdravotní pojišťovnou, u níž jsou pojištěni.

Zdravotní pojištění si musí hradit i cizinci, kterým byl v České republice povolen dlouhodobý pobyt za účelem podnikání. Zdravotní péče, která je těmto cizincům poskytována, musí být uhrazena Všeobecnou zdravotní nebo jinou zdravotní pojišťovnou, u níž jsou pojištěni, v rozsahu podle podmínek jejich pojistné smlouvy.

Cizinci, nepatřící do těchto dvou kategorií mají **bud' nárok na poskytnutí bezplatné zdravotní péče v určitém rozsahu** na podkladě mezistátních či mezivládních dohod (jsou uvedeni níže), **nebo si musí veškerou péči uhradit.**

Zdravotní péče, pokud je poskytována na základě mezivládních dokumentů v rozsahu nezbytné péče při akutním onemocnění a úrazu, se týká jak ambulantního ošetření (vyšetření), tak i hospitalizací.

Léky jsou poskytovány při ambulantní léčbě ve většině případů výhradně za úhradu, při hospitalizaci bezplatně.

Aby mohlo MZd provést úhradu nákladů za léčení cizinců, potřebuje mít k dispozici všechny tyto údaje: jméno, data narození, země, důvod pobytu v ČR (např. turista, student, pracovník ZÚ apod.), diagnózu, datum ošetření (vyšetření), datum hospitalizace (od-do) a výkony - kódy podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Cena jednoho bodu - 0,80 Kč. Samozřejmě bankovní spojení - číslo účtu, na který mají být finanční prostředky poukázány.

Mezi **základní kategorie cizinců**, kterým se poskytuje bezplatná péče, patří:

pracovníci diplomatických misí a konzulárních úřadů a jejich rodinní příslušníci,

zahraniční učňové a studenti, studující na náklady ČR,

žadatelé o postavení uprchlíka (pokud nejsou umístěni v humanitárním zařízení MV ČR) a

turisté ze zemí, s nimiž máme podepsány mezinárodní smlouvy, dohody a úmluvy.

[zpět nahoru]

Pracovníci diplomatických misí

Péče se poskytuje pracovníkům diplomatických misí a konzulárních úřadů a jejich rodinným příslušníkům (manželka, manžel, děti a event. rodiče, pokud s nimi žijí ve společné domácnosti).

Bezplatná zdravotní péče zahrnuje léčebně preventivní a stomatologickou péči v ambulantních a lůžkových zdravotnických zařízeních s výjimkou péče lázeňské, péče v odborných ústavech psychiatrických, tuberkulózních, onkologických, rehabilitačních apod.

Léky jsou poskytovány bezplatně pouze pro pracovníky diplomatických misí níže uvedených zemí a jejich rodinné příslušníky (**pracovníkům jiných zastupitelských úřadů** jen na základě mezivládních zdravotnických dohod, tj. ve vymezeném rozsahu.):

Jemen

- Dohoda mezi vládou ČSSR a vládou Jemenské arabské republiky o vzájemném poskytování bezplatné léčebné péče členům diplomatických misí a konzulárních úřadů, sjednaná výměnou nót (výše uvedené znění nóty se nevztahuje na rodiče, kteří s nimi žijí ve společné domácnosti)

státy vzniklé na území bývalé SFRJ (kromě Slovinska)

- Ujednání sjednané výměnou nót o bezplatném recipročním léčení pracovníků čs. a jugoslávských - diplomatických a konzulárních úřadů

Kuba

- Dohoda sjednaná výměnou dopisů o vzájemném bezplatném léčení pracovníků velvyslanectví ČSSR a velvyslanectví Kubánské republiky

Polsko

- v plném rozsahu

státy vzniklé na území bývalého SSSR (kromě Litvy, Lotyšska, Estonska, Uzbekistánu, Běloruska, Ruska a Ukrajiny od 1.5.2001)

- Podle Dohody mezi ČSR a SSSR o sociálním zabezpečení a Protokolu k Dohodě v plném rozsahu

Stát PALESTINA

- Nóta FMZV (č.j.81.000/91-5, ze dne 21.února 1991)

Spojené království Velké Británie a Severního Irsku

[[zpět nahoru](#)]

Zahraniční studenti a učňové

Zahraniční studenti (nevztahuje se na studenty ze Slovenské republiky - zde se postupuje podle uzavřené mezivládní zdravotnické dohody), kteří na středních a vysokých školách v České republice studují na náklady našeho státu (pobírají čs. stipendia) - mají v Indexu uvedeno kmenové číslo, byli na tato studia přijati za určitých podmínek. Součástí těchto podmínek bylo i poskytování zdravotní péče.

Rozlišují se dvě kategorie studentů:

- **zahraničním studentům středních a vysokých škol, kteří v České republice byli na studia přijati na náklady našeho státu**, se poskytuje zdravotní péče v rozsahu a za stejných podmínek jako našim studentům (včetně léků).

Při zjištění onemocnění, která jsou kontraindikací ke studiu (např. tuberkulóza všech forem i mimoplicní, pohlavní nemoci, neurózy, psychózy, epilepsie, závažné poruchy srdce a cév, chronické choroby dýchacích orgánů, močových cest, ledvin, jater, zažívacích orgánů, u žen těhotenství atd.), je poskytována nezbytně nutná zdravotní péče a ošetřující lékař předkládá žádost Ministerstvu zdravotnictví na odeslání zahraničního studenta zpět do vlasti ze zdravotních důvodů. Onemocnění uvedená v kontraindikacích vždy vyžadují dlouhodobou a nákladnou léčbu a zahraniční student, pokud je u něho tato choroba zjištěna, nemůže plnit své povinnosti, tzn. ve většině případů požaduje přerušeni studia, změnu studijního plánu a pod.,

- **zahraniční studenti studující v České republice na vysokých školách na vlastní náklady či náklady svého státu**, si musí veškerou zdravotní péči hradit nebo zajistit smluvní zdravotní pojištění. Jedná-li se o studenty ze zemí, se který mi má česká republika uzavřeny mezivládní dohody a tito si nezajistili smluvní zdravotní pojištění, je jim poskytována zdravotní péče v rozsahu stanoveném těmito dohodami.

Aby bylo možno provádět úhradu za zdravotní péči poskytovanou těmito studentům, požaduje MZd ČR tyto údaje : jméno, data narození, kmenové číslo, název státu (země), důvod pobytu v ČR "zahr. student", diagnózu, data vyšetření (ošetření) a výkony-kódy Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, bankovní spojení- číslo účtu. Cena jednoho bodu = 0,80 Kč. Na receptech uvést čitelné jméno, data narození, název státu (země), důvod pobytu "zahr. student" a kmenové číslo. Nepožaduje se adresa přechodného bydliště v České republice.

[[zpět nahoru](#)]

Žadatelé o statut uprchlíka

MZd hradí žadatelům o statut uprchlíka, kterí nejsou umístění v uprchlických střediscích nezbytně nutnou péči při akutním onemocnění a úrazu. Léky nejsou hrazeny!

(Pokud jsou umístění ve střediscích (uprchlických táborech), hradí náklady za zdravotní péči MV ČR - odbor pro uprchlíky.)

[[zpět nahoru](#)]

Turisté a další cizinci v České republice

ze zemí, s nimiž máme mezivládní dohody, mají hrazenou **bezplatnou péči v různé míře**.

Abecední seznam států, s nimiž máme dohodu o poskytování bezplatné zdravotní péče:

Afgánistán

Bulharsko

Egypt - zrušeno k 1.5.2000

Irák

Jemen

Kambodža

Korea - zrušeno k 1.5.2000

Kuba

Kypr

Libye

Maďarsko

Maroko

Mosambik

Polsko

Řecko

Státy bývalé SFRJ

Slovensko - platí od 1. 4 2001

Státy bývalé SSSR (kromě Litvy, Lotyšska, Estonska, Uzbekistánu Běloruska a Ruska)

Súdán

Sýrie

Tunisko

Velká Británie

Vietnam

Zambie - zrušeno k 1.5.2000

AFGHÁNISTÁN [zpět nahoru]

Dohoda mezi vládou ČSSR a vládou Afghánské demokratické republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví a lékařských věd (**Vyhláška č.103/1987 Sb.**)

- **čl. 9, odst. 2:** Každá smluvní strana poskytne v případě akutního onemocnění nebo úrazu bezplatně nezbytnou lékařskou péči občanům druhé smluvní strany, kteří se přechodně nacházejí na jejím území (*při ambulantním ošetření všechny léky a zdravotnický materiál hradí nemocný*).

BULHARSKO [zpět nahoru]

Úmluva mezi vládou ČSR a vládou Bulharské lidové republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví (**Vyhláška č. 22/1960 Sb.**)

- čl. 5, odst. 2 -- Každá smluvní strana zajistí občanům druhé strany, kteří se nacházejí na jejím území, při náhlých onemocněních nezbytné léčení.

- čl.11, odst. 4 - **Léčení nemocných podle čl. 5, odst. 2 je bezplatné.**

Smlouva mezi ČSSR a BLR, kterou se mění Úmluva mezi ČSSR a BLR o spolupráci na poli sociální politiky ze dne 25. ledna 1957 ve znění Dohody o její změně ze dne 27. března 1972 - zrušeno k 1.5.2000

- čl. 5 - Oprávněným osobám včetně členům jejich rodin, kteří jsou příslušníky jedné smluvní strany a trvale se zdržují na území druhé smluvní strany náleží bezplatná léčebně preventivní péče (včetně dávky nemocenského pojištění) ve stejném rozsahu a za stejných podmínek jako vlastním občanům.

Vyhláška č. 42/1987 Sb.

- při ambulantním ošetření **všechny léky a zdravotnický materiál hradí nemocný**

- podmínky při poskytování zdravotní péče stanovené smlouvami plní v Bulharsku jen státní zdravotnická zařízení IRÁK [zpět nahoru]

Dohoda mezi vládou ČSSR a vládou Irácké republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví

- čl. 6 - Každá smluvní strana poskytne občanům druhé smluvní strany, kteří se nacházejí na jejím území, při úrazu, akutním onemocnění nebo v jiných naléhavých případech bezplatně nezbytnou lékařskou péči.

Vyhláška č. 83/1983 Sb.

- při ambulantním ošetření **všechny léky a zdravotnický materiál hradí nemocný**

JEMEN [zpět nahoru]

Dohoda mezi vládou ČSSR a vládou Jemenské arabské republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví a lékařských věd

- čl. VI, odst. 2 - Každá smluvní strana poskytne v případě akutního onemocnění nebo úrazu bezplatně nezbytnou lékařskou péči občanům druhé smluvní strany, kteří se přechodně nacházejí na jejím území.

Vyhláška č. 95/1985 Sb.

- při ambulantním ošetření **všechny léky a zdravotnický materiál hradí nemocný**

KAMBODŽA [zpět nahoru]

Dohoda mezi vládou ČSSR a Lidovou revoluční radou Kambodžské lidové republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví a lékařských věd

- čl. 7, odst. 2 - Každá smluvní strana poskytne v případě akutního onemocnění nebo úrazu nezbytnou lékařskou péči občanům druhé smluvní strany, kteří se přechodně nacházejí na jejím území.

- čl. 9, odst. 4 - Nezbytné léčení při akutním onemocnění nebo úrazu občanů podle čl. 7, odst. 2 této dohody bude poskytováno bezplatně.

Vyhláška č. 25/1982 Sb.

- při ambulantním ošetření **všechny léky a zdravotnický materiál hradí nemocný**

KUBA [zpět nahoru]

Úmluva mezi vládou ČSSR a vládou Kubánské republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví

- čl. 7 - poskytnou občanům druhé smluvní strany nacházejícím se na jejich území nezbytné léčení při náhlém onemocnění.

- čl. 9, odst. 4 - Léčebná péče při náhlém onemocnění se poskytuje občanům druhé smluvní strany bezplatně.

Vyhláška č. 281/1962 Sb.

- při ambulantním ošetření **všechny léky a zdravotnický materiál hradí nemocný**

KYPR [zpět nahoru]

Úmluva mezi vládou ČSSR a vládou Kyprské republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví

- čl. 8, odst. 2 - Každá smluvní strana zajistí nezbytné léčení občanům druhé strany, kteří se dočasně nacházejí na jejím území, v případech úrazu nebo akutního onemocnění.

- čl.10 - Nezbytné léčení při akutním onemocnění nebo při úrazu občanů jedné ze smluvních stran na území druhé smluvní strany bude poskytováno bezplatně.

Vyhláška č. 7/1974 Sb.

- při ambulantním ošetření **všechny léky a zdravotnický materiál hradí nemocný.**

LIBYE [zpět nahoru]

Dohoda mezi ČSSR a Libyjskou arabskou lidovou socialistickou džamahirijí o spolupráci v oblasti zdravotnictví

- čl. 8, odst. b - Každá strana zajistí nezbytné léčení občanů druhé strany, kteří se nacházejí dočasně na jejím území, v případech úrazu nebo akutního onemocnění.

- čl. 10, odst. d - Nezbytné léčení při akutním onemocnění nebo úrazu občanů jedné ze smluvních stran na území druhé strany bude poskytováno bezplatně.

Vyhláška č. 63/1982 Sb.

- při ambulantním ošetření všechny léky a zdravotnický materiál hradí nemocný

MAĎARSKO [zpět nahoru]

Dohoda mezi vládou ČSSR a vládou Maďarské lidové republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví a lékařských věd

- čl. 7 - Každá smluvní strana zabezpečí bezplatnou kvalifikovanou lékařskou péči včetně potřebných léků a stravování po dobu hospitalizace občanům druhé smluvní strany, kteří se dočasně nacházejí na jejím území v případě náhlého onemocnění vyžadujícího ambulantní nebo ústavní péči.

Vyhláška č. 20/1983 Sb. (Úmluva mezi ČSR a Maďarskou lidovou republikou o spolupráci na poli sociální politiky)

- Bezplatná zdravotní péče se poskytuje pouze v případech, kdy jde o naléhavé případy a péče je nezbytná.

Vyhláška č. 21 /1960 Sb. (Správní dohoda o provedení Úmluvy mezi československou republikou a Maďarskou lidovou republikou o spolupráci na poli sociální politiky ze dne 16. prosince 1959§

- při ambulantním ošetření všechny léky a zdravotnický materiál hradí nemocný

MAROKO [zpět nahoru]

Dohoda o spolupráci v oblasti zdravotnictví a lékařských věd mezi vládou ČSFR a vládou Marockého království

- čl. 8 - Každá ze smluvních stran zajistí bezplatně a v nezbytném rozsahu občanům druhé smluvní strany, kteří se přechodně nacházejí na jejím území, v případě náhlého onemocnění nebo úrazu nezbytné ošetření, jež jim umožní návrat do jejich země bez ohrožení jejich zdravotního stavu.

Vyhláška č. 329/1992 Sb.

- při ambulantním ošetření všechny léky a zdravotnický materiál hradí nemocný

MOSAMBIK [zpět nahoru]

Dohoda mezi vládou ČSSR a vládou Mosambické lidové republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví a lékařských věd

- čl. 9, odst. 2 - Každá smluvní strana poskytne v případě akutního onemocnění nebo úrazu nezbytnou lékařskou péči občanům druhé smluvní strany, kteří se přechodně nacházejí na jejím území.

- čl. 11, odst. 3 - Nezbytné léčení při akutním onemocnění nebo úrazu bude poskytováno bezplatně.

Vyhláška č. 71/1987 Sb.

- při ambulantním ošetření všechny léky a zdravotnický materiál hradí nemocný

POLSKO [zpět nahoru]

Úmluva mezi Republikou československou a Republikou polskou o sociálním pojištění, Závěrečný protokol.

Je stanovena zásadní rovnost nakládání s příslušníky druhého státu jako s vlastními státními příslušníky.

Polští občané - pracovníci polských firem vyslaní k výkonu pracovní činnosti v České republice (např. firma Budimex, KPIS atd.), **jsou nadále pojištěni v Polské republice.** Pokud nastane potřeba zdravotní péče během jejich pobytu v České republice, pak ji poskytne příslušný český orgán (zdravotnické zařízení event. soukromý lékař) **v nezbytně nutném rozsahu v případě akutního onemocnění či úrazu (ambulantně i při hospitalizaci).**

Výlohy však hradí polská strana.

Příslušné zdravotnické zařízení event. soukromý lékař odešle na adresu MZd doklad (fakturu), který musí obsahovat tyto údaje:

jméno polského občana - data narození

číslo pasu

název české firmy, tj. název organizace, kde v současné době na základě uzavřeného kontraktu pracuje - musí být vybaven dokladem, kde je stanoveno, jakou funkci po jakou dobu vykonává (od-do)

název a adresu jeho zaměstnavatele v Polské republice - adresu bydliště v Polské republice

diagnózu

datum ošetření (vyšetření) nebo délku hospitalizace (od-do)

kódy podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a jejich název, definici - při ambulantní léčbě stručné sdělení lékaře k provedenému ošetření
při hospitalizaci doložit doklad (fakturu) krátkou, čitelnou lékařskou zprávou, která bude uložena v jeho zdravotnické dokumentaci v Polské republice

částku, která je za ošetření (vyšetření) event. hospitalizaci požadována, účtovat výší 1 bod=0,80 Kč .

číslo bankovního spojení - číslo účtu, na který má polská strana vynaložené finanční prostředky poukázat.

Doklady (faktury), předávané polské straně (za pracovníky polských firem - ad 1), nemohou být psány ručně, nesmí obsahovat překlepy, škrtnání, dopisování atd. Musí obsahovat čitelné razítko zdravotnického zařízení soukromého lékaře) a čitelný podpis zodpovědného pracovníka.

Naším prostřednictvím pak zajistíme úhradu poskytnuté zdravotní péče, tj. předáme oficiální cestou doklad (fakturu) polské straně, tj. organizaci, která byla Ministerstvem sociálních věcí a zdravotnictví Polské republiky pověřena zajišťováním této agendy. Výše uvedený postup je plně v souladu s citovanou Úmluvou. Českému zdravotnickému zařízení jsou náklady za ošetření pracovníka polské firmy námi proplaceny až po obdržení úhrady z Polské republiky.

Polští občané - rodinní příslušníci pracovníků polských firem vyslaných k pracovnímu pobytu v České republice, kteří s nimi, po dobu jejich vyslání, pobývají na území české republiky, mají nárok na bezplatnou zdravotní péči, a to jak ambulantní, tak i nemocniční, poskytnutou v nezbytně nutném rozsahu v případě akutního onemocnění a úrazu. Léky jsou předepisovány za stejných podmínek jako našim občanům. Poskytovanou zdravotní péči v těchto případech hradí Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Polští občané - turisté mají nárok na nezbytně nutnou zdravotní péči v případě akutního onemocnění a úrazu, a to jak ambulantní, tak i nemocniční. Léky jsou předepisovány za stejných podmínek jako našim občanům. Poskytnutou zdravotní péči hradí Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Vyhláška č. 261/1948 Sb.

Prvý dodatkový protokol k Úmluvě mezi Československou republikou a Polskou republikou o sociálním pojištění ze dne 5. dubna 1948

Sociální smluvní dokumenty zřetelně předvídají vzájemné hrazení nákladů za poskytnutou zdravotní péči osobám zdržujícím se nebo bydlícím ve druhém státě s tím, že výše náhrad musí odpovídat sazbám používaným druhým státem pro vlastní pojištěnce.

Vyhláška č. 73/1957 Sb.

- zdravotní péče se poskytuje v rozsahu stanoveném Sociální úmluvou, nemocný hradí poplatky jako vlastní občan.

ŘECKO [zpět nahoru]

Dohoda mezi vládou ČSSR a vládou řecké republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví

- čl. 4 - Každá smluvní strana bude poskytovat bezplatně občanům druhé smluvní strany ambulantní ošetření a první pomoc při úrazech a náhlých případech, když přímý lékařský zákrok je nevyhnutelný a neodkladný, jako i nevyhnutelné léčení při povinně hlášených přenosných chorobách s výjimkou tuberkulózy a pohlavních chorob.

Vyhláška č. 93/1983 Sb.

- při ambulantním ošetření všechny léky a zdravotnický materiál! hradí nemocný

země bývalé JUGOSLÁVIE [zpět nahoru]

Úmluva mezi Československou republikou a Federativní lidovou republikou Jugoslávií o sociálním pojištění

- čl. 10 - Zdravotní péči občanům druhého státu má poskytovat na svůj účet ta strana, kde se oprávněná osoba zdržuje. Rozsah dávek určuje:

Správní dohoda o provedení Úmluvy mezi Československou republikou a Federativní lidovou republikou Jugoslávií o sociálním pojištění

- čl. 5 a 6 - bezplatné poskytování plné zdravotní péče oprávněným osobám (pokud předloží hodnověrné doklady o tom, že mají nárok na bezplatné poskytování dávek ve svém státě) v případě trvalého pobytu nebo i při přechodném pobytu, avšak v souvislosti se zaměstnáním. Při jiném přechodném pobytu se bezplatně poskytuje jen v nezbytném rozsahu.

- nezbytně nutná zdravotní péče v případech akutního onemocnění a úrazu bezplatně, a to jak ambulantní, tak i nemocniční. V případě ambulantní léčby si však musí hradit léky v plném rozsahu sami, při hospitalizaci jsou poskytovány bezplatně.

- Stejný rozsah platí i pro pracovníky jugoslávských podniků, pracujících na území ČR, kteří nemohou prokázat, že ve svém státě mají nárok na zdravotní péči z titulu veřejného pojištění ((zdravotní knížka, průkaz zdravotní pojišťovny, potvrzení o zaměstnání, doklad o nároku na důchod atd.)

- Rozsah této zdravotní péče je poskytován i jejich rodinným příslušníkům (manžel, manželka a děti), pokud s nimi v české republice pobývají.

Vyhláška č. 3/1958 Sb.

- při ambulantním ošetření všechny léky a zdravotnický materiál hradí nemocný při trvalém pobytu je pojištění ze zákona vyslaní pracovníci musí předložit v ČR zdravotní knížku, jinak je jim ošetření poskytnuto jako turistům (v nezbytném rozsahu)

V Chorvatsku je Úmluva plněna jen státními zdravotnickými zařízeními

Ve Slovinsku poskytnou péči podle Úmluvy jen po předložení pasu a průkazky českého zdravotního pojištění Slovensko [zpět nahoru]

Tato mezivládní smlouva platí od 1. dubna 2001.

Smlouva mezi vládou ČR a SR o poskytování a úhradě zdravotní péče

- čl. 3

(1) Nutná a neodkladná zdravotní péče se poskytne **pojištěncům** jedné smluvní strany na území druhé smluvní strany **včetně dopravy, zdravotnické záchranné služby, léků a zdravotnických prostředků** předepsaných a vydaných v souvislosti z poskytnutím **nutné a neodkladné zdravotní péče** za stejných podmínek jako pojištěncům poskytující smluvní strany. **Tuto zdravotní péči hradí poskytovatel příslušná zdravotní pojišťovna**, pokud není uvedeno jinak.

(2) Úhrada nákladů za zdravotní péči poskytnutou podle odstavce 1 tohoto článku se uskuteční za ceny nebo úhrady podle právních předpisů a rozhodnutí platných v době poskytnutí na území té strany, kde byla zdravotní péče poskytnuta; ...

(3) ... náklady vynaložené na léky a zdravotnické prostředky [v lékárně nebo výdejně ZP] vydávané na lékařský předpis v rámci nutné a neodkladné péče pojištěncům jedné smluvní strany na území druhé smluvní strany **hradí pojištěnec v plné výši ...**

Správní ujednání mezi Ministerstvy zdravotnictví ČR a SR k provádění Smlouvy ...

čl. 2 Úhrada za nutnou a neodkladnou zdravotní péči

(2) Zdravotní péče, která **se nepovažuje podle Smlouvy za nutnou a neodkladnou**

a) preventivní, vstupní a výstupní zdravotní prohlídky

b) dispenzární péče,

c) lékařské kontroly při stabilizovaném chronickém onemocnění,

d) dohled nad průběhem těhotenství,

e) odběr orgánů na transplantaci,

f) zdravotní péče poskytnutá při porodu po 36. týdnu těhotenství a zdravotní péče poskytnutá matce a novorozenci po takovém porodu včetně komplikací u matky a dítěte, souvisejících s porodem,

g) komplikace související s poskytnutím takové zdravotní péče, která není nutná a neodkladná a se kterou zdravotní pojišťovna předem nevyslovila písemný souhlas.

...

(4) Příslušná zdravotní pojišťovna uhradí pojištěnci náklady na léky a zdravotní prostředky ... po předložení dokladu, **kteřý musí splňovat náležitosti účetního dokladu a obsahovat název, množství, cenu léku a zdravotnických prostředků a datum jejich vydání**, a po předložení **zprávy o průběhu poskytnuté zdravotní péče**, ze které vyplývají důvody, pro které byly léky nebo zdravotnické prostředky předepsány.

čl. 6 Provádění úhrad

(1) Pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny jedné smluvní strany se zdravotnickému zařízení na území druhé smluvní strany **prokáže průkazem pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a průkazem totožnosti**.

(2) Vyúčtování za poskytnutou zdravotní péči podle Smlouvy **zašle zdravotnické zařízení neodkladně příslušné zdravotní pojišťovně**. Ve vyúčtování **musí být jednoznačně identifikován pojištěnec a zdravotnické zařízení**, které poskytlo zdravotní péči, **musí být uveden důvod, druh a rozsah poskytnuté zdravotní péče a výše požadované úhrady**. Přílohou vyúčtování musí být **zpráva příslušného zdravotnického zařízení o poskytnutí zdravotní péče**.

Státy bývalého SSSR [zpět nahoru]

Níže uvedené se nevztahuje na Litvu, Lotyšsko, Estonsko, Uzbekistán, od 1.1.1999 na Běloruskou republiku, od 1.5.1999 Rusko a od 1.5.2000 Ukrajinu.

Dohoda mezi vládou ČSSR a vládou SSSR o spolupráci v oblasti zdravotnictví, lékařských věd a zdravotnického průmyslu

- čl. 7 - Smluvní strany zabezpečí **bezplatnou kvalifikovanou lékařskou péči** občanům druhé smluvní strany, kteří se **dočasně nebo trvale nacházejí** na jejich území v případech **náhleho onemocnění** vyžadujícího ambulantní a ústavní péči.

- čl. 9, odst. 5 - Smluvní strany poskytnou v souladu se svými vnitrostátními předpisy bezplatně nemocným občanům druhého státu uvedeným v čl.7 této dohody všechny druhy lékařské péče, včetně stravování a potřebných léků po dobu jejich umístění v lůžkových odděleních zdravotnických zařízení.

Vyhláška č. 148/1980 Sb.

- při ambulantním ošetření všechny léky a zdravotnický materiál hradí nemocný

SÚDÁN [[zpět nahoru](#)]

Dohoda mezi vládou ČSSR a vládou Súdánské demokratické republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví

- čl. 8 - Příslušné orgány a ústavy obou smluvních stran budou přijímat nemocné druhé smluvní strany do ústavního léčení, zejména v případech náhlého onemocnění.

- čl. 10, odst. 4 - Nezbytné odpovídající léčení při náhlém onemocnění a úrazech občanů jedné smluvní strany na území druhé smluvní strany bude poskytováno bezplatně.

Vyhláška č. 98/1970 Sb.

- při ambulantním ošetření všechny léky a zdravotnický materiál hradí nemocný

SÝRIE [[zpět nahoru](#)]

Úmluva mezi vládou ČSSR a vládou Syrské arabské republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví

- čl. 9, odst. 2 - .. poskytnou lékařskou péči občanům druhé strany, budou-li postiženi náhlým onemocněním během své přítomnosti na území druhé strany.

- čl. 11, odst. 4 - Lékařská pomoc poskytnutá příslušníkům druhé strany v případě náhlého onemocnění bude poskytována zdarma.

Vyhláška č.106/1976 Sb.

- při ambulantním ošetření všechny léky a zdravotnický materiál hradí nemocný

TUNISKO [[zpět nahoru](#)]

Dohoda mezi vládou ČSSR a vládou Tuniské republiky o spolupráci na úseku zdravotnictví

- čl. 10, odst. 4 - .. léčebná pomoc při náhlém onemocnění se poskytuje občanům druhé smluvní strany bezplatně.

Vyhláška č. 11 /1967 Sb.

- při ambulantním ošetření všechny léky a zdravotnický materiál hradí nemocný

VELKÁ BRITÁNIE [[zpět nahoru](#)]

Dohoda mezi vládou ČSSR a vládou Spojeného království Velké Británie a Severního Irska o spolupráci v oblasti lékařství a zdravotnictví

- čl. 5, odst. 1 - V případech, akutního onemocnění nebo v jiných případech, vyžadujících okamžité lékařské ošetření (nemocniční i ambulantní), obdrží občané ČSFR a občané Spojeného království lékařské ošetření při pobytu v druhé zemi za stejných podmínek jako občané přijímající země v souladu se zdravotnickými zákonnými předpisy platnými v této zemi v době trvání platnosti této dohody.

čl. 2 - Lékařské ošetření podle odst. 1 tohoto článku bude poskytováno bezplatně příslušnými orgány přijímající země s výjimkou poplatků normálně placených občany této země.

čl. 3 - Ustanovení tohoto článku se nebude vztahovat na občana jedné země, který' navštíví druhou zemi se zřejmým cílem získat prospěch z lékařské péče podle této dohody.

Vyhláška č. 105/1976 Sb.

- zdravotní péče se **poskytuje v plném rozsahu**, nemocný hradí poplatky jako *vlastní občané*

VIETNAM [[zpět nahoru](#)]

Dohoda mezi vládou ČSSR a vládou Vietnamské demokratické republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví

- čl. 7 - Příslušné orgány a instituce smluvních stran poskytnou občanům druhé smluvní strany nacházejícím se na jejich území nezbytné léčení při náhlém onemocnění

- čl. 9, odst. 4 - Léčebná péče při náhlém onemocnění podle čl.7 této dohody se poskytuje občanům druhé smluvní strany bezplatně.

Vyhláška č. 118/1967 Sb.


- při ambulantním ošetření všechny léky a zdravotnický materiál hradí nemocný

[[zpět nahoru](#)]

PŘEDPISOVÁNÍ LÉKŮ CIZINCŮM NA ÚČET MZd

Na receptech uvést čitelné jméno, data narození, název státu (země) a "důvod pobytu v České republice" (např. zast. úřad, student, turista apod.). **Nepožaduje se** adresa přechodného bydliště v České republice. Pro lékárnou samozřejmě informaci, že léky hradí "**MZ ČR**", a to ve stejné výši, jako je ten který lék hrazen zdravotní pojišťovnou, pokud je předepsán jejímu pojištěnci.

Místo pro nalepení čísla	Název zdravotnického zařízení	00	40
MZ ČR		C 535486	
Příjmení a jméno:		Datum narození	
Mohamad Eisa		25.12.1965	
Bydliště (adresa):			
Afghanistan - student			
Rp: /		Sazba	
		Kč	h
		Celkem	
Dne: _____		NS	CZ
razítko zdravot. zařízení, jmenovka a podpis lékaře		Ref. č. rec.	
Přijal:	Připravil:	Spolupracoval:	Expedoval:

 MZ ČR <small>Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky</small>		RECEPT		poř.č. _____
		série NZ	0902374	
Příjmení a jméno:				
Mohamad Eisa				
Číslo pojištěnce	km. č.	880832	f.	
Bydliště (adresa):				
Afghanistan - student				
Rp.		Sk.	Kód	cena
<input type="checkbox"/> I				
<input type="checkbox"/> C				
<input type="checkbox"/> P				
Dne: _____		Sk.	Kód	
razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře		Připravil:	Vydal:	
Bez datu vystavení, razítka smluvního zařízení, jmenovky a podpisu lékaře recept nepíší!				

Další : jméno, turistika; Polsko velvyslanectví)
xxxxx, data narození xxxxxx (ne jako rodné číslo), bydliště: Polsko - ZÚ (zkratka zastupitelského úřadu) event.
Polsko - VV (zkratka velvyslanectví)

[Podle materiálů MZd ČR zpracoval dr. Sucharda]

8.7.6. Příloha 6



Federal Ministry for Health

Health Care in Germany including the Health Care Reform 2000

January 2001

The provision of health care in Germany is guaranteed by a large number of institutions and persons who contribute to promote, maintain and, where necessary, restore the health of the population. Public facilities in the health care system are run by the Federal and Laender governments and the local authorities or corporations under public law to whom specific tasks have been allocated.

The statutory health insurance plays a highly significant role in the existence of an efficient health care system. In addition to the health insurance funds, there are other funding bodies which are involved in the provision of health care such as: the statutory long-term care insurance, pension insurance and accident insurance.

Furthermore, there are numerous non-profit making organizations involved in providing health care, including, in particular, voluntary welfare organizations such as the *Arbeiterwohlfahrt* (National Association for Workers' Welfare), *Caritas*, the *Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband* (German Non-Denominational Welfare Association), the German Red Cross, *Diakonisches Werk* (Service Agency of the Protestant Church in Germany) and the *Zentral-wohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland* (Central Welfare Office for Jews in Germany).

Concurrent Legislation

The power to legislate in health matters in the Federal Republic of Germany is shared between the Federal and Laender Governments. Article 74 of the German Constitution (the Basic Law) lays down the most important areas of competence relating to the health care system. These areas fall within the scope of concurrent legislation. The Laender have legislative powers covering certain legal areas as long as and to the extent that the Federal Government does not make use of its own legislative powers (for example in the area of social insurance, including health and unemployment insurance). A number of areas do, however, fall exclusively within the competence of the Laender such as: hospital planning, legislation governing the medical boards, the Public Health Service and the emergency services. The task of administration - including the implementation of Federal laws - is, in principle, the responsibility of the Laender, unless otherwise provided for by the German Constitution (Article 30 of the Basic Law). The basic structure of the Federal Laender comprises administrative districts and local authorities (towns, municipalities, counties) all of which have numerous competencies in the health care system.

To ensure a uniform standard of service throughout the territory of the Federal Republic of Germany, the Federal Government has enacted Federal laws covering many areas of the health care system. The following areas, for example, fall within the scope of the Federal Ministry for Health:

- legislation on the statutory health insurance (Social Security Code, Book V),
- the Law on Long-Term Care Insurance (Social Security Code, Book XI),
- the Drug Law,

- the Medical Devices Act,
- training regulations for doctors, dentists, veterinarians, psychotherapists and for non-physician health care professionals,
- the Hospitals Financing Act,
- the Narcotics Act,
- the Protection Against Infection Act.

The Federal Government

At federal level, various other ministries, in addition to the Federal Ministry for Health, are also responsible for health issues. Some of these are:

The Federal Ministry of Labour and Social Affairs is responsible, among other things, for occupational and social medicine as well as for medical rehabilitation in the pension insurance system, assistance for the disabled, social compensation to war victims and the victims of violence, radiation protection pursuant to the X-Ray Ordinance and the protection of health in the workplace. Furthermore, it is responsible for the statutory pension, unemployment and accident insurances as well as social assistance.

The Federal Ministry for the Environment, Nature Conservation and Nuclear Safety is responsible, among other things, for all matters relating to the protection of health in connection with environmental pollution of all types. This includes, for example, the areas: environment and health, chemicals' safety and radiation protection.

The Federal Ministry of Consumer Protection, Food and Agriculture is responsible, among other matters, for consumer health protection and for all health issues related to animal husbandry. One of the central themes with which it deals is food safety and quality in food production.

The Federal Ministry of Education and Research is responsible for interministerial research in the field of health.

The Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth is responsible, among other things, for the areas of women and health, the Child and Youth Services Act, the Federal Act on Care for the Elderly (*Altenpflege- und Heimgesetz*), the Registered Homes Staff Ordinance (*Heimpersonalverordnung*) as well as the voluntary welfare agencies (*Freie Wohlfahrtspflege*) and the promotion of self-help initiatives.

The Laender

The ministries responsible for health matters in the Laender are responsible for ensuring the implementation of the laws passed by the Federal Government, drawing up their own laws as well as exercising numerous administrative responsibilities such as the supervision of subordinate authorities or councils of the health professions, as well as the planning and financing of investment in the hospital sector.

The Laender co-ordinate their public health activities within the Conference of Health Ministers and the Conference of Labour and Social Ministers. All public health policy matters relevant to the Federal and Laender Governments are discussed in these conferences.

Furthermore, the Laender have established various joint institutions to enable them to perform certain tasks. A few of them have joined together to support the Academy of Public Health Care in Düsseldorf as a means of providing training and further training and doing research in the public health service. A similar academy forms a part of the Bavarian Ministry of Labour and Social Affairs, Family Affairs, Women and Health in Munich. Furthermore, the Laender jointly fund the Institute for Medical and Pharmaceutical Examination Questions in Mainz which is responsible for preparing and evaluating written examinations in the context of training for medical doctors and pharmacists. The Laender have also set up the Central Agency of the Laender for Safety Technology (ZLS) in Munich and the Central

Agency of the Laender for Health Protection in connection with Medical Devices (ZLG) in Bonn for the accreditation of certification bodies under European legislation on medical devices. A few Laender maintain Health Councils for the purpose of advising the health ministries of the Laender on scientific matters. In those Laender which are subdivided into administrative districts, the regional commissioner in question is responsible for fulfilling the tasks which are connected with the public health care system. In the other Laender, these responsibilities are assumed directly by health departments belonging to the competent ministries.

The public medical service

The "public medical service" comprises the state-run and municipal health offices, specific veterinary and food monitoring facilities, as well as the health authorities of the Federal Government, the Laender, the regional commissioner's offices and their subordinate authorities.

The tasks which fall to the public medical service are varied. They include above all:

- informing the public about health matters, health education and counselling in the context of **preventive health care**,
- youth and school health services, care for the disabled and socio-psychiatric services within the framework of **health care**,
- **health promotion**,
- prevention and control of communicable diseases, monitoring the quality of food and drinking water, health-related protection of the environment within the framework of **health protection**.

Additional responsibilities include:

- provision of mother-and-child counselling services;
- supervising the activities of health care facilities such as: hospitals, doctors', dentists' or alternative medical practitioners' practices, pharmacies, blood donor centers, dialysis centers, emergency and ambulance services;
- surveillance of public facilities such as: leisure and recreation facilities, bathing facilities, sports facilities, airports, harbours, railway stations;
- supervision of employees in all of the health professions;
- drawing up of expert opinions;
- compilation and evaluation of data which are important for the population's health.

The tasks to be fulfilled by the public medical service are performed primarily by the health offices. Either the regional commissioner's office or the health ministries of the Laender are responsible for the supervision of the health offices. Some Laender, such as Baden-Württemberg and Brandenburg, have a Land Health Office which, as the technical headquarters of the public medical service, links the health offices on the one hand to the highest health authorities of the Land on the other and carries out activities on both levels.

In areas in which the Federal Government has legislative power, the latter seeks advice from various higher federal authorities. For the Federal Ministry for Health's sphere of responsibility, these include the **Federal Institute for Drugs and Medical Devices (BfArM)**, the **Robert Koch Institute** for Infectious and Non-communicable Diseases (*RKI*) and the **Paul Ehrlich Institute (PEI)** for Sera and Vaccines. These institutes also fall under the public health service. The **Federal Center for Health Education (BZgA)** is responsible for encouraging the public to behave in a responsible, health-promoting manner and to make proper use of the health care system. To this end, it conducts educational campaigns on a national scale and enhances the effectiveness and efficiency of health education by implementing quality assurance measures. Another institute which falls within the Federal Ministry's sphere of responsibility, is the **Institute for Medical Information and Documentation**

(DIMDI), the function of which is to make information from the entire field of the biosciences available by means of electronic information systems.

Occupational safety

Occupational safety comprises technical, medical, ergonomic, organisational, psychological and pedagogical measures - all of which serve to protect men and women in the working place whereby the obligation to identify the risks and the evaluation of the corresponding measures lie with the employer. The Federal Ministry of Labour and Social Affairs is responsible for occupational safety.

The observance of the regulations governing occupational safety is monitored by the state-run trade supervisory offices. These are the authorities responsible for granting various licences and authorisations such as the authorisation to set up and operate installations requiring surveillance or the authorisation of working time arrangements. The trade supervisory offices are supported in their activities by employees from the technical supervision unit of the professional and trade associations. This is supplemented by the efforts of experts in the field of safety in the workplace and company medical officers in the individual enterprises.

Self-help

In Germany, self-help in the area of health covers a wide range of topics and organisational forms. The broad base is constituted by the local self-help groups which bring together primarily those persons who are affected by disability or chronic disease, or their parents and relatives. Organisationally, the great majority of these groups are incorporated into overarching structures at the Land and federal level. In addition, the self-help associations, which are most often specialised in a specific type of disability or disease, form umbrella organisations - Land and federal working groups - to ensure the joint representation of their interests especially in the political arena. December 1999 saw the founding of the German Disability Council (Deutscher Behindertenrat) which, as the national body, focuses the work done by the associations once again and channels it into international co-operation efforts.

The self-help groups' most important activities include: providing individual counselling, exchanging information and experience, giving mutual emotional support, working together to find solutions to better deal with sickness on a day-to-day basis, doing public relations work to enlist new members and participating in public campaigns and events.

The self-help outreach centers represent a professional service at local or regional level providing information on the possibilities for self-help, referring interested persons to the groups they need, supporting the individual groups in their work and in the setting up of new groups. An important area of the outreach centers' activities is collaboration with the professional local health care system.

Along with counselling services for the affected and their relatives, the supra-regional self-help organisations are also active in: providing qualification and further training opportunities for multipliers; pursuing the development of concepts to enable the affected to exercise self-determination and lead autonomous lives; expanding co-operation with the professional health care system; representing their clients' interests in the area of social and health policy as well as doing public relations work.

Funding for self-help comes partially from the associations' own sources and from donations as well as from sponsors. In addition, subsidies are also granted by the Government and by the statutory health insurance funds. Within the framework of the Social Security Code (Book V), the latter are obliged to financially support the self-help associations in their prevention and rehabilitation work.

The statutory health insurance

The statutory health insurance occupies a central position in the health care system in the Federal Republic of Germany. Some 90% of the population - approximately 72 million citizens - are covered by the statutory health insurance. As a result, comprehensive health care for the population is guaranteed.

Some 50% of all of the tasks carried out by the German health care system are financed by the statutory health insurance. Other important providers of benefits and services in the area of health care are: the long-term care insurance, the statutory pension insurance and the statutory accident insurance.

The carriers of the statutory health insurance - the statutory health insurance funds - are self-administered corporate bodies under public law which are subject to state supervision - either by the Land or by the funds of the Federal Insurance Office which operate nation-wide. They fulfil the functions assigned to them by law, within the framework of the statutes and other relevant legislation, on their own responsibility.

The tasks of the statutory health insurance

The following tasks are performed by the statutory health insurance:

- prevention, early detection and treatment of disease
- medical rehabilitation
- payment of sickness benefits
- providing pregnancy and maternity benefits
- health promotion.
- The benefits provided by the statutory health insurance up until 31st March 1995 to persons in need of intensive long-term care, were removed from the catalogue of benefits offered by the statutory health insurance from 1st April 1995 and transferred to the long-term care insurance.

Financing the statutory health insurance

The statutory health insurance finances its expenditure from the contributions paid up by the insured members. The contribution each member has to pay for health insurance coverage is based on his or her financial capacity. Contributions are calculated as a percentage of the individual's wage or salary. The age, sex and the health risk which the insured person represents have no impact on the contribution level. The right to medical benefits and services is independent of the size of the contribution. The benefits received depend on the level of individual need whereas the contribution paid depends on the individual's financial capacity. The principle of solidarity on which the statutory health insurance system is based also finds expression in the fact that insurance coverage for affiliated family members - the insured member's spouse and children - is provided free of charge if the latter's income does not exceed a certain level.

The assessment of contributions is based on the insured person's gross income but only up to a specified contribution assessment ceiling which is adjusted on a yearly basis. In principle, the health insurance contributions are shared between the employer and the employee with each paying fifty percent.

The organisation of the statutory health insurance

A characteristic feature of the statutory health insurance is the collaboration between the statutory health insurance funds, the members of the health professions, the hospitals and other service providers as well as their associations at federal and Land level. The corresponding organisations operate as self-administrating bodies:

- the health insurance funds and their associations,
- the associations of panel doctors and dentists which have been set up on the basis of the relevant statutes as the umbrella organisations of the panel dentists and doctors,
- the regional associations of hospitals as the umbrella organisations of the hospitals at Land level.

The health insurance funds and the service providers work together as partners. Neither party can dictate policy unilaterally. This principle of partnership extends to all of the players in the health care system: the physicians, the hospitals, masseurs, physiotherapists and persons providing nursing care alike.

The State continues to bear responsibility for the necessary regulatory and benefits-related conditions which are to be met by the self-administration structures according to the criteria of cost-effectiveness and quality.

Examples of tasks which must be solved by the self-administration structures are:

- the budget for pharmaceuticals which is fixed by the health insurance funds and the associations of panel doctors,
- the distribution of fees among the members of the medical profession, which is the task of the physicians' self-administration structures,
- the laying down of new methods of examination and treatment which is done by the self-administration of the doctors and health insurance funds.

Choosing a health insurance fund

Until 1995, the majority of the insured were assigned by law to specific health insurance funds. Only some of the insured - in particular the salaried employees - had the possibility to choose. Today, in principle, every member, irrespective of his or her profession or employer can choose from a variety of health insurance funds in the place where they live and work. This places all of those insured in the statutory health insurance system - whether wage-earners or salaried employees - on the same footing. This also increases the competition between the health insurance funds to the benefit of those who contribute to the statutory health insurance. It is worthwhile to make a comparison of the contribution rates of the individual health insurance funds. Insured persons have a special right to give notice on their contracts if the health insurance fund raises their contribution.

Improvements introduced by the Health Reform 2000

The Health Reform 2000 thoroughly reorganized the health insurance system and restored it to financial soundness. A health insurance system which is in tune with the needs of patients, highly efficient, and financially stable - these are in essence the objectives of this reform. And these objectives are achieved by means of the following regulations:

- The right to high-quality care is ensured and the quality of care improved. The reform prepares the ground for better and more intensive co-operation in the health care system. The reality of the future will be: obtaining the right treatment according to current medical standards from the right physician at the right time. Collaboration between the various professions in the health care system and between in-patient and out-patient care will be improved.
- Medical care will, as a result, be more tailored to suit the needs of patients. Instead of paternalism and administration, humaneness is to be the guiding principle. Patients need physicians who have time and are willing to lend an open ear to their problems. We are laying the foundations to achieve this. Consequently, the position of the family doctor has been clearly strengthened. Their function as a "pilot" for patients in the medical system will be given greater weight.
- Patients need to be granted more rights and to be better informed. The information, counselling and educational services which the health insurance funds offer their members should be comprehensive. The health insurance funds can continue to support insured persons in making claims for compensation. Independent facilities for patient counselling are being promoted. Efforts are to be undertaken to strengthen patients' legal situation.
- Health promotion and prevention will be improved. Totally new directions will be set. Benefits in the area of preventive medicine which were eliminated by the previous government will be reintroduced. Benefits in the area of prevention and rehabilitation will be improved and co-payments for rehabilitation measures reduced. Self-help initiatives will be receiving sustained financial support in the future.

Instead of introducing major increases in co-payments and reductions in benefits and services as demanded by the Opposition, the Federal Government's health care reform is placing its trust in the

responsible use of the contributions paid by the insured. Quality assurance is therefore to become the universal guiding principle in all efforts to reform and organize the system. Too much money is still being wasted on things which are not necessary. This will now stop. The health care reform creates the prerequisites so that every deutsche mark which is spent goes where it can benefit patients. There will be no new co-payments and contribution rates will remain stable.

Over the past few years, a one-sided discussion about the costs of the health care system was at the forefront of the debate. Nevertheless, this health care reform is not an economy measure. Not a single deutsche mark will be taken out of the health care system. Instead, the focus will be more on changing existing structures so that health care supply can be better able to meet the changing demand. To achieve this, more money, and not less, will be flowing into the system every year - approximately an additional four billion deutsche marks for the year 2000 for example.

The Act on the Promotion of Solidarity in the Statutory Health Insurance (in force since 1st January 1999) provided a good foundation on which to base the reforms. On the one hand, those financial burdens which were detrimental to patients were reduced and benefits and services improved; on the other hand, it made balanced financial results possible in 1999. This constitutes a solid basis for the reform from the year 2000 onwards.

The long-term care insurance

The long-term care insurance exists since 1st January 1995. It comprises both a statutory long-term care insurance as a new and independent branch of the social insurance and a private compulsory care insurance. This has given the approximately 80 million citizens of the Federal Republic of Germany insurance coverage which they did not have previously, should they require long-term care. The principle which applies is that anyone who is insured in the statutory health insurance is automatically a member of the statutory long-term care insurance. Persons who have private insurance coverage giving them the right to general hospital benefits must take out a private long-term care insurance. The long-term care funds are responsible for the social care insurance. A statutory long-term care fund has been set up within each statutory health insurance fund.

The benefits offered by the statutory long-term care insurance

Insured persons have a legal right to nursing care once they are classified as persons in need of permanent (long-term) care. In such a case, their financial situation is of no importance. Persons in need of long-term care are assigned to one of three care levels, according to the severity of their need for care, as a means of determining the amount of benefits and services to which they are entitled. A distinction is made between persons in need of considerable long-term care, persons in need of intensive long-term care and persons in need of highly-intensive long-term care. Benefits and services are provided either on an in-patient or an out-patient basis. The extent of the benefits granted depends on the care level to which the patient is assigned.

In the case of out-patient or home care, the person receiving long-term care has a choice between benefits in kind (services are rendered by one of the long-term care fund's contractual partners, for example a home care agency) and a nursing benefit in cash (with which the patient can guarantee the necessary nursing care in the most suitable manner for himself for example through relatives). It is also possible to receive a combination of benefits in cash and in kind. Assistance can therefore be tailored to meet the individual needs of the patient requiring long-term care.

Another of the benefits offered is the possibility of holiday stand-in (respite) care. Non-professional carers who are not otherwise gainfully employed are entitled to take four weeks holiday a year if he or she has been providing home care to the beneficiary for at least 12 months prior to the date of his or her absence.

The long-term care insurance is also tackling the problem of social security for carers. Persons who provide a specific amount of care for another person and do not work elsewhere or work no more than 30 hours per week elsewhere are granted statutory pension insurance cover. The pension insurance contributions are paid by the statutory long-term care insurance. The contribution rate depends on the level of care needed by the patient and the amount of time the carer has to spend providing the

necessary care. Carers also have statutory accident insurance coverage for the time during which they provide care.

In the case of in-patient or institutional care, the long-term care insurance pays lump sums for services related to basic care, social care and medical care. The amount paid depends on the care level to which the beneficiary has been assigned. The latter is also responsible for paying for board and lodging, as is the case with home care.

Funding the long-term care insurance

The expenditure of the statutory long-term care insurance is financed by means of contributions which are paid, in principle, equally by employers and insured employees. The contribution rate depends - as in the statutory health insurance - on the insured person's income. Like in the statutory health insurance, the contribution assessment ceiling applies here too. The current contribution rate is 1.7% of the income on which contributions are due.

Future developments in the statutory long-term care insurance

One central objective of the Federal Government is to continue to develop the long-term care insurance and prepare it to meet new challenges. To this end, two Bills are currently being prepared:

- an Act on Quality Assurance and on the Strengthening of Consumer Rights in the Long-term Care Insurance, the main aim of which is to increase the sense of responsibility of the self-administration bodies in the long-term care insurance, to secure and further refine the quality of care, to improve co-operation between the supervisors of residential institutions and the self-administration bodies of the long-term care insurance and to strengthen consumer rights;
- an Act on the promotion of day care as a first step towards ameliorating the care available to people suffering from dementia. It aims to give this group of affected persons day or night care four times per month in a centre without having the resulting costs deducted from their home care benefits.

Health Care Reform 2000

Patient-oriented, highly efficient and financially stable

The Federal Government has taken action. Since 1st January 2000 a reform of the health care system which for the first time does not drain the resources of contributors and patients has been in force. This renders our health care system somewhat fairer. The Health Care Reform 2000 lays the necessary foundation to guarantee that patients will receive the right treatment from the right doctor at the right time according to current medical standards.

This is the only way to strengthen the time-tested foundations of our public health care system - a principle to which I am wholly committed: that of solidarity between the healthy and the sick, between young and old and between high-income and lower-income members.

More quality through greater co-operation

There is a need for greater collaboration within the health care system. Our society's age-structure is in the process of changing. The number of chronically ill patients and of elderly persons suffering from several different illnesses at the same time is on the increase. This is why the Health Care Reform 2000 supports and encourages new forms of care and treatment provision. Physicians will have to work together more than has been hitherto the case and improve their co-operation with other health professionals at the same time.

More time - better guidance

Caring will regain its position as one of the hallmarks of the public health care system. Patients need doctors who have time to listen to them, to advise them and to inform them. This is why the Health Care Reform 2000 is promoting everything which improves individual counselling and builds the relationship of trust between patients and doctors. The reform strengthens the role of the family physician whose task it is to guide and accompany patients through the sometimes less than

transparent health care system.

Economize more - waste less

New technical equipment, new medicines, new treatment possibilities - medical progress is making great strides and that is welcome. But this progress also costs money. This is not a new development. Increasing expenditure has been handled in the past and will be managed also in the future because new procedures can replace old ones or even make them less expensive. However, these trends can and need to be better controlled. The available financial resources must be distributed and used in such a way that every patient can receive the benefits and services he or she needs.

The Health Care Reform 2000 lays the groundwork for utilizing the funds available in the future in a reasonable manner. In the past, too much money has been wasted, too much spent on unnecessary benefits and too many treatments carried out without results. Advantage is now finally being taken of the many possibilities for achieving greater economies.

Better prevention - a better future

Promote health, prevent disease, treat the causes not the symptoms after the disease has taken hold - that is modern health care policy. In line with this, the Health Care Reform 2000 is giving more support to health promotion, disease prevention and rehabilitation. At long last, self-help groups are being recognized, taken seriously and supported. The health insurance funds are once more in a position to support and promote individual initiative in the maintenance of health.

More rights - more individual responsibility

An increasing number of men and women have a critical attitude towards a health care system which sees them merely as the object of care. Consequently, the Health Care Reform 2000 strengthens patients' rights and encourages independent facilities for patient counselling. The entire health care system benefits from this new situation since only well-informed and self-confident patients and insured persons are in a position to take on responsibility for their health and are able to make sensible use of the benefits and services offered by the health care system.

More dialogue - better solutions

The Health Care Reform 2000 is a step taken in the right direction. What is necessary now is for those responsible for operating the health care system - the statutory health insurance funds, the hospitals and the associations of the physicians and other health professionals - to flesh out this framework with solutions which make sense.

At the same time, the dialogue revolving around the future of the health care system must be maintained since this is the only means of opening up the way to further useful innovations. It is also the only means of controlling individual and group interests. A health care system based on solidarity needs to strengthen dialogue and reduce confrontation in the long term. This would be beneficial to health, guarantee the proper provision of health care for all and keep the contribution rates for the health insurance stable - both today and in the future.

8.7.7. Příloha č. 7

LIVING AND WORKING IN

SWITZERLAND

INFORMATION
SUGGESTIONS
TIPS
ADVICE

6/1999

MAP OF SWITZERLAND	3
GENERAL INFORMATION	3
GEOGRAPHY	3
CLIMATE	3
HISTORY	4
POLITICAL STRUCTURES, GOVERNMENT	4
POPULATION	4
LANGUAGES	5
RELIGION	6
CURRENCY	6
ELECTRIC CURRENT	6
WEIGHTS AND MEASURES	6
TRANSPORT	6
ENTRY AND RESIDENCE	7
ENTRY AND RESIDENCE	7
VACCINATIONS	8
CURRENCY REGULATIONS	8
CUSTOMS REGULATIONS	8
CITIZENSHIP, NATURALIZATION	8
THE ECONOMY, THE LABOUR MARKET	9
THE ECONOMY	9
THE LABOUR MARKET	10
LIVING CONDITIONS, TAXES	10
LIVING CONDITIONS	10
COST OF LIVING	13
TAXES	15
WORKING CONDITIONS, SOCIAL INSURANCE SCHEMES	16
WORKING CONDITIONS	16
SOCIAL INSURANCE SCHEMES	17
INTERNET ADDRESSES	22

GENERAL INFORMATION

GEOGRAPHY

Switzerland is situated in the central Alpine region of Europe and borders on Italy in the south, Austria and the Principality of Liechtenstein in the east, Germany in the north and France in the west. It is a landlocked country with no direct access to the sea. The total area of Switzerland is approximately 41,300 square kilometres. The Alps, situated in the south of the country, reach altitudes of more than 4,000 metres (highest point: the Dufourspitze, 4,634 metres). In the west and north are the chains of the Jura. Between the Alps and the Jura lies the hilly, densely populated "Mittelland" or central plateau. Thanks to its position in the Alps, at the cross-roads formed by the Gotthard, Furka and Oberalp passes, Switzerland not only contains the sources of several major European rivers - the Rhine, the Rhone, the Inn (Danube) and the Ticino (Po) - but is also important as a country for travel and transit. The fact that it is situated on significant trade routes has been crucial in determining the course of its history.

CLIMATE

Switzerland is situated in the northern temperate zone and is influenced by the Gulf Stream. In spite of the small total area of its territory there are considerable variations in the climate.

The Alpine chain, extending from west to east, is an important climatic divide. South of the Alps the mild Mediterranean climate prevails, whereas the north is chiefly influenced by the equable, humid maritime climate of Western Europe and, from time to time in winter, the cold continental climate of Eastern Europe.

Large parts of the country lie within the subalpine zone characterised by forest and snow. The shape and situation of the valleys produce many different climatic conditions. The northern pre-alpine zone, the large alpine valleys of the Valais and parts of the Grisons suffer occasionally from the "Foehn" (an oppressive, warm, dry wind from the south).

Climatic data for selected locations (1961-90):

Place	Altitude metres above sea-level	Average temperature, °C		Annual precipitation mm
		January	July	
Altdorf	449	0.3	17.5	1,223
Basle	316	0.6	18.5	788
Berne	565	-1.3	17.3	1,042
Davos	1,590	-5.5	11.4	1,059
Geneva	420	0.5	19.0	1,016
Lugano	273	2.5	21.0	1,644
Lucerne	456	-0.2	17.9	1,206
Neuchâtel	485	0.6	18.7	999
Sion	482	-1.1	18.8	619
Zurich	556	-0.5	17.7	1,142

(Source: SMA Meteo Schweiz, Zurich)

HISTORY

Present-day Switzerland has its origins in the "everlasting Con-federation" entered into by the three earliest cantons, Uri, Schwyz and Unterwalden, in 1291.

After the victory of Morgarten in 1315 over the Hapsburgs, further cities and regions acceded to the Confederation: Lucerne in 1332, Zurich in 1351, Glarus and Zug in 1352 and Berne in 1353. These "eight ancient cantons" ("acht alte Orte") became the nucleus of the Confederation, which by 1513 had expanded to 13 cantons. In 1499 the Confederation broke away from the German Empire; but this was not recognized legally until the Peace of Westphalia in 1648. Gradually further territories joined the Confederation. Following the "Sonderbund War", and with the adoption of the new Federal Constitution in 1848, came the transition from a confederation of states to a federal state. Today the federal state of Switzerland consists of 26 cantons. The federal capital is Berne.

POLITICAL STRUCTURES, GOVERNMENT

Switzerland is a federative, democratic, constitutional state. The form of government specified in the Constitution for Con-federation and cantons is that of a democratic republic, in the form of either direct or representative democracy. In its foreign policy Switzerland is neutral. The legislative body is the Federal Assembly, with two Chambers possessing equal rights: the Council of States (46 representatives of the cantons) and the National Council (200 representatives of the people). The Federal Assembly elects the seven Federal Councillors (the executive) and each year, from this group, the President of the Confederation. The highest judicial authority is vested in the Federal Court, which sits in Lausanne; the Federal Insurance Court in Lucerne is responsible for dealing with questions relating to the Confederation's social insurance.

The cantons have their own constitutions, parliaments, governments and courts. The Federal Constitution grants only restricted, precisely defined powers to the Confederation. Within the cantons the approximately 2,900 communes also have a fairly large measure of autonomy.

POPULATION

On 1 January 1998 Switzerland's permanently resident population was 7,096,500, of whom 1,375,200 were foreigner nationals. The population density is 171 inhabitants per square kilometre.

Permanently resident population on 1 January 1998:

Cantons	Resident Population	Cantonal capital	Resident Population
ZH - Zurich	1,181,600	Zurich	338,600
BE - Berne	938,600	Berne	124,400
LU - Lucerne	342,900	Lucerne	57,700
UR - Uri	35,800	Altdorf	8,600
SZ - Schwyz	125,100	Schwyz	13,600
OW - Obwalden	31,800	Sarnen	9,000
NW - Nidwalden	37,200	Stans	6,700
GL - Glarus	38,700	Glarus	5,500
ZG - Zug	95,100	Zug	22,900
FR - Fribourg	229,900	Fribourg	32,100
SO - Solothurn	241,600	Solothurn	15,200
BS - Basle-City	193,100	Basle	171,200
BL - Basle-Country	255,300	Liestal	12,300
SH - Schaffhausen	73,700	Schaffhausen	33,700
AR - Appenzell A.Rh.	54,000	Herisau	16,100
AI - Appenzell I.Rh.	14,900	Appenzell	5,600
SG - St. Gall	443,900	St. Gall	70,600
GR - Grisons	185,500	Chur	30,200
AG - Aargau	534,000	Aarau	15,500
TG - Thurgau	225,400	Frauenfeld	20,300
TI - Ticino	305,600	Bellinzona	17,000
VD - Vaud	608,200	Lausanne	114,000
VS - Valais	273,400	Sion	26,600
NE - Neuchâtel	165,400	Neuchâtel	31,600
GE - Geneva	396,700	Geneva	172,600
JU - Jura	69,000	Delémont	11,600

(Source: Federal Statistics Office)

LANGUAGES

There are four national languages in Switzerland: German, French, Italian and Rhaeto-Romanic (Rumantsch Grischun). Official languages: German, French, Italian, and to a limited extent Rhaeto-Romanic.

German is spoken in north-west, central and eastern Switzerland, French in the west and Italian to the south of the Alps. Rhaeto-Romanic is spoken only in certain valleys in the Canton of Grisons. Around 70% of the Swiss population speak German, 20% French, 7% Italian, 0.6% Rhaeto-Romanic and 3% other languages.

In German-speaking Switzerland numerous dialects are spoken in everyday life by all social classes; the written language, however, is standard High German.

In Ticino and the southern valleys of Canton Grisons, too, local Lombard dialects are spoken in country districts in addition to standard Italian.

RELIGION

There is freedom of religion and conscience. The two principal religious denominations in Switzerland - the Roman Catholics and the Protestant Reformed Church - are represented in approximately equal numbers.

CURRENCY

The unit of currency is the franc (CHF), which is divided into 100 Rappen or centimes.

Bank notes are issued in the following denominations:

CHF 1,000.--, 200.--, 100.--, 50.--, 20.-- and 10.--;

and coins in the following denominations:

CHF 5.--, 2.--, 1.--, and 50, 20, 10, 5 and 1 centimes.

ELECTRIC CURRENT

The voltage is 220 V, alternating current, 50 hertz, for appliances and electrical equipment up to 2,200 watts. For larger appliances such as cookers, washing machines etc.: 1 x 380 volts or 3 x 380 volts.

WEIGHTS AND MEASURES

Metric system.

TRANSPORT

Railways

Switzerland's railway system covers more than 5,000 kilometres of track and is therefore one of the densest in the world. The greater part is run by Swiss Federal Railways (SBB); there are also some private railways. The railway system is completely electrified.

Roads

The main road network is about 2,315 kilometres long. The national routes (most of them motorways with four lanes) cover about 1,640 kilometres; when finished the national routes network will cover about 1,860 km.

Air

Switzerland has a high level of air traffic and is frequently used as a transfer point by international airlines. The Swiss airlines Swissair and Crossair have an extensive network of flights. There are international airports in Zurich, Geneva, Basle, Lugano and Berne.

ENTRY AND RESIDENCE

ENTRY AND RESIDENCE

Entry formalities

The following are required in order to take up employment in Switzerland:

- valid passport;
- assurance of a residence permit in order to take up employment (which must be obtained from the appropriate authority - Aliens Police or employment office - by the employer); in the case of persons subject to a visa requirement: a visa to take up employment, issued by the appropriate Swiss embassy or consulate for the foreign national's place of residence;
- employment contract.

Entry into Switzerland for the purpose of taking up paid employment is not permitted without these papers.

Employment as a trainee ("Stagiaire")

In order to give young people additional opportunities for further education and occupational training through a period spent abroad, the federal authorities have concluded agreements on trainee exchanges with the following countries: Australia, Austria, Belgium, Bulgaria, Canada, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Hungary, Ireland, Luxembourg, Monaco, Netherlands, New Zealand, Norway, Poland, Portugal, Russia, Slovakia, South Africa, Spain, Sweden, UK and USA.

Trainees are persons who have completed their vocational training and want to broaden their professional experience and their knowledge of languages in one of the above countries. Their training must be in their own occupation. Working on a self-employed basis is not permitted. The agreements apply to all occupations except those which foreign nationals are prohibited from pursuing. Part-time work is not possible under the trainee agreements. Age limits: 18 - 30 years (Czech Republic, France, Germany, Monaco, South Africa, UK and USA: 18 - 35 years).

On the basis of the agreements, permits are granted for up to 12 months and can be extended for a further 6 months at the most to a total of 18 months. Young people are granted work permits in the partner country regardless of the labour market situation. Each agreement specifies the number of trainees who will be admitted per calendar year. Exchanges do not have to take place on a "one for one" basis.

Trainees are only allowed to enter Switzerland for the purpose of taking up employment once they have obtained the Swiss authorities' consent (see also information sheet "Foreign trainees in Switzerland").

Tourists

Tourists staying up to a maximum of three months do not need a permit; however nationals of certain countries need an entry visa. Travel bureaux, "Switzerland Tourism" offices or Swiss embassies and consulates abroad will supply information about travel formalities.

VACCINATIONS

No vaccinations are required for entry into Switzerland.

Medical examination at the border

The medical examination at the border is compulsory for persons entering Switzerland for the first time to take up employment and who are not nationals of one of the following countries: Australia, Canada, New Zealand, USA and member states of the EU and EFTA. It consists of a radiological examination of the lungs to screen for tuberculosis. An explanatory leaflet produced by the Federal Office for Public Health contains further information.

CURRENCY REGULATIONS

Swiss and foreign currency may be freely imported and exported.

CUSTOMS REGULATIONS

Since customs regulations may be altered at any time, it is advisable before going to Switzerland to inquire about the current provisions at the appropriate Swiss embassy or consulate in the country of origin or at the Swiss customs. However it should be noted that, subject to certain conditions, household effects, equipment and inherited goods can, on application, be imported tax-free. Industrial products from the European free trade area (EU and EFTA) can also be imported duty-free.

Questions relating to entry into Switzerland (visa formalities, customs and currency regulations etc.) can be submitted to the appropriate Swiss embassy or consulate in the country of origin. Up-to-date information is also available on the Internet at www.zoll.admin.ch.

CITIZENSHIP, NATURALIZATION

Swiss citizenship confers certain rights (establishment, electoral and voting rights) and imposes certain duties (eg military service for men). All Swiss nationals are also citizens of at least one canton and commune.

Citizenship is acquired through descent, adoption or naturalization. Foreigners can be granted naturalization only after a frequently lengthy procedure. Foreigners of good repute, who are integrated into Switzerland and familiar with the local conditions and way of life, must normally have lived in Switzerland for 12 years before they can apply for federal permission to become naturalized. They will only become Swiss, however, after the commune and the canton have agreed to their naturalization. The cantons and communes have their own naturalization requirements and not infrequently charge high fees for their decisions. The foreign marriage partners of Swiss men and women in particular can take advantage of simplified procedures for naturalization, which unlike ordinary naturalization is effected through the federal authorities. Men and women who have lost their former Swiss nationality can in certain circumstances have their citizenship restored by the federal authorities.

THE ECONOMY, THE LABOUR MARKET

THE ECONOMY

Despite its limited size and severe shortage of raw materials, Switzerland has achieved considerable economic success, thanks to its technical know-how, enterprising spirit, hard work and capital. The country is largely dependent on the importation of raw materials, semi-finished and finished products, sources of energy and food.

Agriculture consists chiefly of cattle-breeding and dairy-farming. However, it has also had notable successes in other spheres, such as grain cultivation, viticulture and fruit-growing. With its cattle-breeding and cheese, Swiss agriculture also features in international trade. Besides the large farms there are many which are modest or extremely small. Unfavourable conditions production place a burden on many farmers. In addition to this, Swiss agriculture is increasingly faced with structural problems.

Industry is characterized by the manufacture of high quality products. Medium-sized firms and numerous small firms predominate. There are also several companies in Switzerland which operate all over the world. A large proportion of Switzerland's industrial products are exported. The most important sectors are metal-working, machines and equipment, watches and clocks, chemicals, food and semi-luxury products and the construction industry. The most significant branches of the machine and equipment industry manufacture electrical equipment, produce machines for the textile industry, build power plants and make locomotives, lifts, machine tools and precision instruments. A growing number of firms are active in the sphere of new technologies (including micro-electronics, information technology, communications and the environment).

The service industry sector is highly developed. Switzerland has a well-developed insurance system, which offers its services all over the world. Worthy of special mention are the many new service undertakings in the technical and administrative field, some of which collaborate closely with industry; they offer solutions to problems in nearly all construction, production and organizational tasks (design and realization of complete installations). Switzerland's extensive activity in the industrial sector and good conditions in the service sphere create a favourable climate for many thriving commercial and transport enterprises. Many firms which operate worldwide have their European headquarters in Switzerland.

Banking is also very well developed. The Swiss National Bank is the issuing bank. The major banks are concerned, nationally and internationally, with credit transactions, asset management and trade in securities, precious metals and foreign exchange. In addition, there are the cantonal banks, which operate mainly within Switzerland, and other local banks, savings banks and credit institutions. Foreign banks, brokers and international finance companies complete the financial and banking scene in Switzerland. They are a sign of the internationalization of money markets and banking activities.

Finally, we must not forget tourism, which occupies a very special position. Switzerland's varied scenery, opportunities to practise sport and well-developed gastronomic infrastructure make it a favourite tourist and holiday destination.

Switzerland's involvement in international trade is extensive, with almost every second Swiss franc now being earned abroad. Its principal trading partners are the EU and EFTA countries, the U.S.A. and Japan. The Pacific basin markets are increasing in importance.

In 1998 Switzerland exported goods to the value of 109,113 bn francs and imported goods to the value of 106,866 bn francs; this resulted in a balance of trade surplus of 2.25 bn francs.

The rate of inflation in 1998 was 0.0 %; in the same year the average unemployment figure was 139,700, corresponding to an unemployment rate – unusually high for Swiss conditions – of 3.9 % (May 1999: 2.7 %).

THE LABOUR MARKET

Paid employment and job seeking

Swiss employers can engage foreign workers only on certain conditions.

The public employment exchanges do not undertake the placement of foreign workers while the latter are abroad. However, there are employment agencies run by trade associations and private institutions which may help.

Where there is no reciprocal arrangement with the foreign worker's home country, examination certificates are usually recognized provided the length of training and the syllabus correspond approximately to the Swiss training arrangements. For certain academic professions, however, a further examination in Switzerland is required.

Before the foreign worker enters Switzerland, he must at all events be in possession of an assurance of a residence permit in order to take up employment or a visa for the purposes of employment. These must be obtained from the appropriate authority by the employer in Switzerland.

Self-employment

As a rule, self-employment is only possible after an establishment permit has been obtained (for nationals of most West European countries after a five-year period of uninterrupted residence or ten years in the case of other nationals). Establishment gives foreigners the same opportunities on the labour market as Swiss workers. Since freedom of trade and commerce is guaranteed as a matter of principle in Switzerland, no special certificate of competence is normally required. On the other hand, there are certain cantonal and communal restrictions which apply to Swiss citizens and established foreign nationals alike.

In most cantons only Swiss nationals are, as a rule, permitted to practise as barristers and solicitors. However, under certain conditions foreign nationals who hold an establishment permit can be admitted to these professions. The same normally applies to medical professions (doctors, dentists, pharmacists and veterinarians), but where there is a shortage cantonal provisions may provide for exceptions within certain limits. However, doctors must have passed the Swiss state examination before they are permitted to practise independently. In principle only Swiss citizens are admitted to this examination.

LIVING CONDITIONS, TAXES

LIVING CONDITIONS

The Swiss are often considered to be rather uncommunicative and reserved. This may be true. But newcomers will soon establish good relationships with colleagues, neighbours and friends in our country if they follow some simple advice:

The laws and customs of the new place of residence should be respected. It is advisable to become familiar with one's new surroundings as soon as possible. Reading a Swiss newspaper regularly will help the newcomer to become accustomed to life in our country.

THE LABOUR MARKET

Paid employment and job seeking

Swiss employers can engage foreign workers only on certain conditions.

The public employment exchanges do not undertake the placement of foreign workers while the latter are abroad. However, there are employment agencies run by trade associations and private institutions which may help.

Where there is no reciprocal arrangement with the foreign worker's home country, examination certificates are usually recognized provided the length of training and the syllabus correspond approximately to the Swiss training arrangements. For certain academic professions, however, a further examination in Switzerland is required.

Before the foreign worker enters Switzerland, he must at all events be in possession of an assurance of a residence permit in order to take up employment or a visa for the purposes of employment. These must be obtained from the appropriate authority by the employer in Switzerland.

Self-employment

As a rule, self-employment is only possible after an establishment permit has been obtained (for nationals of most West European countries after a five-year period of uninterrupted residence or ten years in the case of other nationals). Establishment gives foreigners the same opportunities on the labour market as Swiss workers. Since freedom of trade and commerce is guaranteed as a matter of principle in Switzerland, no special certificate of competence is normally required. On the other hand, there are certain cantonal and communal restrictions which apply to Swiss citizens and established foreign nationals alike.

In most cantons only Swiss nationals are, as a rule, permitted to practise as barristers and solicitors. However, under certain conditions foreign nationals who hold an establishment permit can be admitted to these professions. The same normally applies to medical professions (doctors, dentists, pharmacists and veterinarians), but where there is a shortage cantonal provisions may provide for exceptions within certain limits. However, doctors must have passed the Swiss state examination before they are permitted to practise independently. In principle only Swiss citizens are admitted to this examination.

LIVING CONDITIONS, TAXES

LIVING CONDITIONS

The Swiss are often considered to be rather uncommunicative and reserved. This may be true. But newcomers will soon establish good relationships with colleagues, neighbours and friends in our country if they follow some simple advice:

The laws and customs of the new place of residence should be respected. It is advisable to become familiar with one's new surroundings as soon as possible. Reading a Swiss newspaper regularly will help the newcomer to become accustomed to life in our country.

Accommodation

There has been less pressure in the housing market in recent years, so that it is now easier to find a suitable apartment. Rents differ widely according to region, location, amenities and size. The following average monthly rents may be expected for a relatively new unfurnished apartment, according to data supplied by the Federal Statistics Office:

		Town	Country
2-room apartment	CHF	823.--	547.--
3-room apartment	CHF	991.--	698.--
4-room apartment	CHF	1,239.--	847.--

plus approx. CHF 200.-- and upwards per month for heating, hot water etc.

Persons employed in agriculture or the restaurant and hotel trade are occasionally given a room and board in their employer's household. This is sometimes true of other occupations too (eg gardeners, butchers and bakers).

Employees who do not live in their employer's household can rent a furnished room. A furnished room in a private home costs CHF 300.-- to CHF 400.-- or more, according to location and amenities. In the country cheaper rooms are available, but in certain cities (eg Zurich and Geneva) some are more expensive.

Education

Schooling is the responsibility of the cantonal authorities. School attendance is obligatory for eight to nine years, and education at the State schools is free of charge.

It comprises the following stages:

Nursery school, which children enter between the ages of four and six and which is optional, is followed by the compulsory period of schooling. This consists of the primary stage, which lasts from four to six years according to canton, and the secondary stage of three to five years' duration. After this comes either vocational training, combined with practical work, of two to four years' duration, or attendance at a higher secondary school; the grammar schools (where the national school leaving certificate can be obtained) prepare pupils for university entrance.

Switzerland has eight universities: Zurich, Basle, Berne, Fribourg, Lausanne, Geneva and Neuchâtel. The University of Italian Switzerland, where economics, communications science and architecture are taught, is situated in Lugano and Mendrisio. There is a College of Economics, Business and Public Administration in St. Gall and Federal Institutes of Technology in Zurich (ETH) and Lausanne (EPF). However, it is only possible for foreigners to study in Switzerland when the limited capacity of the universities and the stringent measures restricting the number of foreigners permit this.

There is a long tradition of private schools which are also of some importance. These are principally located in western Switzerland and are mainly attended by foreign children and young people.

Public transport and private cars

The public transport network (rail, post buses, cable cars and ships) is very dense, and the Rail 2000 project makes provision for further improvements. Public transport in urban areas is also very well developed, with trams, buses and urban railways. Season tickets are a worthwhile purchase for those who travel frequently.

The Swiss drive on the right, and the speed limit is 50 km per hour in built-up areas and 80 km per hour elsewhere (120 km per hour on motorways). A valid foreign driving licence is usually sufficient to obtain a Swiss licence. Third party liability insurance is obligatory.

Postal and telecommunications services, radio and TV

Postal and telecommunications services are the responsibility of the federal authorities; since 1998 there has been some liberalisation and privatisation in this sector. There are two classes of mail: "A" mail, costing 90 centimes, is delivered the next working day and "B" mail, costing 70 centimes, is usually delivered in three days. It is possible to dial direct to most countries.

Radio and television programmes are broadcast in German, French and Italian by the Swiss radio and television company "SRG SSR idée suisse". There are also several private regional radio and TV stations.

Hotels

Average prices per person per day including breakfast, service and taxes:

Single room without bath	2-star hotel	CHF	55.--	to	65.--	
Single room with bath	2-star hotel	CHF	80.--	to	90.--	
Single room with bath	3-star hotel	CHF	90.--	to	140.--	
Single room with bath	4-star hotel	CHF	150.--	to	230.--	
Single room with bath	5-star hotel	CHF	240.--	to	400.--	and above (luxury hotel)

There is also an extensive network of youth hostels.

Restaurants

In a standard restaurant breakfast (with coffee, rolls, butter and jam) costs CHF 8.-- to 10.--. Lunch or evening meal (set menu) usually consists of soup or hors d'oeuvre, meat, vegetables or pasta etc. and dessert and costs CHF 20.-- or more. A set dish without hors d'oeuvre, soup or dessert costs about CHF 15.--.

Many young people eat in the snack-bars of shopping centres and department stores. Modest meals (without soup and dessert) are available there from CHF 8.-- to 10.-- (self-service). The prices given above do not include drinks. The 15% service charge in restaurants and guest houses is included in the prices.

The bigger firms usually have their own staff restaurants, which provide inexpensive meals.

Private individuals letting furnished rooms sometimes serve breakfast. Lunch and evening meals are usually taken at a restaurant.

Leisure, entertainment, social life

Many kinds of sporting activities can be pursued in nearly every town and offer many opportunities for contact with other people. Special favourites are the various types of winter sports and rambling, swimming, football etc. in the warmer seasons.

The cities and towns offer a wide range of theatrical performances and concerts. Smaller places, too, have cinemas where films are mostly shown in the original with subtitles.

The music and choral societies and sports clubs to be found in nearly every village are important; there are often public libraries and hobby workshops as well.

Switzerland's press is extremely diverse. An abundant supply of foreign newspapers, magazines and other publications is also obtainable from kiosks and bookshops.

COST OF LIVING

Price survey of March 1999.

The prices given for food, drink, tobacco products, clothing, petrol and fuel oil are the national average prices, including reductions for special promotions, charged by retailers, wholesalers and department stores (figures provided by the Federal Statistics Office).

Food	Unit/ Weight	Average price CHF
Pasteurized milk (full cream)	1 litre	1.70
Best butter	200 g	3.05
Swiss Emmental cheese	100 g	2.10
Full cream	2.5 dl	3.10
Natural yoghurt	180 g	-.65
New-laid eggs, Swiss	each	-.60
Entrecôte of beef	1 kg	46.95
Boiling beef	1 kg	15.65
Shoulder of roasting veal	1 kg	30.15
Pork cutlets	1 kg	16.30
Shoulder of roasting pork	1 kg	16.60
Chicken, deep-frozen	1 kg	8.35
Lamb cutlets, home produced	1 kg	32.70
Margarine	250 g	1.65
Sunflower oil	1 litre	4.50
Bread, brown	500 g	2.--
White flour	1 kg	1.80
Spaghetti	500 g	1.45
Granulated sugar	1 kg	1.50
Salt	500 g	-.65
Ground coffee	250 g	4.05
Instant coffee	250 g	15.20
Bar of chocolate	100 g	1.50
Honey, Swiss	500 g	11.20

The prices for fruit and vegetables are subject to significant fluctuations according to season and weather.

Vaud white wine	7.5 dl	11.35
Valais red wine	7.5 dl	10.35
Beer, Swiss	5.0 dl	1.10
Mineral water, still	1 litre	-.80
Cigarettes, 1 packet	per 20	4.40

Meals and drinks in restaurants	Average price CHF
Dish of the day	15.30
Entrecôte with side dish	28.70
Hamburger (without side dish)	9.55
Red wine, 5 dl, open	17.00
Mineral water and soft drinks, 3 dl bottle	3.60
Coffee with cream, 1 cup	2.90

Hairdresser

Men's haircut, scissors, dry cut	28.70
Ladies' haircut	36.40

Dental care (UVG tariffs)

1 extraction, including anaesthetic	68.--
1 simple filling, 2 surfaces, amalgam	142.--
1 synthetic filling	250.--
1 full crown (molar)	from 1,100.--

A dental examination frequently entails additional costs which are not included in the above-mentioned tariffs.

Doctor (SUVA tariffs)

First consultation with doctor (surgery)	40.--
First home visit, daytime	55.--

In the case of private patients doctors are free to fix their own fees.

Hospital fees including board and accommodation

General department, per day, adults:

Inselspital Berne	722.--
University Hospital, Zurich	904.--
University Hospital, Geneva	867.--
Miscellaneous	Average price CHF

Telephone rental (table instrument) per month	25.--
Cost of local calls (three minutes)	-.30
Television licence, per month	20.70
Radio licence, per month	13.40

Swiss newspaper	2.45
Cinema seat, cheapest	10.80

Cantonal tax on private cars, annual:

Zurich: 1,600 cm ³	engine capacity	330.--
Zurich: 2,000 cm ³	engine capacity	395.--
Berne: 1,000 kg	total weight	360.--
Berne: 1,700 kg	total weight	576.70

Petrol, super, 1 litre, leaded	1.20
Petrol, super, 1 litre, unleaded	1.15
Petrol, 95 octane, 1 litre, unleaded	1.10
Diesel, 1 litre	1.15
Fuel oil (3,001 - 6,000 l), per 100 l	24.65

TAXES

In Switzerland income taxes are levied by the Confederation (direct federal tax) and by the cantons and communes (cantonal and communal taxes). As each of the 26 cantons has its own tax law, the tax burden varies from canton to canton. In principle each tax-payer has to complete a tax declaration every two years (every year in some cantons) on the basis of which his tax position (income and assets) is ascertained and the taxes assessed. Most cantons deviate from this principle of "self declaration" in the case of persons resident abroad or foreign workers without an establishment permit; they have their income taxes (federal, cantonal and communal) deducted from their wages by the employer direct (taxation at source) and as a rule this settles their tax liability. After the expiry of the adaptation period in connection with tax harmonisation measures at the end of 2000, this principle will apply in every canton.

WORKING CONDITIONS, SOCIAL INSURANCE SCHEMES

WORKING CONDITIONS

Foreign workers must be employed under the same payment and working conditions as Swiss citizens. The authorities make sure that this principle is observed. Otherwise, the state does not interfere in relations between employer and employee. These are governed by agreements between the parties, by the law on employment contracts (Section 10 of the Swiss Code of Obligations) and by the labour law. On the basis of these provisions trade associations in many branches of industry have concluded collective employment contracts. These normally contain minimum conditions which are binding on the employers and employees belonging to the contracting associations. Some of these collective employment contracts have been declared generally binding by the authorities and apply to all employers and employees in the branch of industry concerned. Besides the collective employment contracts there are also standard employment contracts for individual occupations. These are official regulations having direct application to the employment relationships which are subject to them, unless otherwise agreed. Such standard employment contracts apply to agricultural workers and domestic servants in particular, but also to those working in cheese dairies, nurses, private gardeners and teachers in homes and boarding schools. In agriculture and domestic service the standard employment contracts drawn up by the cantonal governments are decisive.

Minimum wages are regulated by the collective employment contracts and also, in the case of foreign workers, fixed to some extent by the cantonal labour offices. Provisions concerning paid minimum holidays are contained both in the Code of Obligations (Section 10) and in the collective and standard employment contracts.

Employee protection is regulated chiefly by the labour law of 13th March 1964 (ArG). This mainly contains provisions on health precautions and accident prevention, working hours and time off (especially maximum working hours and minimum time off) and on special protection for young employees and women (especially minimum age, prohibited tasks, protection of pregnant women and mothers).

Information on working conditions, particularly minimum wages, can best be obtained from the appropriate employers' and employees' trade organizations or from the cantonal employment offices. The bodies principally responsible for employee protection are the cantonal labour inspectorates.

Employees in many occupations have formed professional associations or trade unions. These organizations represent the interests of their members while having regard to the economy as a whole. Strikes are fairly infrequent in Switzerland because of the agreements concluded by the two sides of industry.

Average gross monthly earnings, in accordance with training, private and public sectors, 40-hour working week. The wages or salaries actually paid depend on the nature of the work, the professional situation and age.

	CHF
University, college	8,533
Higher technical college	7,800
Higher vocational training	6,628
Apprenticeship	5,292
School leaving certificate	5,778
Vocational training qualification	5,072
In-house training qualification	4,629
No vocational training qualification	3,931
Other training qualifications	4,265

(Source: Federal Statistics Office, Swiss Salary Structures Survey 1996)

SOCIAL INSURANCE SCHEMES

Illness

Compulsory Insurance

Health care insurance ("basic insurance") for illness and accidents is obligatory for all persons resident in Switzerland. Basic insurance must be arranged with a health insurance company three months at the latest after taking up residence in Switzerland or after the birth of a child. Each family member must be individually insured. Each person must make his/her own insurance arrangements; the premiums are not deducted from pay (individual employers offer the appropriate services).

In particular, foreign workers in paid employment whose residence permits are valid for less than three months are also obliged to take out insurance, unless they have equivalent insurance cover for medical treatment in Switzerland.

There are a number of exceptions to the insurance obligation. Thus the following persons, can be exempted from the obligation (generally upon application):

- Certain groups of people for whom an exception can be made on the basis of norms agreed between states;
- Persons who are **compulsorily** insured against ill-health under the law of a foreign country (statutory insurance obligation), where simultaneous insurance in both states would result in their paying a **double charge** and insofar as the foreign insurance provides **equivalent** insurance cover for medical treatment in Switzerland. These three requirements must be fulfilled cumulatively. The application must be accompanied by written confirmation from the relevant foreign authorities together with all the necessary information. The relevant cantonal authority examines this application before reaching its decision. More detailed information can also be obtained from it;
- Persons who are staying in Switzerland under national or international mobility, placement or exchange programmes for persons in education or further training, eg students, pupils, trainees, persons gaining practical vocational experience, lecturers or researchers. The programme organisers and the employers are obliged to ensure that for the entire duration of the exemption, at least the benefits specified in the health insurance law are covered for medical treatment in Switzerland. They must deliver a declaration of guarantee that if necessary they will meet any costs which exceed those covered by the insurance, to the extent that these relate to statutory benefits;
- Workers who are sent by a foreign enterprise to Switzerland for a set period of time.

Special exceptions also apply to persons with privileged status under international law (eg staff of diplomatic missions and international organizations).

Insured benefits

Under the basic insurance, all health insurance companies pay for the same benefits. In principle the basic insurance covers, without limit of time, all benefits provided in the canton of residence by doctors, other recognised specialists or hospitals (general department) including maternity costs, as well as periods spent in the general department of a recognised hospital. The restriction to the canton of residence does not apply to emergencies and medically justified exceptions. The costs of the most important medicines, in accordance with a comprehensive list, are also met. The medical costs of long-term care at home or in a nursing home are also mostly reimbursed (but not the costs of board and accommodation).

Dental treatment is only paid for by the basic insurance if it is linked to serious illnesses. Loss of earnings insurance to provide an income when sick is voluntary.

Choice of health insurance company – premium arrangements

There is a free choice as to the health insurance company with which the basic insurance is taken out. The insurance companies must accept the applicants without any reservations. The health insurance company can be changed as far as the basic insurance is concerned provided the notice periods are observed. Details of health insurance companies for the basic insurance can be obtained from the Federal Social Insurance Office, 3003 Berne.

Within the same health insurance company, the same canton of residence and the same residential area, all persons are charged the same premium for the compulsory basic insurance. However this premium can vary from company to company. It is calculated independently of the economic circumstances of the insured. For children and young people in education, lower premiums are prescribed. There are also reductions for insurance models with a limited choice of doctor or providing reimbursements if the insured persons do not incur costs during an agreed period of time. Cover for accidents can be removed if there is compulsory accident insurance through one's employment. This also results in a lower premium.

Persons whose financial circumstances are modest are entitled to state assistance with premiums. The conditions depend on the canton of residence, which is also responsible for providing information and making payments.

Contribution by insured persons to costs

Insured persons must contribute to costs: adults must pay an annual flat rate ("franchise") themselves (230 francs in 1999). Higher "franchises" can be agreed, which as a rule results in a lower premium. Adults as well as children also have to pay an excess of 10 per cent of the costs exceeding the "franchise", up to a maximum amount per annum (in 1999, for adults: maximum amount 600 francs per annum; substantially lower limits for children). In addition persons living alone are charged a fixed amount per day spent in hospital (10 francs in 1999). Women are exempt from maternity-related costs.

Additional insurance can be taken out for benefits not covered by the basic insurance. This is not obligatory. In this field the insurance companies are to a large extent free to structure their offers and premiums as they please. They can also impose restrictions concerning health or refuse applications. The most popular are additional insurances which cover hospital treatment outside the canton of residence also, or meet the cost of treatment in private hospitals.

Accident

Accident insurance is compulsory for all workers. It covers not only accidents at work and occupational illnesses but also accidents which do not arise out of or in the course of employment. The insurance premiums for accidents at work and occupational illnesses are paid by the employer, those for accidents unconnected with the employment are automatically deducted from the employee's wages.

Accident insurance covers the cost of medical treatment; a daily allowance is paid from the third day of sickness, and later possibly a pension. The biggest insurance company is the Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA). Private insurance companies and health insurance schemes can also offer compulsory accident insurance.

Part-time employees who work for the same employer for less than 12 hours a week are only insured against accidents at work or on the way to work but not against accidents unconnected with their employment.

In the event of illness or accident the insurance company and the employer must be informed immediately. As a rule, the insurance companies pay only if the patient remains in Switzerland during treatment. Journeys abroad while ill or undergoing treatment for an accident require the consent of the insurance company. In the case of treatment abroad (eg due to an accident on holiday) the costs are refunded to the insured person up to a limit of twice the amount which would be paid for treatment in Switzerland. For rescue, recovery, travel and transport costs **abroad**, the compulsory accident insurance scheme can refund up to one-fifth of the maximum insured annual earnings of CHF 97,200.-- (as at 1999), ie CHF 19,440.-- maximum.

Old-Age and Survivors' Insurance (AVS or AHV) and Disability Insurance (AI or IV)

The Swiss AVS and AI are general compulsory insurances to which all foreign nationals are also in principle subject if they are gainfully employed and legally domiciled in Switzerland. Furthermore, they have to pay contributions under the regulations concerning loss of earnings compensation for persons liable to military and civil defence service (APG or EO). The employer and the employee each pay half of the AVS/AI/APG contributions of 10.1 % in total.

The old-age and survivors' insurance scheme pays the following benefits:

- old-age pensions for women who have reached their 62nd birthday and men who have reached their 65th birthday. The right to draw a (reduced) pension in advance of the due date is being introduced in stages.

In addition to the husband's old-age pension the AVS pays supplementary pensions for the wife if she was born before 1942, children's pensions, widows' or widowers' pensions, orphans' pensions and disability allowances.

Under Swiss law a foreign national is only entitled to draw standard pensions if he is legally domiciled in Switzerland and can be credited with at least one full year's contributions. However, Switzerland has concluded social insurance agreements with many foreign states (cf. paragraph on disability insurance) under which conditions of entitlement to benefits are less rigorous. Some of the agreements provide for the AVS contributions to be transferred to the home pension scheme. If no agreement is applicable and the foreign national or his survivors is/are no longer domiciled in Switzerland, the AVS contributions paid by the insured and his employer can be refunded as soon as his entitlement arises or when he finally leaves Switzerland.

Standard pensions are only paid to foreign nationals who are domiciled abroad if there is a social insurance agreement between the two countries.

The Disability Insurance provides the following benefits in particular:

- rehabilitation measures aimed at improving present or future earning capacity;
- pensions.

If rehabilitation measures have no prospects of success or do not achieve their aim, and if the insured is at least 40% disabled, then a whole, half or quarter pension is paid according to the degree of disability. The AI pension system is closely linked to that of the AVS.

Under Swiss law foreign nationals are entitled to rehabilitation measures provided they are legally domiciled in Switzerland and, when the disability begins, they can be credited with one full year's contributions or have been legally domiciled in Switzerland for 10 years without interruption. Foreign nationals below the age of majority are also entitled to rehabilitation measures if one of their parents fulfils these conditions and they themselves were born disabled in Switzerland or had lived in Switzerland for at least a year when they became disabled or had lived in Switzerland without interruption since birth. In the case of nationals of a state with which Switzerland has concluded a social insurance agreement, the conditions of benefit are contained in that agreement. As with the AVS, standard pensions under the AI scheme are only transferred abroad if there is an agree-

ment providing for this. Pensions for less than 50% disablement are only paid to insured persons who are domiciled and usually resident in Switzerland. This condition must also be fulfilled by dependants for whom a benefit is being claimed.

At present there are social insurance agreements with the following states: Austria, Belgium, Canada/Quebec, Chile, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Great Britain, Greece, Hungary, Ireland (not yet ratified), Israel, Italy, Liechtenstein, Luxembourg, Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Turkey, USA, and the successor states to Yugoslavia (as at April 1999).

Further details can be found in the special leaflets obtainable from AVS compensation scheme offices ("Caisse de compensation" or "Ausgleichskasse"), whose addresses are given on the last page of the official telephone directories.

Occupational Insurance

Occupational insurance complements the AVS/AI and the aim of both schemes is to permit the continuation of the insured's normal way of life. It is compulsory for all employees, irrespective of nationality and domicile, who are also insured with AVS/AI, are aged between 18 and 65 (men) or 62 (women) and are gainfully employed in Switzerland with an annual salary of over CHF 24,120.-- (figure as at 1999). Self-employed persons, and also employees who are not subject to compulsory insurance, can be voluntarily insured.

The insurance is decentralized through the individual provident schemes (pension funds). Every employer must set up a provident scheme for his personnel or affiliate to an existing one. If an employee changes his/her job he/she normally also changes provident scheme (freedom of movement). The insurance protection is continued in the new provident scheme.

A "safety net" institution is responsible for insuring the staff of those employers who are not insured with a provident scheme; it also arranges voluntary insurance.

The obligatory occupational insurance pays the following benefits:

- old-age benefits: old-age pensions, children's pensions, capital payments when the insured person, as under the AVS, has reached the age of 65 (men) or 62 (women);
- disability benefits: disability pensions, children's pensions if the insured person is at least 50% incapacitated. The definition of disability and the right to claim are determined by the AI;
- survivors' benefits: widows' pensions, widows' capital payments, benefits for divorced women, orphans' pensions, if the insured person dies.

The insurance obligation guarantees minimum insurance protection for old age, death and disability by prescribing minimum benefits. Over and above this, every provident scheme is free to offer enhanced benefits.

The benefits are financed in advance through the accumulation of the necessary capital cover fund (capital cover procedure). The contributions are fixed by each provident scheme in accordance with its benefits plan and its financial structure. The range of benefits and size of contributions therefore vary from one provident scheme to another. The contributions are paid by both the employer and the employee; the employer must pay at least half the amount of the employee's contributions. An all-Switzerland assurance fund subsidizes provident schemes with an unfavourable age structure and also guarantees the legal minimum benefits if a provident scheme becomes insolvent.

Allowances for children

These allowances are paid for children living in Switzerland and, as a rule, also for children who remain abroad. Family identity documents must be produced.

Unemployment Insurance

All persons working in Switzerland who are subject to the compulsory old-age and survivors' insurance are automatically affiliated to the unemployment insurance scheme irrespective of nationality. In the case of employees working for employers who are obliged to deduct old-age insurance contributions (as is usually the case) this affiliation to the unemployment insurance scheme takes place automatically. Employees working for employers who are not obliged to pay old-age insurance contributions (eg foreign embassies, missions, international organizations) must pay the contributions (both employer's and employee's share) themselves. The contribution rate amounts at present (1999) to 3 %, plus a further 1 % for employees with an annual salary of between CHF 97,201.-- and CHF 243,000.-- (split equally between employer and employee). The highest insurable salary is CHF 8,100.-- per month or CHF 97,200.-- per year. The insurance scheme pays benefits in the event of total unemployment, short-time working, work lost through weather conditions and the employer's insolvency. Benefits usually amount to 70 or 80 per cent of the insured salary, and compensation for insolvency is actually 100% but this is limited to the last six months of the period of employment. The period for which benefits are paid for total or partial unemployment no longer depends on the length of the period in which contributions were paid (although a contribution period of six months within a two-year period is still required), but on the age of the insured (150 days' benefit for those under 50, 250 days' benefit for those aged 50-60 and 400 days' benefit for those over 60). Through special daily benefits for participating in labour market-orientated measures, the period for which benefits are paid can rise to a maximum of 520 days for all age categories. Active labour market-orientated measures under the unemployment insurance scheme promote the re-training, further training and integration of the insured person and, in addition, the geographical mobility of those who are unemployed.

Attention is also drawn to the information leaflet for Swiss citizens abroad which is obtainable through all Swiss embassies and consulates.

INTERNET ADDRESSES

http://www.admin.ch	Website of the Swiss Confederation
http://www.admin.ch/bfs	Website of the Federal Statistics Office
http://www.vahoo.de/Staedte_und_Laender/Laender/Schweiz/Nachrichten_und_Medien	Swiss media Website
http://www.swissinfo.org	Website of Swiss Radio International (SRI)
http://www.swisstxt.ch	Website of Swiss Teletext
http://www.revue.ch	Website of the Swiss Review
http://www.pro-helvetia.ch	Website about culture in Switzerland
http://www.expo-01.ch	Website of Expo.01
http://www.schweizferien.ch	Website of Switzerland Tourism
http://www.swissguide.ch	Swiss search program
http://www.sear.ch	Swiss search program
http://www.netguide.ch	Swiss search program

SWISS FEDERAL ALIENS OFFICE
Emigration and trainees section
CH-3003 Berne

8.7.8. Příloha 8



Tuesday 16/10/2001

[home](#) [photos](#) [e-cards](#) [360° images](#) [maps](#)

[your free e-mail @barcelona.com](mailto:your.free.e-mail@barcelona.com)

Why Buy Travel Insurance?

[CALCULATE MY PRICE](#)

[PURCHASE NOW!](#)

Consider this scenario. You are in a foreign country, and you need medical care. You have lost your wallet, or your luggage has been stolen from your hotel room, or you cannot locate your rental car, or one of your party must return home due to an emergency.

If something like this should happen to you while you are away from home, language and currency differences can be a challenge. If you believe that other coverage such as flight insurance, credit card insurance, health insurance, auto insurance, etc. will cover; think again. Most do not cover all eventualities, or they may not be as compatible or as comprehensive. We are talking about an insignificant cost compared to the cost of an unwanted, unexpected scenario.

www.barcelona.com together with [one of the major specialists of travel insurance](#), wants to offer you this low cost service.

We provide travel insurance for the world... Coverage is available for students abroad, business travellers, and for domestic and international vacation travellers (both visitors to the U.S. and Americans abroad).

[CALCULATE MY PRICE](#)

[PURCHASE NOW!](#)

Traveller Insurance Includes

- Travel Delay
- Loss of Baggage
- Medical, Dental-Emergency
- Trip Cancellation
- Trip Investment Protection
- Rental Car Protection
- Baggage Delay
- Loss of Travel Documents
- Accidental Death, Dismemberment

Free Services Included

- Emergency Travel Arrangements
- Lost Passport Assistance
- Travel Documents Assistance
- Lost Luggage Assistance
- Embassy or Consulate Referral
- Emergency Message Relay
- Travel Medical Advisories
- Prescription Replacement
- Medical Referral
- 24-Hour Medical Monitoring
- Emergency Cash Transfer
- Legal Referrals
- Translation Service

CALCULATE MY PRICE

PURCHASE NOW!